

OSASUN-INKESTA
1997
OSASUNA HOBETUZ



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Idazketa eta koordinatioa

Cecilia Anitua Trevijano

Osasun Saila

Felipe Aizpuru Barandiaran

Arabako Ikerkuntza-Unitatea

Juan Manuel Sanzo Ollakarizketa

Osasun Saila

Lankideak

OSASUN SAILA

Santiago Esnaola

Marina Ayestaran

Jon Zuazagoitia

Isabel Larrañaga

Elena Aldasoro

Jose M^a Arteagoitia

EUSTAT/IVE

Anjeles Iztueta

Yolanda Perez

Eskerrak

Gure eskerrak euskal osasun-inkestaren hirugarren edizio hau posible egiteko lankidetzan aritu diren guztiei. Gure lana garatzeko izan dugun libertatea eta konfidantza ere eskertu nahi ditugu. Hainbat profesionalen aportazioak kapitulu bakoitzaren amaieran erreferentziatu dira.

Itziar Jugo Apellaniz andreari eskerrak eman nahi dizkiogu bereziki, grafikoak egiten, lana koordinatzen eta liburuko kapituluak bateratzen eman digun laguntzagatik.

AURKIBIDEA

Aurkezpena

I.	Metodoak	6
II.	Osasunaren determinatzaileak	
II.1.	Ezaugarri soziodemografikoak	18
II.2.	Alkoholaren kontsumoa	26
II.3.	Tabakoaren kontsumoa	37
II.4.	Ariketa fisikoa	44
II.5.	Gorputz-pisua	52
II.6.	Gizarte-laguntza.....	64
II.7.	Prebentzio-praktikak	72
III.	Hautemandako osasuna	
III.1.	...Adierazle orokorrak	92
III.2.	...Osasun mentala	110
III.3.	...Morbilitate espezifikoak	120
IV.	Zerbitzu sanitarioak	
IV.1.	Anbulatorioko atentzio medikoa	135
IV.2.	Erizaintza-zerbitzuak	149
IV.3.	Larrialdiko asistentzia	156
IV.4.	Medikamentuen kontsumoa	164
IV.5.	Hortz-asistentzia	171
V.	Galdesortak	179
V.1.	Familiarentzako galdesorta	
V.2.	Galdesorta indibiduala	

Aurkezpena

Liburu honekin azaldu nahi ditugu Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko (EHAEko) biztanleen artean hautemandako osasun-egoera, osasunaren determinatzailearik behinenak eta horrek guztiak oraintsu izan duen eboluzioa. Euskal Osasun-inkestetatik lortutako emaitzen bidez, aditzera eman nahi diegu profesionari sanitarioei eta oro har jendeari nolakoa den euskaldunen osasuna, biztanlearen ikuspuntutik hartuta, bai eta, osasunean eragin gehien duten zenbait faktoreren garrantzia nola nabarmendu; izan ere, osasuna onera joan dadila nahi badugu, beharrezkoa da faktore horietan aktuatzea. Bestalde, gero eta garrantzi handiagoa duen gauza bat azpimarratu nahi dugu: planifikazio sanitarioa egiterakoan pertsonak berak bere osasunari ematen dion balorazioa, bera baita bere ongizate fisiko eta sozialaren epailerik onena.

Gure biztanleriaren osasuna onera doa, eta oro har, badaude kondizioak horrela jarraitu dezan. Eboluzio positibo hori zenbait aspektutan hautematen da: osasun fisiko eta mentalean, ezgaitasunik gabeko bizitza-itxaropenean, eta morbiditate kronikoan. Era berean, gizonezkoetan tabako-kontsumoak behera egin du; ariketa fisikoak, berriz, gora; gizarte-baldintzek, hobera. Baina horren ondoan, kezkagarriak dira: emakumezkoaren tabakismoa gorantz joatea, loditasuna gehitzea eta, osasunean eta osasun-determinatzaileetan gizarte- eta sexu-ezberdintasunak tinko jarraitzea, are gehiago kasu askotan gehitzea. Gainera, ikusten ari garen aldaketa soziodemografikoen eskutik hauek ere etorriko dira: eskari asistentziala gehitzea, gaurko prestazio sanitarioak aldatzea eta, ondorioz, zerbitzu soziosanitarioak hobeto koordinatu beharra.

Azterlan honen emaitzetan oinarrituz, badaude emateko gomendiorik, gure biztanlerian eragina izateko modukorik; besteak beste hauek azpimarratzen ditugu: bizitza-kondizioak eta materialak hobetzea, ohitura osasungarriagoetara zuzenduriko portaerak bultzatzea eta, azkenik, osasunean eta zerbitzu sanitarioen eskuragarritasunean gertatzen diren gizarte ezberdintasunak murriztea. Horietan guztietan argi ikusten da osasuna eta portaera ez-osasungarriak hartzea ez direla aukera libreak, baizik eta pertsonak bere bizimoduko zirkunstantziei ematen dien erantzuna direla; beraz, ezin dugu ahaztu inguruak (ekonomia- gizarte- eta kultura-inguruak) sekulako garrantzia duela, jarduketa-esparru sanitario hutsa gaindi-tzen duelako.

Azterlan honetan lankide izan diren EUSTAT, Osakidetza eta Osasun Saileko profesionari askoren errealitatearen ezaguerak eta ikuspuntu ezberdinak posible egin dute inkestako gaitara diziplina askotatik hurbiltzea. Eta azterketa hau garatzeko inspiratu gaitun lankidetzan jarraitu nahi dugu. Halaber, eskerrak eman nahi dizkiegu inkestari erantzuteko beren denbora hain jarrera onaz eman diguten guztiei; izan ere, beren laguntzarik gabe, ezin izango genuen azterlan hau bere amaierara eramane.

I. Metodoak

I. METODOAK

Cecilia Anitua, Marina Ayestaran, Anjeles Iztueta¹, Yolanda Perez¹

I.1. Sarrera

Osasun-inkestak ezinbestekoak dira zeintzuk erabaki hartu behar diren jakiteko, osasuna planifikatzerakoan (WHO 1990). Izan ere, euren bidez jakin dezakegu zein den egoera epidemiologikoa, edo zeintzuk diren osasunaren joerak, bizitza-ohiturak, eta biztanleak nola darabiltzan zerbitzu sanitarioak. Bestalde, euren bidez identifikatu ditzakegu zeintzuk diren arazorik behinenak, lehentasunak identifikatzeko, planifikazioan interbentzio-estrategiak diseinatu eta garatzeko (Patrik eta Bergner 1990) eta baliabideak nola esleitu ebaluatzeko (Patrik eta Erikson 1993). Osasuna planifikatzeko, lanabes oso nabarmen bihurtu direnez, herrialde garatu gehienek dute beren osasun-inkesta.

Eraoia'97 euskal osasunari buruzko hirugarren edizioa izan da. Lehenengo 1986an egin zen (Anitua, Begiristain eta Garagalza 1987). Inkesta horren azterketan oinarriturik erabaki oso garrantzitsuak hartu ziren, Osasun-politikari dagokionez; erabaki horien artean azpimarratzekoak dira besteak beste: Asistentzia Sanitarioaren Unibertzalizazioa eta Haurren Hortz-osasunaren Programa.

Bigarren edizioa 1992an egin zen (Anitua et Aizpuru 1992). Osasun-zerbitzuen plangintza eta kudeaketarako zuzendu zen. Adibide ona dugu bularreko minbizia goiz detektatzeko programa martxan jartzea.

1997ko edizioak garrantzi handiko gauza berri bat sartu zuen: 1997ko laginaren zati handi bat 1992ko laginaren panela izan zen. Berrikuntza horrek datuei indar eta balio gehiago eman die, osasun-beharrizanen eta euskal-zerbitzuen erabilaren estimazioa egiteko, bai eta, 1992ko inkestan zeuden osasun-adierazle guztietan, zerbitzuen erabileran eta bizitza-ohituretan sortu zen aldaketa erreala ikusteko. Lehenengo aldiz sartu da panel bat Espainiako inkesta batean.

Osasun-inkestaren helburu orokorrak hauek ziren:

- a) Biztanleriaren osasun-joerak, bizitza-ohiturak eta zerbitzu sanitarioen erabilera monitorizatzea.
- b) Osasunean, bizitza-ohituretan eta zerbitzu sanitarioez baliatzerakoan dauden arrisku-talde printzipalak identifikatzea.

Helburu-biztanleria, EHAEko etxebizitza pribatuetan 1996ko erroldaren arabera bizi ziren pertsonen osatu zuten. Etxe kolektibo edo erakundeetan bizi zirenak ez ziren laginean sartu.

Datuak biltzeko lanabesak Osasun Sailean landu ziren. Oro har, galderak 1992ko formulazio berberaz egin dira, datuen konparazioa aseguratzeko. Bestalde, galdera berriak ere sartu ziren, inkesta informazioko beharrianik garrantzitsuenetara egokitzeko.

¹ EUSTAT/IVEL

Datuen bilketan bi galdesorta erabili ziren. Lehenengo familiarentzako galdesorta erabili zen, eta etxeko guztiek erantzun behar zuten; hala ere, baten bat etxean ez egotea gertatu zenean, beste pertsona kualifikatu baten erantzuna onartu zen. Bigarren galdesorta indibiduala izan zen eta etxe bakoitzeko 15 urtetik gorako batek bete beharrekoa. Galdesorta indibidualean aldagaiak sartzeko hauek guztiak hartu ziren kontuan: informazioa halako intimitate batekoa izatea, beste baten erantzunak baliorik ez izatea, eta etxe bateko guztien erantzunen homogeneotasun-koefizientea. Oroimen-aldi ezberdinak erabili ziren. Aldia hautatzeko oreka bat bilatu zen oroimen-erroreen eta lagin nahikoa lortzearen artean. Horrela jarri ziren: bi egun medikamentuen kontsumorako; 7 egun alkoholaren kontsumorako; 14 egun aldiko errestrikzioarako, medikuaren kontsultetarako eta denbora libreko ariketa fisikorako; 4 aste SF-36rako; 6 hilabete istripuetarako eta larrialdiko atentzioarako; 12 hilabete ospitalizazioetarako; eta 5 urte prebentzio-praktiketarako.

Faktore determinatzaileak	Osasun-maila	Ondorioak
BIZITZA-OHITURAK	HAUTEMANDAKO OSASUNA	†ANBULATORIO-ZERBITZUEN ERABILER
†Alkoholaren kontsumoa Ψ	¥SF-36Ψ	
†Tabakoaren kontsumoa Ψ	†Arazoen Prebalentzia	†Eskuragarritasuna
†Ariketa fisikoa Ψ	‡Istripuak	‡Satisfazioa
Prebentzio-praktikak Ψ	‡Ezgaitasun funtzionala	
INGURUA		†OSPITALIZAZIOAK
†Lanbidea		
†Ingresuak		†MEDIKAMENTUAK
†Klase soziala		
†Hezkuntza		
†Lan-baldintzak Ψ		

Ψ Galdesorta indibidualean sartutako aldagaiak
† 1986, 1992, 1997ko galdesortetan sartutako aldagaiak
‡ 1992, 1997ko galdesortetan sartutako aldagaiak
¥ 1997an sartutako aldagaiak

I.2. Laginketa-diseinua

Laginketa-diseinua, aurreko saioetan bezala, Instituto Vasco de Estadística/EUSTAT delakoak egin zuen.

Laginketako familia-unitateen sakabanatze geografikoa ebitatzeko, laginketa hiru alditan egin zen.

Lehen etapan konglomeratuen laginketa aleatorioa eta estratifikatua egin zen. Laginketa-unitate primarioa hautatzeko zentsu-atalera jo zen, zentsuak bi abantaila eskaintzen zituelako: batetik, bere kopurua nahiko handia izatearen abantaila, eta bestetik, administrazio-unitate ondo zehaztuak eta iraunkorrak izatearen abantaila. Gainera, atalen barne-homogeneotasuna konpentsatzeko azpilaginketa estratifikatua ere egin zen. Atalen lehen estratifikazioa geografikoa izan zen, eta 14 estratu mugatu ziren, osasun-eskualde bakoitzeko bat. Estratifikazio horretan laginketa-banaketa proportzionala egin zen: 1996ko biztanleriaren eta etxebizitzaren zentsuaren arabera estratu bakoitzean okupatutako etxebizitza partikularren erroarekikoa, hain zuzen. Esleipen hori konpromezu bat izan zen banaketa uniformearen eta banaketa hertsiki proportzionalaren artean, proportzioak leunki errespetatu zirelarik. Zentsu-atal estratifikatuak 14 osasun-eskualdeen arabera eta 13 tipologia sozio-demografikoren arabera sortatu ziren. Lehen etapan 500 zentsu-atal hautatu ziren.

Bigarren etapan, atal bakoitzaren barruan okupatutako 8 etxebizitza sortatu ziren, laginketa sistematiko zirkularraren bidez, kokapen erregionalarekin korrelatatzeko estratifikazio soziodemografikoa biltzeko helburuaz. Laginketa-etxebizitza kopurua 8koa izan zen laginketa-atal guztietan, ataleko etxebizitza-kopuruarekin zerikusirik gabe. Horrek konpentsatu zituen lehen eta bigarren aldie-tako hautapen-probabilitateak; bestalde, eremu-lana eta ordezkapenak erraztu zituen. Hirugarren etapan aleatorioki hautatu zen etxebizitza bakoitzeko pertsona bat.

EHAEOI'97ko laginketak lehen, bigarren eta hirugarren aldietan %70ko berdintasuna izan zuen, 92ko osasun-inkestari dagokionez. 1997an EHAEOI'92ko 500 atal hautatu ziren, atal horiek gutxienez 6 etxebizitza zutelarik. Beste bi etxebizitzak (atal bakoitzeko 8 etxebizitza bete arte behar zirenak) eta ordezekoak hautatzeko, 1992ko prozedura berberari jarraitu zitzaion, hots, 1996ko zerrendaren arabera. Galdesorta indibidualaren erantzulea hautatzeko, adin- eta sexu-kuotak hartu ziren kontuan, 1992ko laginketan sartuta ez zeuden kasuetarako, biztanleriaren errepresentazio egokia izan zedin. Etxebizitza bakoitzak bere estratuko bi ordezkari izan zituen.

Laginketa-diseinua: laginketa aleatorio anitzaldikoa

1. ETAPA: LAGINKETA ALEATORIO ESTRATIFIKATU PROPORZIONALA

- **Unitate primarioak:** zentsu-atalak (konglomeratu ezberdinak).
- **Laginketa-tamaina:** 500 zentsu-atal.
- **1. estratifikazioa:** geografikoa, osasun-eskualdeen araberakoa, okupatutako etxebizitza-kopuruan neurtutako estratu bakoitzeko erroarekiko proportzio-banaketarekin.
- **2. estratifikazioa** sozioekonomikoa, banaketa hertsiki proportzionalarekin.
- **Banaketa proportzionala,** atalaren tamainaren bigarren erroarekiko proportzionala, eta itzultzerik gabekoa.

2. ETAPA: LAGINKETA ALEATORIO SISTEMATIKO UNIFORMEA

- **Unitate sekundarioak:** etxebizitza familiarrak.
- **Laginketa-tamaina:** 4.000 unitate sekundario edo 4.000 laginketa-etxebizitza.
- **Banaketa uniformea:** 8 etxebizitza familiar zentsu-atal bakoitzeko

3. ETAPA: LAGINKETA ALEATORIO SINPLEA

- **Unitatea:** etxean bizi den 16 urteko edo goragoko pertsona
 - **Laginketa-tamaina:** 4.000 pertsona
 - **Laginketa aleatorioa** etxe bakoitzeko pertsona bat
-

Laginketa-tamaina 4.000 etxebizitzatan jarri zen; horren ondorioz, 12.780 pertsonako lagina irten zen familiarentzako galdesortarako eta 3.955 pertsonako lagina galdesorta indibidualarentzako. Laginketa-tamaina horri esker estima daitezke %8aren inguruko parametroak, laginketa osorako espero den %10eko aldaketa-koefizientearekin.

Laginaren banaketa

eskualdea	atalak	biztanleria	erroa	banaketa	atalak	etxebizitzak
1	210	246.135	496,12	9,5	48	384
2	47	64.871	254,70	4,9	24	192
3	56	75.170	274,17	5,3	26	208
4	72	87.539	295,87	5,7	28	224
5	58	60.315	245,59	4,7	24	192
6	134	183.511	428,38	8,2	41	328
7	117	157.352	396,68	7,6	38	304
8	49	69.436	263,51	5,1	26	208
9	211	254.921	504,90	9,7	48	384
10	55	69.468	263,57	5,1	25	200
11	107	141.370	375,99	7,2	36	288
12	113	137.548	370,87	7,1	36	288
13	148	191.141	437,20	8,4	42	336
14	292	358.977	599,15	11,5	58	464
	1.669	2.097.754	5.206,69	100,0	500	4.000

Inkestaren erantzun-tasa %87koa izan zen, familiarentzako galdesortari dagokionez. Hautatu ziren baina bigarren etxebizitzak izateagatik kontaktatu ez ziren etxebizitzak 252 izan ziren. Galdesorta indibidualaren erantzun-tasaren kalkulua etxebizitza inkestatueta oinarritu zen. Galdesorta indibiduala erantzuteko hautatu ziren pertsona guztietatik %98,9k erantzun zioten inkestari.

I.3. Datuen bilketa

Familiarentzako galdesorta elkarrizketa pertsonala eginda eman zen etxeetan. Hautatutako etxeei Osasun Sailak eskutitz bana bidali zien, inkestaren helburua azaltzeko eta inkestatzaile kreditatua laster joango zela jakinarazteko. Gainera, dohaniko telefono-zenbaki bat ere adierazten zen, zalantzarik edo argitzeko beharrianik egonez gero, deitzeko.

Elkarrizketak behar bezala prestatutako elkarrizketatzaileek egin zituzten. Prestakuntza bi astetan egin zen inkestak hasi baino lehen. Inkestatzaile profesionalek hartu zuten prestakuntza horrek ondoko gaiak bildu zituen: helburuak, erabilitako lanabesak, aldagaien definizioa eta inkestaren edukia. Inkestatzaileak sarrezakeen soslaiak gutxitzeko, inkestatzailearen prestakuntza eta kontrola azpimarratu ziren bereziki; gainera, inkestatzaile batek berak bakarrik zona bera egitea ebitatu zen. Horretarako, behar baino gehiago inkestatzaile kontratatu ziren, inkestaren aldia kontuan harturik (50 inkestatzaile), bakoitzarentzat 100 inkesta gehiezez determinatu ziren, eta bakoitzari gomendatutako lagina geografikoki sakabatu zen. Eremu-buruek lau eremu-talde gainbegiratu eta kontrolatu zituzten. Eremu-buruen betebeharrak hauek izan ziren: inkestak gainbegiratzea, eremulana koordinatzea, ez-erantzuna egiaztatzea eta inkestatzaileak etengabe prestatzea.

Galdesorta indibiduala etxe bakoitzeko pertsona batek bete zuen. Galdesorta inkestatzailearen aurrean edo beste momentu batean bete zitekeen. Azken kasuan inkestatzailea egun batzuk barru itzuli zen galdesorta biltzeko. Dena dela, inkestatzaileak bere lankidetzak eta azalpenak eskaini zituen, behar izan zen guztietan.

Datuak 1997ko irailetik abendura arte bildu ziren, aldi berebean egin zen 1992ko inkesta. 1996ko inkestaren datuak, berriz, 1985eko maiatzetik 1986ko maiatzera arte bildu ziren.

I.4. Egiaztapenak eta arazketak

Eremu-lanean zehar bildutako galdesorten %15a telefonoz balidatu zen, inkestaren adierazle azpimarragarrienetan informazioaren kalitatea egiaztatuz.

Eremu-buruen zeregina izan zen datuak zuzentzea eta araztea, esku-ikuskapen baten bidez, eta aipatu zeregin horretarako sortutako grabazio-programa bat erabiliz. Grabazioa elkarrizketaren osteko 48 orduetan egin zen. Pakete integratu bat (Blaise) erabili zen; pakete horren bidez posible da datuak egiaztatzea eta kontrolatzea, grabatuta geratzen baitira. Programa horri esker detektatu ziren: kode faltsuak; inkestaren zati ezberdinen arteko arazo logikoak eta barne-funtsezkoak, lehen ikuskapenean detektatu ez zirenak; eta datuen grabazioan sartutakoak. Beraz, erroreak arin detektatzea posible izan zen, eta horregatik, etxeekin telefonoz konektatuz errorean konponketa ere arin egin zen. Gainera, inkesten %10ean adierazle printzipalen erantzunak telefonoz egiaztatu ziren. Programa horrek, halaber, programa estatistiko ezberdinen bidez datuak irakurtzeko programak prestatzen ditu. Astero, inkestaren talde zuzendariak jasotzen zituen grabatutako datuak, eta berriz egiaztatzen zituen, datu-bilketako talde ezberdinen arteko adierazleen desbiderapen anomaloak detektatzeko, edo desbiderapen geografiko handiak nahiz inkestatzaileen artekoak detektatzeko. Gero, detektatutako erroreekin zerrenda bat bidaltzen zen, fitxategi nahiko balidatuak lortu arte, erroreok zuzentzeko.

I.5. Osasun-arazoen kodeketa

Inkestan zehar aitortutako osasun-arazoak kodetzen bi aditu saiatu ziren. Kodeketa hiru digituz egin zen, Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena-9. Berri-kuspena (GNS-9.) erabiliz.

I.6 Ponderazioa: jasogailuen kalkulua

Ponderazioa inkestatu bakoitzari balio bat (pisu bat) ematean datza. Balio hori zerari dagokio, helburu-biztanlerian inkestatuak errepresentatzen dituen pertsona-kopuruari. Inkestatu bakoitzak ponderazio ezberdina izan zuen familiaren galdesortarentzako eta indibidualarentzako. Horrez gain, aldagai familiarren estimazioak egiteko pisuak kalkulatu ziren (familiako gastu sanitarioa). Laginketa-datuak ponderatzeko, datuok biztanleriaren ezaugarriak ahalik ondoen adieraz ditzatela hartu da kontuan, 1996ko erroldaren biztanleria erreferentziatzat hartu delarik.

Datu indibidualentzako pisuak edo jasogailuak

Lehen ponderazioa familia-galdesortaren erantzuleentzat kalkulatu zen, eta aldagai indibidualei zegokien. Estratuen formazio-aldagaiak hauek izan ziren: adina eta sexua. Eraikitako estratu-kopurua 130koa izan zen: 13 eskualde, 5 adin-talde (0-15;16-24, 25-44, 45-64 >=65) eta sexu biak. Estratu bakoitzerako jasogailu bat lortu zen. Jasogailu hori ratio bat da: lagingaren estratu bakoitzeko pertsona-kopuruaren eta biztanleria-kopuruaren artekoa (azken hori 1996ko Erroldaren arabera).

Galdesorta indibidualaren aldagaientzako jasogailuak (tabakoaren kontsumoa, hautemandako osasuna) lortzeko erlazio bat egin zen, erlazio horren elementu biak hauek izan zirelarik: bata, eskualde bakoitzeko laginaren adin-talde (16-24, 25-44, 45-64, 65 eta goragokoak) eta sexuko 15 urtetik gorako pertsona-kopurua, eta bestea, eta estratu horretako zentsu-datuetakoko pertsona-kopurua.

Familia-datuentzako pisuak edo jasogailuak

Familia-datuentzako jasogailuak familiaren hiru aldagaien kalkulu interaktiboaren emaitza dira; hona aldagaiok: familiaren tamaina, familia-buruaren adina eta lan-egoera. SPAD.Na erabili da, hiru aldagaietatik aldibereko egokiera egiten baitu.

N_{garren} aldiko L_{garren} pertsonarentzako egokiera-formula ondoko kalkulu interaktiboaren bidez lortzen da:

$$\text{Pisua } (l,n) = \frac{\text{Pisua } (l,n-1) * \text{Sum}(\text{PTEO}(j,k) / \text{POB}(j,k,n-1))}{\text{NVRED}}$$

Horiek dira:

Sum: j indizean sumatorioa

PTEO (j,k): portzentaje teorikoa j aldagaiaren k modalitaterako

NVRED: ponderazioan erabilitako aldagai-kopurua

POBS (j,k,n-1): aurreko etapan lortutako portzentaje teorikoa j aldagaien k modalitaterako

N=1 denean, Pisu(1) guztiak =1 dira eta POBS(j,k,n-1)k hasierako portzentajeak ditu.

I.7. Azterketa-metodoak

Aurkezten den azterketa batez ere deskriptiboa da. Helburua, batetik, adierazle ezberdinak deskribatzea zen, biztanleriaren ezaugarri soziodemografikoen arabera, eta bestetik, denboran zehar adierazle horien eboluzioa aztertzea. Horrela egin da, argitalpen honen erabiltzaile potentzialek, hots, planifikatzaile, teknikari eta ikertzaileek emaitzak eskurago izan ditzaten

Klase sozialak, egoera zibila edo denboran zehar adierazleek izan duten eboluzioa konparatzeko, eta adinaren efektu nahasgarria ebitatzeko, datuak adinaren arabera estandarizatuta aurkeztu dira, 1996ko zentsuko biztanleria erreferentetzat hartuta. Zuzeneko metodoa erabili da estandarizatzeko. Horrela, konparatzen diren kategoriek adin-egitura bera dute. Bi aldagaien arteko erlazio guztiak neurtu dira lehenengo Chi Cuadrado izeneko test-aren bidez. Estimazioak SAS 6.12. erabiliz egin dira.

Laginketa-diseinuaren zailtasunak eragina izaten du emaitzetan neurri handi batean. Laginketa-diseinuaren efektuak zera neurtzen du, tamaina bereko laginketa aleatorio sinplean xehetasunak izan dezakeen galera edo irabaztea. Diseinu-efektu horiek WESVAR programa erabiliz kalkulatu dira. Aztertutako fenomeno gehienei aplikatu zaizkien laginketa-efektuen batezbestekoa 1,02koa izan da familia-galdesortarentzat eta 1,09koa galdesorta indibidualarentzat (I.1 taula). Beraz, laginketa efizientea izan da, kosteak murriztu baitira datuen bilketan, aldi berean laginketa-errorea gehitu gabe. Diseinu-efektu hori txikia denez, ez dago espezifi-

katu beharrik emaitzak aurkezterakoan, laginketa aleatorio sinplea balitz bezala estimatzea posible delako, eta horrek asko errazten du datuak aztertzea.

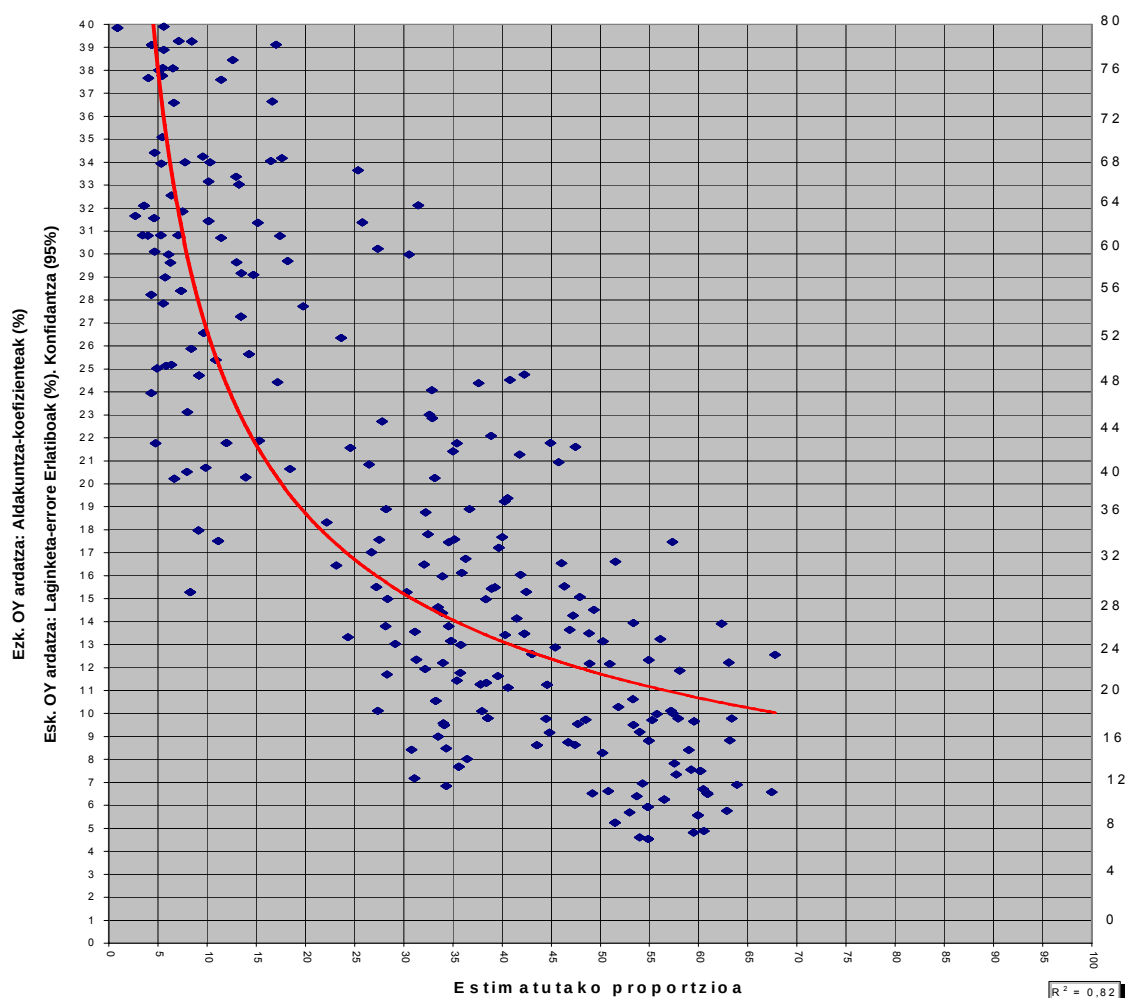
I.1Taula. Diseinu-efektuen banaketaren medianari dagozkion balioak

	Aldagaiak	Diseinu-efektua
Familia-galdesorta	Globala	1,02
	14 eguneko kontsultak	0,99
	Urteko kontsultak	1,01
	Larrialdiak eta ospitalizazioak	1,07
Galdesorta indibiduala	Globala	1,09
	SF36	1,12
	Tabakoa	1,10
	Alkohola	1,06
	Hautemandako Osasuna	1,05
	Gorputz-masaren adierazlea	1,15

Familia-galdesortako datuetarako xehetasun-grafikoak

Jarraian aurkezten dira familia-galdesortako aldagaien xehetasun-datuak, azken 14 egunetako kontsultei, azken urteko kontsultei eta larrialdiko asistentziari eta ospitaleko asistentziari dagozkienak.

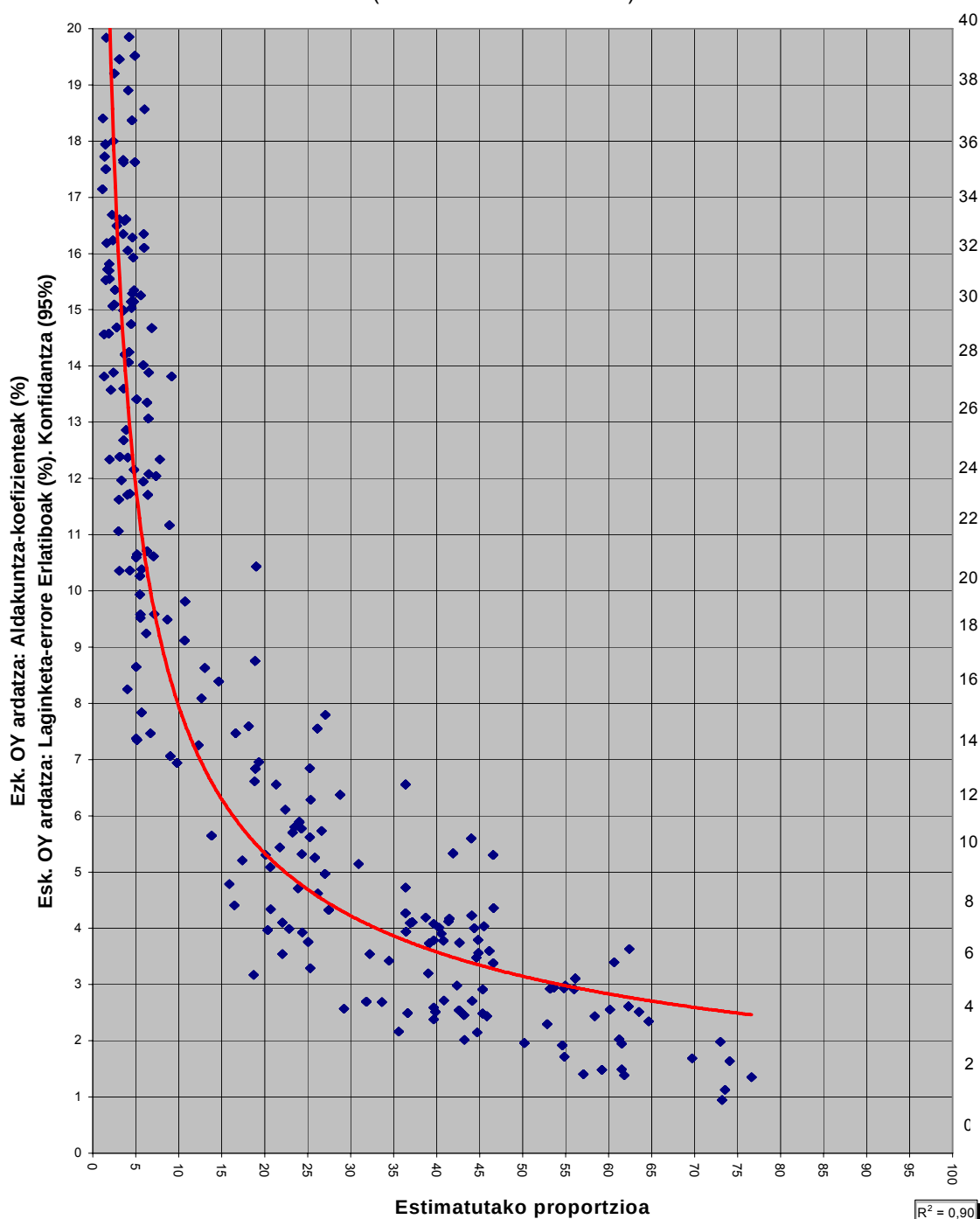
I.1 irudia Aldakuntza-koefizienteak eta Laginketa-errore Erlatiboak, Familia-galdesortako Proportzio Estimatuaren arabera (Satisfazioa)
(Azken 14 egunetako kontsultak)



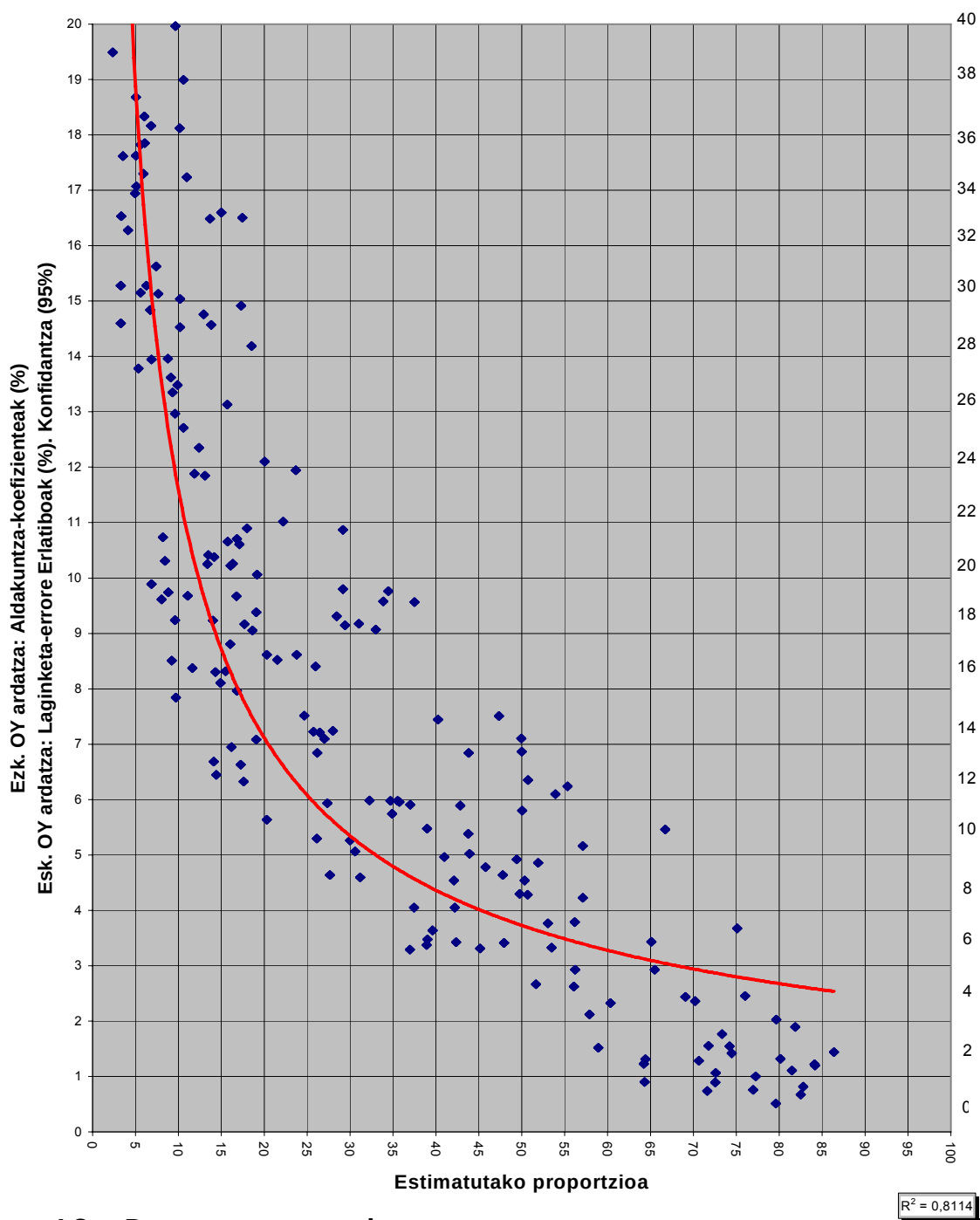
Ezkerraldeko ardatzean aldakuntza-koefizientea aurkezten da, eta eskuinaldekoan laginketa-errore erlatiboak. Abzisen ardatzean estimatutako proportzioa aurkezten da. Grafiko horren bidez estima daiteke azken 14 egunetako medikua-ren kontsultetako aldagaietan egiten den errorea. Ikusten denez, aldagai horietan %15eko proportzioak %22ko aldaketa-koefizientea du, eta %44ko errore erlatiboa. Errore erlatiboan oinarriturik %95ean estima dezakegu konfidantza-tartea, honela eginda:

$$Kt_{95\%} = p \pm (p \times \text{Errore erlatiboa} / 100)$$

I.2 irudia Aldakuntza-koefizienteak eta Laginketa-errore Erlatiboak, Familia-galdesortako Proportzio Estimatuaren arabera
(Azken urteko kontsultak)



I.3. irudia Aldakuntza-koefizienteak eta Laginketa-errore Erlatiboak, Galdesorta indibidualeko Proportzio Estimatuaren arabera



I.8. Datuen mugapenak

Osasun-inkestak dituen mugapenak, biztanleriari egiten zaion beste edozein inkestak dituenak dira. Datuen laginketa-izaerari elkarturiko ausazko akatsaz gain, badago beste errore baten posibilitatea aldagaiak neurtzerakoan. Errore hori gerta daiteke edo balio ez duten neurketa-lanabesak erabiltzeagatik, edo datuen bilketan inkestatzaileek beren soslaiak sartzeagatik. Errore horiek murrizten eta ahalik gehien gutxitzen saiatu gara: erabili aurretik lanabesak balidatu eta inkestatzaileen prestakuntzan eta kontrolean enfasia ipini dugu; gainera, inkestatzaileen artean inkestak banatzerakoan, inoiz ere inkestatzaile batek berak bakarrik zentsu-atal (laginketa-unitate) bat ez egiteko moduan banatu ditugu.

Osasun-inkesta biztanleriaren zeharkako azterlan bat da. Ondoko guztiok nola dauden asoziatuta aztertzen du: osasuna, ezaugarri indibidualak, osasunarekin gehien erlazionatutako portaerak eta zerbitzu sanitarioen erabilera. Osasunaren eta gaurko portaeren arteko asoziazioak batez ere, kautelaz interpretatu behar dira; izan ere, gaurko osasunak lehenagoko portaera bat gehiago erakutsi dezake gaur egunekoa baino, eta portaera batek ere lehenagoko osasuna gehiago erakutsi dezake portaera baten efektua baino.

I.9. Dokumentuaren egitura

1997ko osasun-inkestaren emaitzarik printzipalenak 3 gai-arlotan zatituta aurkeztu dira. Hona hemen gaiok: hautemandako osasuna, osasunaren determinatzaileak eta zerbitzu sanitarioen erabilera.

Kapitulu guztiek dute egitura berbera: Gaiaren sarrera, metodoak, 1997ko datuak, denboran zehar izandako eboluzioa, Emaitzak eta Erreferentziak. Sarrean azpimarratzen da adierazleak plangintza sanitarioan duen garrantzia. Metodoei buruzko atalak deskribatzen ditu: aldagaiak sortzeko eta aztertzeko erabilitako metodologia eta azterketaren helburu-biztanleria. 1997ko Osasun-inkestaren atalean adierazleak aldagai soziodemografikoen arabera deskribatzen dira, sexu edota klase sozialaren arabera ezberdintasunak determinatzeko. Eboluzioko atalean adierazle horretan denboran zehar aldaketarik egon den erakusten da, gizarte-ezberdintasunetan aparteko arreta ipintzen delarik. Ondorioetan aurkikuntzarik nabarienenak laburtu eta konputatzen dira. Interbentzioa behar duten areak ere proposatzen dira.

Erreferentziak

1. ANITUA C, BEGIRISTAIN JM, GARAGALZA A. *Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Serie Estadísticas y Documentos de Trabajo número 14*. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. Vitoria-Gasteiz 1987.
2. ANITUA C, AIZPURU F. *Encuesta de Salud 1992: Metodología y Resultados*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Vitoria-Gasteiz 1996.
3. PATRICK DL, BERGNER M. *Measurement of Health Status in the 1990s. Annu. Rev. Public Health*. 1990;11:165-83.
4. PATRICK D, ERIKSON P. *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation. and ressource allocation* Oxford: University Press 1993.
5. Westat, Inc. A user's guide to WesVarPC, 2.1, Rockville, MD, 1997.

II. Osasunaren Determinatzaileak

II. Osasunaren determinatzaileak

Sarrera

Osasunaren faktore determinatzaileetan aritu behar gara biztanleriaren osasunak onera egitea nahi badugu. Oro har, biztanleriaren osasunaren determinatzailearik garrantzitsuena asistentzia sanitarioa dela kontsideratzen da. Hori dela eta, baliabide ugari esleitzen zaio asistentzia-sistemari. Baina, asistentzia sanitarioa biztanleriaren osasunean eragina duen faktore bat izan arren, ez da faktore bakarra, ez eta garrantzitsuena ere. Asistentzia-zerbitzuek zeregin handia dute, oso erreala eta funtsezkoa gainera, bizitza jagoten, sufrimendua arintzen eta pertsonen funtzionamendu-maila berriztatzen. Hala ere, kasu indibidualetan zeregin hori erabatekoa izan arren, ezin gara saiatu faktore horretan bakarrik, biztanleria orokorraren osasuna hobetzeko. Are gehiago, asistentzia-sisteman larregi zentratutako osasun-hobekuntzarako baliabideen esleipenak osasuna narria dezake; eta horrek badu bere argumentazioa: baliabideak eskasak dira determinatzaileetariko batean bakarrik gastatzeko, determinatzaile horren besteko edo gehiagoko garrantzia duten beste kondizionatzaile batzuren hobekuntzari kalte egiten zaiola.

Sakon ikertuta dago osasunaren determinatzaileak asko direla eta euren artean erlazio oso konplexuak daudela. Azterlan askotan erakutsi da inguru fisiko, sozial eta ekonomikoak, asistentzia sanitarioak eta karga genetikoak nolako garrantzia duten pertsonaren osasunean, eta horrez gain, pertsonak ikasitako erantzun biologikoak eta portaerakoak nola dauden faktore horien menpe (Evans RG et al 1996). Pobrean osasun txarragoaren azalpen-arrazoiak hauexek ditugu: gabetasun materiala, dieta urria, etxebizitza txarra, bortizkeriarekiko esposizio handiagoa, ingurugiroko kutsatzaileak eta metatuta bizitzea. Hala ere, gero eta nabariago dago gabetasunak eta bizimodu ezberdinak ez direla faktore bakarrak osasuneko ezberdintasun sozialak azaltzeko, eta badaudela besteriko faktore psiko-sozialak ezberdintasun horien alde: langabezia, ez-segurtasun materiala eta abar. Biztanleriaren osasuna hobetzeko, asistentzia sanitarioak duen garrantzia alde batera utzi gabe, eta zerbitzu sanitarioak ekitatiboki eskuratzea lortu bada ere, zera azpimarratu nahi dugu: beste atal batzuetan ere saiatu behar garela, egunetik egunera gehiago eta hobeto bizi nahi badugu.

Osasun-inkestak determinatzailearik garrantzitsuenetariko batzuk biltzen ditu. Publikazioko zati honetan zenbait aldagai aztertu ditugu, ondokoekin erlazionatutako aldagaiak, hain zuzen: inguru sozioekonomikoarekin (biztanleriaren ezaugarriekin), kanpoko ingurugiroak kondizionatutako bizimoduekin (alkoholaren kontsumo, tabakoaren kontsumo, ariketa fisiko, gorputz-pisu eta gizarte-laguntzarekin) eta asistentzia-sistemeekin (prebentzio-praktikekin). Zerbitzuen erabilera, osasunaren determinatzaile bada ere, publikazio honetan osasun-egoeraren ondorioztat hartu da. Determinatzaileak biztanleriaren osasunaren alarma-adierazle goiztiarrak dira, horregatik da hain garrantzizkoa haiek ondo ezagutzea eta ulertzea, determinatzaileok zuzentzen edo aldatzen hasi baino lehen.

II.1. Ezaugarri soziodemografikoak

Felipe Aizpuru, Cecilia Anitua

Sarrera

Osasuna ez da berdin banatzen atal sozial guztien artean. Zenbait aspektuk, hots, adinak (Gómez de la Cámara 1988, Kind 1998), sexuak (Gómez de la Cámara 1988, Casper 1996), jaiolekuak eta egoitza-lekuak, egoera zibilak, ikasketa-mailak edo eskola-mailak (Kind 1998), lana ordaindua izateak edo lan hori egiteko kondizioek (Kind 1998, Hemingway 1997), garrantzi determinatzailea dute, gizartea osatzen duten pertsonen osasun-mailan eta baliabide sanitario eskuragarrien kontsumoan. Faktore guzti horiek etenik gabeko eboluzioan daude gure gizartean (beste edozeinetan bezala), eta beharrezkoa da faktoreok iraunkorki monitorizatzea, baliabideak behar dituztenei esleitzen zaizkiela garantizatzeke. Biztanleria zahartzeak baliabide sanitario gehiago erabiltzea dakar, osasun-mailarekin zerikusirik gabe; gure sexuaren arabera gizartean dugun zeregina dela-eta, gizonezkoen eta emakumezkoen osasunean determinatzaile ezberdinak daude: lan-baldintza txarragoak eta alkohol eta tabakoaren kontsumo handiagoa gizonezkoen artean, etxeko lana ordaindu gabekoa izatea, emakumezkoa lan-mundu produktibora inkorporatzea.... Bestalde, gure gizarteko ezberdintasun iraunkorrak (baliabideen banaketan, hezkuntzan, lan baldintzetan eta abarretan ematen diren ezberdintasunak) ere, osasunaren determinatzaileak dira.

Liburu honetako kapitulu bakoitzean ondoko guzti hauek erlazionatzen saiatu gara: batetik, ezaugarri soziodemografikoak, osasunaren determinatzaileak eta osasun egoera bera; eta bestetik, guzti horrek dituen ondorioak, zerbitzu sanitarioari edo medikamentuen kontsumoari dagokien portaeran.

Kapitulu honetan azterlan-helburutzat hartutako biztanleria deskribatuko dugu bakarrik, aztertutako faktore bakoitzak biztanleria osoan duen eragina globala hobeto ulertzeko.

Metodologia

Adin, sexu, jaioleku, lortutako ikasketa-maila, lan-egoera eta gaurko enpleguaren ezaugarrien informazioa lortzeko, familia-unitateko pertsona bakoitzari zuzenean galdetu zitzaion familia-galdesortan. Hirugarren pertsonen erantzunak (amarenak edo aitarenak normalean) onartu ziren, elkarriketaren momentuan norbait egon ez zenean. Galdera berberak sartu dira hiru inkestetan, datuen konparaketa posible egiteko, klase sozialaren kasuan izan ezik.

Bai ikasketa-maila, bai lan-egoera eta enpleguaren ezaugarriak biltzeko, Instituto Nacional de Estadística (INE) delakoak gomendatutako metodologia erabili zen. Familiako kide bakoitzari atribuitu zitzaion klase soziala familia-buruaren lanbidearena izan zen. Diru-sarrera gehien ematen zuen familiako kidea familia-burutzat hartu zen. Lanbidea lortzeko hiru galdera egin ziren: lan-erlazioa, kargua edo kategoria eta jardueraren atala (ikusi familiarentzako galdesorta).

Jubilatuei edo langabetuei azken lanbidearen arabeko klase soziala esleitu zitzaion. 5 kategoria ezarri ziren, lan-erlazioaren, karguaren eta jarduera-atalaren galderak eginez:

I KLASEA: Administrazio eta enpresetako zuzendaritzakoak. Goi mailako funtzionarioak. Profesional liberalak. Goi mailako Teknikariak. Langileak dituen enpresaria, bere enpresan teknikari ertaineko edo goragoko kargua zuena; zuzendariak, gerenteak edo goi mailako teknikariak, beren lan-erlazioarekin eta jardueraren atalarekin zerikusirik gabe.

II KLASEA: Merkataritza eta zerbitzu pertsonaletako direktiboak eta jabeak. Bestelako teknikariak (ez goi mailakoak). Artistak eta kirolariak. Ertaineko titulutik beheragoko kategoriako kargudun eta nekazaritza ez den bestelako ataleko enpresariak; lehen mailako ataleko (nekazaritzako, arrantzako...) enpresariak, enpresan beren kargua edozein izanik; ertaineko teknikariak; arduradun postua duten autonomoak.

III KLASEA: Ertaineko koadroak eta agintariak. Administrazioak eta funtzionarioak. Babes eta segurtasuneko zerbitzuetako pertsonak. Kooperatibistak, arduradun-kategoriako soldatapeko finkoak eta behin-behinekoak; merkataritza-ostalaritza ataleko administrazio-kategoriako autonomoak; kooperatibistak, administrazio publikoko arduradun-kategoriako edo administrazio-kategoriako soldatapeko finkoak edo behin-behinekoak.

IV KLASEA: Industria, merkataritza eta zerbitzuetako esku-langile kualifikatuak eta kualifikatu ertainak. Lehen mailako, industriako edo eraikintzako jardura duten enpresetako administrazio-kategoriako autonomoak; kooperatibistak, teknikari espezialista edo teknikari laguntzailearen kategoriako soldatapeko finkoak eta behin-behinekoak; administrazio publikoko atezain-kategoriako soldatapeko finkoak; teknikari laguntzaile edo aprendiz-kategoriako autonomoak.

V KLASEA: Langile ez kualifikatuak. Kooperatibistak, administrazioa ez bezalako atal bateko aprendiz- edo peoi-kategoriako soldatapeko finkoak edo behin-behinekoak.

1997ko osasun-inkesta

12.724 pertsona bizi izan ziren lagindutako 4.000 familia-unitateetan, 3,1 pertsona familia-unitate bakoitzeko. Emakumezkoak apur bat gehiago izan ziren, batez ere 65 urtetik gorako taldean. Beste adin-tarte guztietan gizonezkoak nagusi izan ziren, nahiz eta diferentziak txikiak izan (II.1.1 taula).

II.1.1 taula. **Laginen banaketa, adin- eta sexu-taldeen arabera. Kopuru totala (portzentajea).**

	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Guztira
	K (%)	K (%)	K (%)
≤ 14	852 (13,7)	839 (12,9)	1691 (13,3)
15-24	1086 (17,4)	1005 (15,5)	2091 (16,4)
25-44	1997 (32,1)	1978 (30,4)	3975 (31,2)
45-64	1518 (24,4)	1550 (23,9)	3068 (24,1)
≥ 65	773 (12,4)	1125 (17,3)	1898 (14,9)
Total	6226 (48,9)	6497 (51,1)	12723 (100)

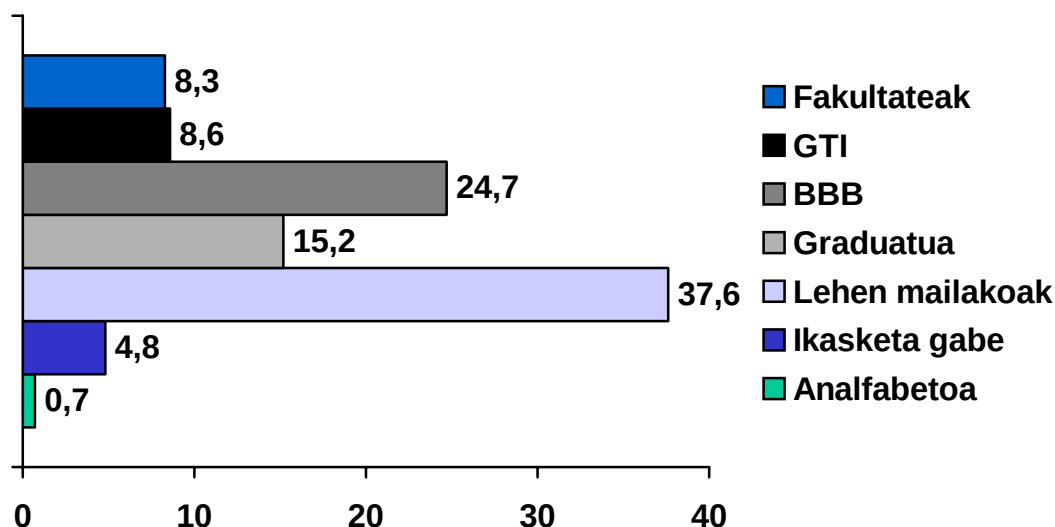
Hautatutakoen herena baino apur bat gehiago etxetik kanpo zegoen elkarrizketa egin zenean. Portzentaje hori asko aldatu zen pertsonen sexuaren arabera: emakumezkoen arteko %26,4tik gizonezkoen %46,5era. Datu horrek berriz baieztatzen digu familiako osasunean emakumezkoari atribuitzen zaion erantzukizuna. Adinak gora egin neurrian, elkarrizketan egoteko probabilitateak ere gora egin zuen. Horregatik, eta familiarentzako galdesortako galderei dagokienez, gizonezko gazteen informazioa kautela gehiagok interpretatu behar da.

Inkestatutakoen hiru laurdenak EHAEan jaiotakoak izan ziren. Egoera zibilar dagokionez, ia erdia ezkonduak ziren eta %8 alargunak edo dibortziatuak. Gainerako %43 ezkongabeak ziren elkarrizketa egin zenean.

II.1.1 irudian ikusten denez, laginen erdiak baino gehiagok lehen mailako ikasketen eta lehengo BBBen arteko maila ertaineko ikasketak zituzten. Eskola

teknikoko edo Unibertsitate-fakultateetako tituludun gutxiengoak askoz gainditu zuen ikasketarik gabeko edo alfabetagabeko gutxiengoa.

II.1.1. irudia. Ikasketa-maila, lagin osoaren portzentajeen arabera



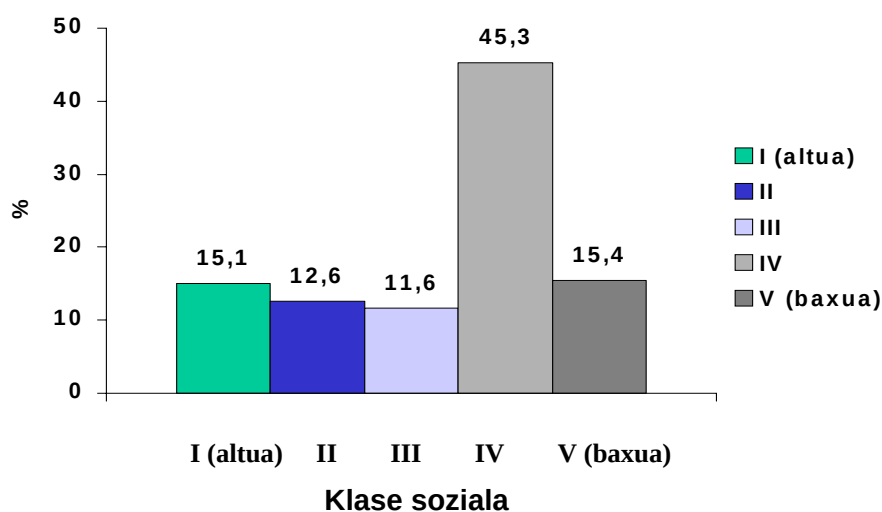
Laginaren %41,1en jardura printzipala bere kontura edo beste inoren kontura ordaindutako lana zen. Laurdenak, inkestatutako emakumezkoen ia erdiak, jardura printzipaltzat etxeko lanak zituela aitortu zuen. Horregatik, beren burua jubilatutzat kontsideratzen zuten pertsonen proportzioa handiagoa da gizonezkoen artean (II.1.2 taula).

I.1.2. taula Lan-egoera, sexuaren arabera. EHAeko pertsonen kopuru totalaren estimazioa (%).

	Lanean	Langabe	Jubilat.	Ikasten	Etxean	Ezgaitua	Bestela
Gizonezk.	487036 (56,3)	71603 (8,3)	177073 (20,5)	112579 (13,0)	804 (0,1)	10629 (1,2)	5761 (0,6)
Emakum.	245871 (26,8)	74058 (8,1)	61787 (6,7)	118615 (12,9)	406072 (44,2)	7832 (0,9)	3823 (0,4)
Guztira	732907 (41,1)	145661 (8,2)	238860 (13,4)	231194 (13,0)	406876 (22,8)	18461 (1,0)	9584 (0,6)

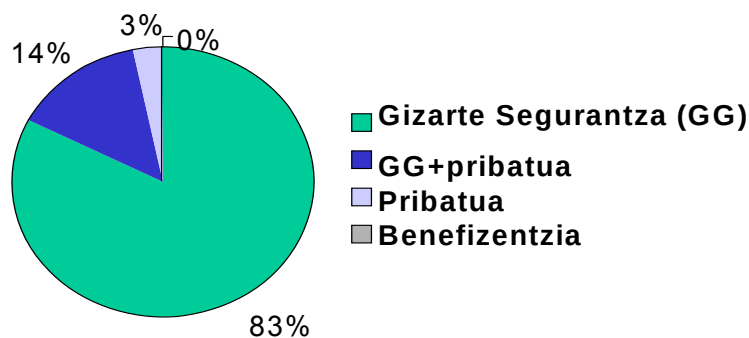
Lanbideari buruz aitortutakoaren arabera, laginaren % 45,3 IV klase sozialean sartu ziren; klase horretan daude beste inoren konturako langile kualifikatu eta soldatapekoak. Ikusitako gainerako kategorietan proportzio berdintsua gertatu zen. (II.1.2 irudia).

II.1.2. irudia Laginaren banaketa, klase sozialaren arabera.



Biztanleriaren gehiengoak gizarte-segurantzak eskainitako asistentziaren eskubidea zeukan, eta bazekien eskubide hori zeukala. Zerbitzu sanitarioei dagokienez, ehun pertsonatik hiruk bakarrik zeukaten haiek eskura sistema pribatuaren bidez, bai poliza pribatua kontratatuta izateagatik, bai poliza kolektiboko talde batekoak izateagatik. Benefizentzia-zerbitzuen bidez emandako testigantzako asistentzia izan zen. (II.1.3 irudia).

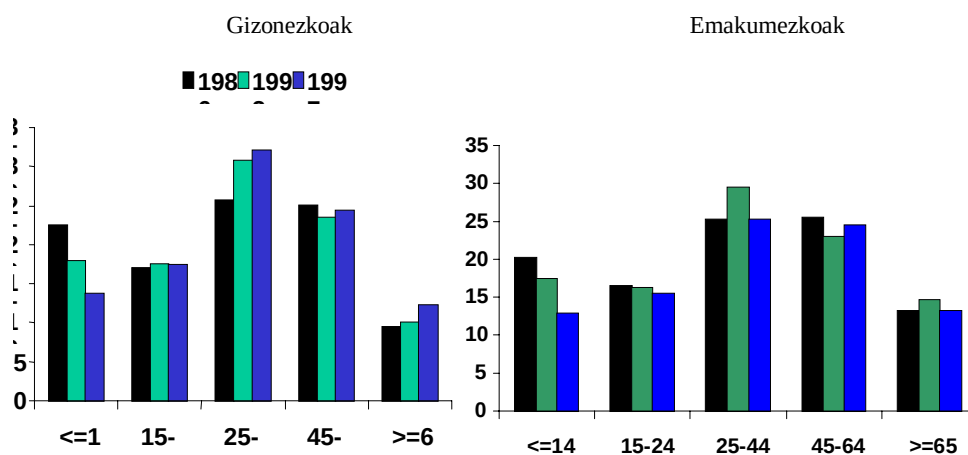
II.1.3. irudia Hedadura sanitarioa.



1986tik aurrerako eboluzioa

Familia-unitateko pertsona-kopuruak behera egin zuen 1986ko 4,25etik 1997ko 3,14ra arte. 1992 urtean bezala, 44 urtera arteko gizonezkoen nagusitasuna mantendu zen, gero inbertitu zelarik (II.1.4 irudia). Laginaren batezbesteko adinak gora egin zuen 1992ko 36,7 urtetik 1997ko 39,0ra arte.

II.1.4. irudia. Adin eta sexuaren araberako banaketa. 1986-1992-1997 eboluzioa.



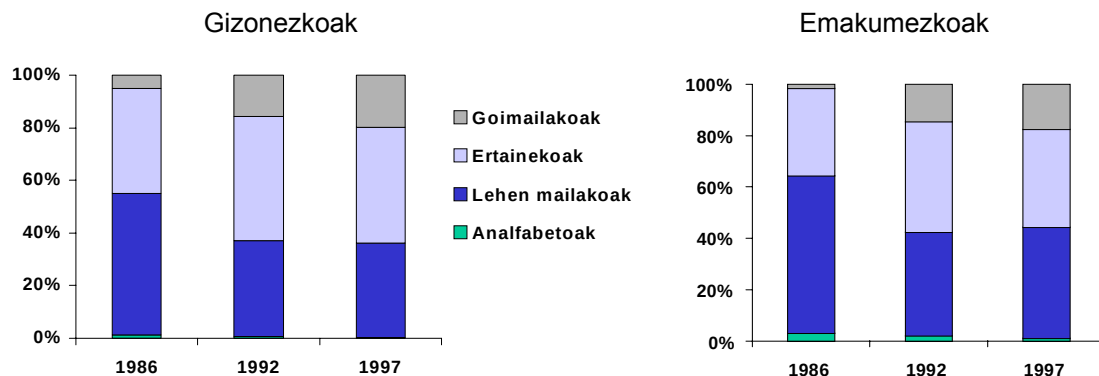
1986 urtetik aurrera gorantz joan zen bai Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan jaiotakoen proportzioa, bai ezkonduen eta dibortziatuen proportzioa, bai ertaineko eta goi mailako ikasketak zituzten pertsonen proportzioa eta ikasleen edo jubilatuaren proportzioa. Langabeko pertsonen proportzioan beherakada ikusi zen, bai eta jarduera printzipaltzat etxeko lanak dituzten pertsonen proportzioan ere (II.1.3 taula).

II.1.3. taula. Adierazle soziodemografiko ezberdin batzuen eboluzioa, biztanleriaren portzentajeetan (1986-1992-1997)

		1986	1992	1997
<i>Jaiotekua</i>	EHA	70,1	73,6	75,4
<i>Egoera zibila</i>	Ezkonduak	47,3	46,8	47,1
	Dibortziatuak	0,5	0,9	1,3
	Ezkongabeak	46,5	46,3	45,6
<i>Egindako ikasketak</i>	Analfabetoak	2,1	1,3	0,7
	BBB/UBI	17,2	22,1	25,7
	Unibertsitarioak	7,6	14,6	18,5
<i>Lan-egoera</i>	Lan ordaindua	39,1	41,3	41,1
	Langabea	7,1	6,7	6,2
	Jubilatua	12,3	13,1	13,4
	Etxeko lanak	29,1	24,4	22,8
	Ikaslea	10,8	12,0	13,0

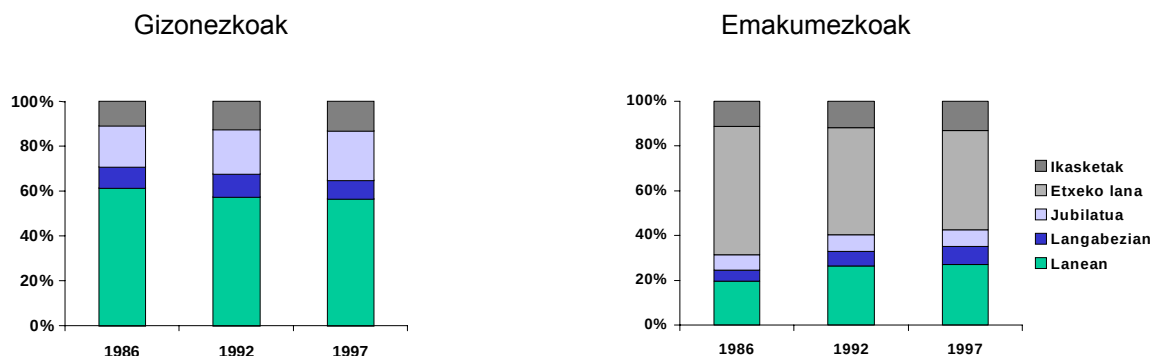
Azpimarratzekoa ere bada sexu bietan ikusitako ikasketa-mailaren gorakada. Hala eta guztiz, gizonezkoen eta emakumezkoen arteko ikasketa-diferentziak murriztu badira ere, murriztapen horren arrazoia urte horietan emakumezkoen hezkuntza gehitzea izan da (II.1.5 irudia).

II.1.5. irudia. Biztanleriaren banaketa, egindako ikasketen arabera, 1986-1992-1997.



Biztanleriaren lan-egoera asko aldatu da urte horietan, baina aldaketa horiek handiagoak izan dira emakumezkoen artean ere. Biztanleria langilea pittinka-pittinka gorantz doala ikusten da, etxeko lanetara dedikatzen diren emakumezkoen kopurua murriztatzen den neurrian. (II.1.6 irudia).

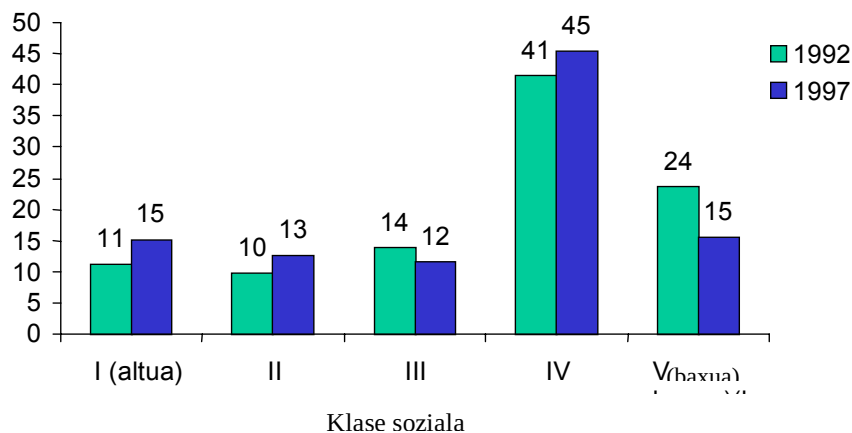
II.1.6. irudia. Biztanleriaren banaketa, lan-egoeraren arabera, 1986-1992-1997.



Pertsona bakarreko familia-unitateen proportzioa gorantz joan da 1986ko %6,9tik 1992ko %10,8ra eta aztertutako azken bost urteetako %12ra arte.

Klase sozialaren araberrako banaketa ere aldatu da 1992tik aurrera. Badirudi zabaltzen doala banaketaren goialdea, klaserik faboratuenetan efektibo gehiago baitago; aldi berean ikusten denez, V klaseak, desfaboratuenak hain zuzen ere, garrantzi erlatibo nahikoa galdu du (II.1.7 irudia).

II.1.7. irudia. Klase sozialaren araberako banaketa, 1992-1997 eboluzioa.



Ondorioak

Biztanleria progresiboki zahartzen doala egiaztatzen da; zahartze horrekin batera gizartearen egituraren aldaketak gertatu dira. Aldaketa horietariko batzuek, osasunari dagokionez, ondorio positiboak izan ditzakete: ikasketak gehitzea eta gizarte-egituraren ezberdintasunak gutxitzea; beste batzuek, berriz, ondorio negatiboak ekarriko dituzte: zahartzea eta gizarte-laguntzarik eza, bakarrik bizi diren pertsona nagusientzat; azkenik, ez gaude seguru beste aldaketa batzuk, hots, emakumezkoa lan-merkatura inkorporatzeak (lan-zama bikoiztuz) zer nolako ondorioa izango duten. Baina bai pentsa dezakegu bakarrik bizi direnen gehikuntzak, biztanleria zahartzeak eta emakumezkoa lanera inkorporatzeak (tradizioz gaixoen eta zaharren ardura zuenaren inkorporazioak) aldatu egingo dutela prestazio sanitarioen gaurko eskaria: etxe-asistentzia, prebentzioko jarduerak eta abar. Arrazoi berberengatik aurreikus daiteke gaur eguneko asistentzia-eskariaren gehikuntza mantendu egingo dela datozen urteetan.

Aztertutako osasun-inkestak ezinbesteko lanabes dira osasun-beharrianak identifikatzeko, eta pertsonen osasuna azaltzeko sortu diren determinatzaileetan aritzen dira gehien; determinatzaile horiek dira: osasun-ohiturak eta lan-jarduera ordaindua. Baina ez dira nahiko kontuan izan zenbait aspektu, esaterako: etxeko lan ordaindugabekoa, lan-zama bikoiztua, batez ere emakumezkoen osasuna afektatzen duen gaixo- eta zahar-zainketa eta abar. Geroagoko osasun-inkestetan sexuarekin erlazionatutako aldagaiak sartuko dira, eta horri esker, hobeto ulertuko dira emakumezkoen eta gizonezkoen determinatzaileak eta bizitza-egoerak, hots, gizarte bakoitzak atributu sexualen arabera pertsonen ematen dien ezaugarrietan oinarrituta daudenak.

Erreferentziak

1. CASPER RC, BELANOFF J, OFFER D. *Gender differences, but no racial group differences, in self-reported psychiatric symptoms in adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1996; 35:500-8.
2. EVANS RG, BARER ML, MARMOR TR. *¿Por qué una gente está sana y otra no?. Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Díaz de Santos, Madrid 1996.

3. GÓMEZ DE LA CAMARA A, POSADA DE LA PAZ M, ABAITUA I, BARAINCA MT, ABRAIRA V, RUIZ-NAVARRO MD, TERRACINI B. *Health status measurement in Toxic Oil Syndrome*. Journal of Clinical Epidemiology 1988; 51:867-73.
4. HEMINGWAY H, NICHOLSON A, STAFFORD M, ROBERTS R, MARMOT M. *The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study*. American Journal of Public Health 1997; 87:1484-90.
5. KIND P, DOLAN P, GUDEx C, WILLIAMS A. *Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire*. BMJ 1998; 316:36-41.
6. KRIEGER N, FEE E. *Measuring social inequalities in health in the United States: a historical review, 1900-1950*. International Journal of Health Services 1996; 26:391-418.

II.2. Alkoholaren kontsumoa

Juan M. Sanzo, Jose M^a Arteagoitia

Sarrera

Alkohol-menpekotasunaren ondoriozko osasun-arazoak hauexek dira: abstinentzia-sindromea, psikosia, hepatitisa, zirrosia, pankreatitisa, tiamina-eskasia, neuropatia, dementzia eta kardiomegalia (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1993). Dosi-erantzuna erlazioa hauetan guztietan azaltzen da: eguneko kontsumoarengatik arterietako tentsioaren gorakadan; zirrosiaren arriskuan; hemorragia-istripuan; orofaringe, laringe, esofago eta gibelesko minbizietan (Klatsky AL et al 1992) (Boffetta P et al 1990) (Anderson P et al 1993). Halaber, bularreko minbizia ere alkoholaren kontsumoari leporatu zaio (Rosenberg L et al 1993). Zenbait azterlanetan adierazten da hilkortasun globalaren eta alkoholaren kontsumoaren artean dagoen erlazioa (Klatsky AL et al 1992) (Boffetta P et al 1990). Azkenik, alkoholaren kontsumoak zirkulazio-istripu, sute, gizahilketa eta suizidio asko sortzen ditu (Centers for disease control 1987) (Guide to clinical preventive services 1996).

Beste ikuspuntu batetik, beste erlazorik ere badago: alkohola eta dibortzio-arriskua, alkohola eta depresioa, suizidioa, etxe-bortizkeria, desenplegua, pobrezia, arriskudun portaera sexualak... (Guide to clinical preventive services 1996).

Alkoholaren kontsumoa, kantitatearen zein edateko moduaren ikuspuntutik hartuta, osasun-determinatzaile printzipalen artean dago. Alkoholaren kontsumoari lotzen zaizkion arazoak izeberg bat balira bezala kontsidera ditzakegu; izeberg horren tontorra alkoholismoa da, baina alkoholaren menpekotasun-kasu bakoi-tzeko zenbait arazo mediko eta sozial dago, alkoholaren behar ez bezalako kontsumoa dela-eta. Horrela bada, larregi edaten duten askok edo beste edale asintomatiko batzuek, nahiz eta dependentsia-zeinurik ez izan, etorkizunean arazoak izango dituzte alkohola kontsumitzeagatik.

Osasun-inkestak garrantzizko lanabes dira biztanlerian alkoholaren kontsumoa ebaluatzeko; izan ere, pertsonen zuzeneko informazioa lortzen dute, haien ohiturei eta portaerei dagokienez. Halaber, inkesten bidez posible da: arrisku nagusietako portaerako biztanleria identifikatzea, kontsumoa monitorizatzea eta kontsumoko patroia-aldaketak baloratzea.

Metodologia

Alkoholaren kontsumoa neurtzeko, osasunaren gainerako determinatzaileak neurtzeko bezala, galdesorta indibiduala erabili da. Galderak denboran zehar aldatu gabe erabili dira, eta informazioaren lorpena alkohol-kontsumoaren atzerantzko oroipen-teknikan oinarritu da. Oroitzea errazteko galdera itxia erabili da; galdera horretan eskatu den informazioa haxe izan da: alkoholdun edarien zerrenda nahiko luze batean kontsumitutako alkoholaren kantitatea. Galdera horiek, zehatz-mehatz azken lanegunari eta elkarriketaren aurreko ostiral, larunbat eta igandeari buruz egin dira, lanegun batean eta asteburuan kontsumitzen dena bereizteko. Azterketan egindako edarien eta alkohol-zentrimetro kubikoen baliokidetasunak II.2.1 taulan erakusten dira.

Erantzunetan oinarriturik, alkoholarekiko portaeraren araberako kategorietan sailkatu da biztanleria. Hauek dira kategoriak:

Ez-edalea: alkoholdun edaririk ez duela edaten eta inoiz ez duela edan aitortu duen pertsona.

Edale izana: astean behin gutxienez edaten zuela, baina azken urtean ez duela edan edo edan badu ere, astero baino gutxiagotan izan dela aitortu duen pertsona.

Inoizkako edalea: azken urtean edan duela, baina astean behin baino gutxiagotan aitortu duen pertsona.

Ohiko edalea: Azken urtean gutxienez astean behin alkoholdun edariak kontsumitu dituela aitortu duen pertsona. Halaber, ohiko edaleak sailkatu egin dira (Altisent, 1992):

Edale moderatua: egunean 51 cc alkohol (40 gr) baino gutxiago edaten duela aitortu duen gizonezko ohiko edalea. Eta egunean 31 cc (24 gr.) alkohol baino gutxiago kontsumitzen duela aitortu duen emakumezko ohiko edalea.

Edale handia: egunean 51-90 cc alkohol (41-72 gr.) edaten duela aitortu duen gizonezko ohiko edalea. Eta egunean 31-54 cc (25-42 gr.) alkohol kontsumitzen duela aitortu duen emakumezko ohiko edalea.

Larregizko edalea: egunean 91 cc alkohol (72 gr) edaten duela aitortu duen gizonezko ohiko edalea. Eta egunean 55 cc (42 gr. baino gehiago) alkohol kontsumitzen duela aitortu duen emakumezko ohiko edalea.

II.2.1. Kontsumitutako alkohola kalkulatzeko erabili diren baliokidetasunak

EDARIA	KANTITATEA	NEURRIA	ALKOHOL-GRADUAZIOA	KONTSUMIT. ALKOHOLA
Sagardoa	Baso 1	100cc	5	5cc
Ardoa	Baso 1	100cc	12	12cc
Garagardoa	Kaina1	170cc	5	8,5cc
Whisky, brandy, anis, patxarana	Kopa 1	45cc	40	18cc
Konbinatuak (Gin-tonicak...)	Konbinatu 1	70cc	40	28cc
Kalimotxoak	Baso 1	100cc	12	12cc
Vermouth, finak.	Unitate 1	70cc	17	17cc
Likore-txupitoak	Unitate 1	23cc	40	9cc

Ohiko edaleak sailkatzeko, lanegunean kontsumitutakoa, asteburuan kontsumitutakoa eta astean batez beste kontsumitutakoa hartu dira kontuan. Eguneko batezbesteko alkohol-kontsumoa kalkulatzeko, lanegunaren eta asteburuko egunen arteko batezbestekoa egin da. Asteburuko alkohol-kontsumoari dagokionez, ostiraleko, larunbateko eta igandeko kontsumoaren batezbestekoa eginda kalkulatu da.

Alkoholismoaren susmopekoak

Ohiko edaleak susmopekotzat hartu dira, CAGE test-galderei birritan edo gehiagotan baietz erantzun dietenean. Galderak hauek dira:

- Inoiz pentsatu al duzu gutxiago edan beharko zenukeela?
- Molesto sentitu al zara jendeak zure edateko modua kritikatu dizuenean?
- Txarto edo errudun sentitu al zara zure edateko modua dela-eta?
- Inoiz edan al duzu goizean goiz nerbioak baretzeko edo ajea ebitatzeko?

CAGE (Mayfield D et al.) testa screening-metodo labur eta sinple bat da, alkoholarekiko menpekotasuna duten pertsonak bereizteko. Badago gaztelaniaz balidatuta test horren bertsio bat (Rz-Martos, 1986); 2 puntuko ebaketa-puntua du (2 baieztoko erantzun), eta badirudi %100eko espezifikotasuna eta %96ko sentsibilitatea dituela.

1997ko Osasun-inkesta

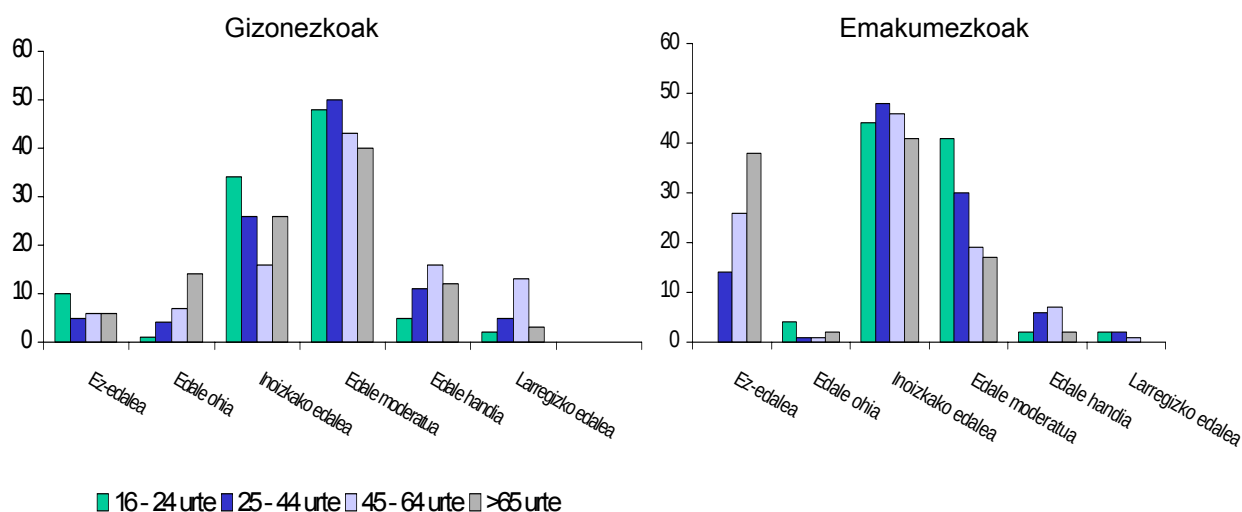
Azken 12 hilabeteetako alkohol-kontsumoa

1997an, euskal biztanleriaren hiru laurdenek (gizonezkoen %85ek eta emakumezkoen %62,5ek) alkohola kontsumitu zuten inkesta egin aurretiko 12 hilabeteetan (*II.2.2 taula*). Biztanleriaren %70ak noizbehinka edo moderatuki kontsumitu zuen alkohola, %3,6ak larregi edaten zuen, %7,9 edale handiak ziren eta %17k ez zuten alkoholik kontsumitu. Sexuaren arabera portaera ezberdina dago alkoholaren kontsumoari dagokionez, esaterako: gizonezkoetatik %63,4k edan zuten alkohola asteen behin gutxienez, emakumezkoetatik, ordea, %32k izan zuten portaera hori.

Alkoholaren ohiko kontsumoa

Diferentzia sakonak egon dira adinaren eta sexuaren arabera. Gizonezkoetan kontsumo-portzentajerik altuenak edale moderatuko kategorian gertatu dira. 45 urtetik 64 urtera bitarteko gizonezkoen adin-taldeak izan ditu larregizko alkohol-kontsumoaren portzentajerik altuenak. Gizonezko gazteagoek alkoholaren kontsumitzaile handietako portzentajerik baxuenak izan dituzte (*II.2.1 irudia*). Emakumezkoetan patroia ezberdina dago: inoizkako edalearen kategoriak aurkeztu ditu portzentajerik altuenak; alkoholaren kontsumo moderatua, berriz, ugariago izan da gazteen artean. Gizonezkoen artean bezala, 45 urtetik 64ra bitarteko adin-taldeak izan du alkoholaren kontsumitzaile handien proportziorik handiena.

II.2.1 irudia. Alkohol-kontsumoaren banaketa, adinaren arabera.



Ez-edaleak eta edaleak izanak

Ez-edaleen artean emakumezkoen proportzioa handiagoa izan da gizonezkoarena baino. Datu hori nabariagoa da adinak gora egin ahala. 65 urtetik gorako emakumezkoen %40 ez ziren edaleak; adin horretako gizonezkoen %7, berriz, ez ziren edaleak (II.2.2 taula).

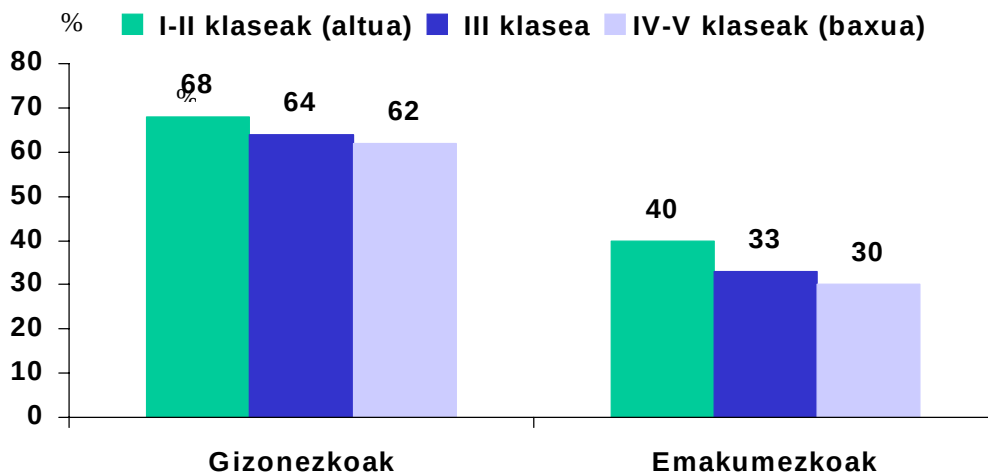
Edaleak izandako gizonezkoen proportzioa gehitu egin zen adinarekin batera. Emakumezkoen dagokienaz, gazteen artean portzentajeak apur bat altuagoak izan ziren; horren arrazoia, geroago ikusiko dugun bezala, zera izan da: lehen emakumezko gazteenek gehiago edaten zutela, eta jakina, adin horretan gehiago gertatu da alkohola kontsumitzeari uztea.

II.2.2 taula. Biztanleriaren banaketa, kontsumo, sexu eta adinaren arabera.

	Ez-edalea (%)	Edale ohia (%)	Inoizkako edalea (%)	Edale moderatua (%)	Edale handia (%)	Larregizko edalea (%)
GIZONEZKOAK						
16-24 urte	10,1	1,4	34,4	47,5	4,9	1,7
25-44 urte	5,0	4,2	25,7	49,5	10,6	5,0
45-64 urte	5,6	6,8	15,7	42,8	16,1	12,9
>65 urte	6,3	14,1	25,6	39,7	11,9	2,5
Guztira	6,3	5,9	24,5	45,8	11,3	6,3
EMAKUMEZKOAK						
16-24 urte	8,0	3,9	43,7	40,5	2,3	1,7
25-44 urte	14,3	0,5	47,9	30,0	5,6	1,7
45-64 urte	26,2	0,5	45,8	19,1	7,4	1,1
>65 urte	37,7	2,3	40,8	16,7	2,2	0,2
Guztira	21,3	1,4	45,2	26,0	4,9	1,2
SEXU BIAK						
16-24 urte	9,1	2,6	38,9	44,1	3,7	1,7
25-44 urte	9,7	2,4	36,9	39,7	8,1	3,3
45-64 urte	16,2	3,6	31,2	30,6	11,6	6,9
>65 urte	24,9	7,1	34,7	26,0	6,1	1,1
Guztira	14,1	3,6	35,3	35,5	7,9	3,6

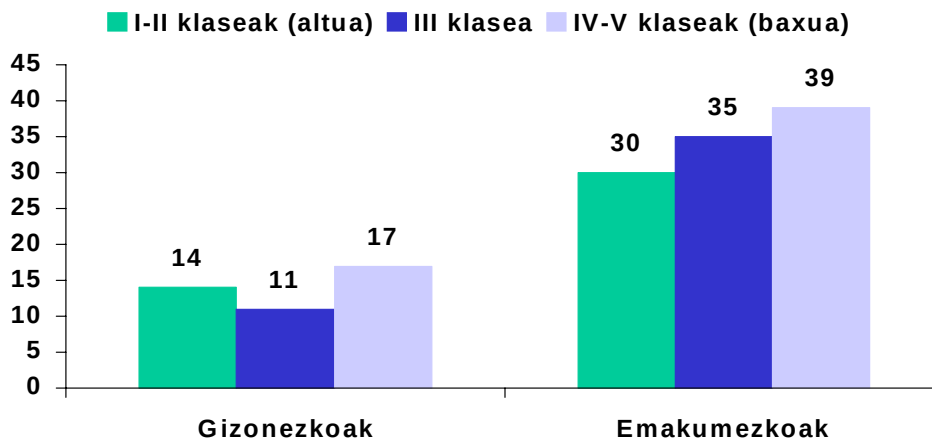
Klase sozialaren arabera alkohol-kontsumoa

Gizonezkoen artean ohiko edaleen proportzioak gora egin zuen, klase sozialak gora egin ahala. Fenomeno berbera, baina nabariagoa, gertatu zen emakumezkoen artean (II.2.2 irudia).



II.2.2 irudia. Alkoholaren ohiko kontsumoa, sexu eta klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).

Eskalaren punta bat aztertzen badugu, hots, azken urtean alkoholik ez kontsumitzea, proportziorik altuena ekonomiaren aldetik desfaboratuenak diren klase-etako gizonetako eta emakumezkoen artean aurkitu zen. (II.2.3 irudia).

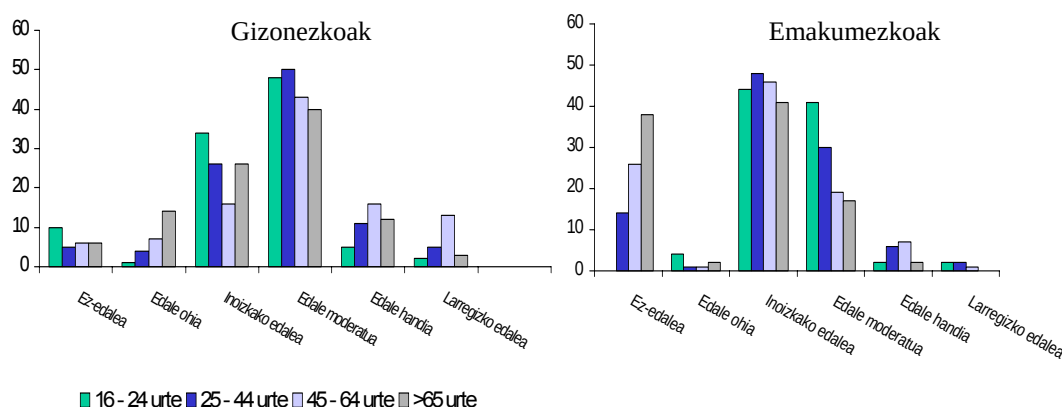


II.2.3 irudia. Azken urtean alkoholik ez kontsumitzea, sexu eta klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).

Eskalaren beste punta aztertuz gero, zera aurkitzen dugu: gizonetako klase sozialaren arabera larregizko alkohol-kontsumoak ez duela azpimarratzeko moduko aldaketarik; larregizko edaleen kategorian, berriz, IV eta V klaseetan portzentaje altuagoak daudela. Emakumezkoetan, ordea, portaeran diferen-

tziak gertatu ziren, I eta II klaseetan larregizko alkohol-kontsumoa aurkezten zen neurrian. (II.2.4 irudia).

II.2.4 irudia. **Alkohol-kontsumoaren banaketa, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).**

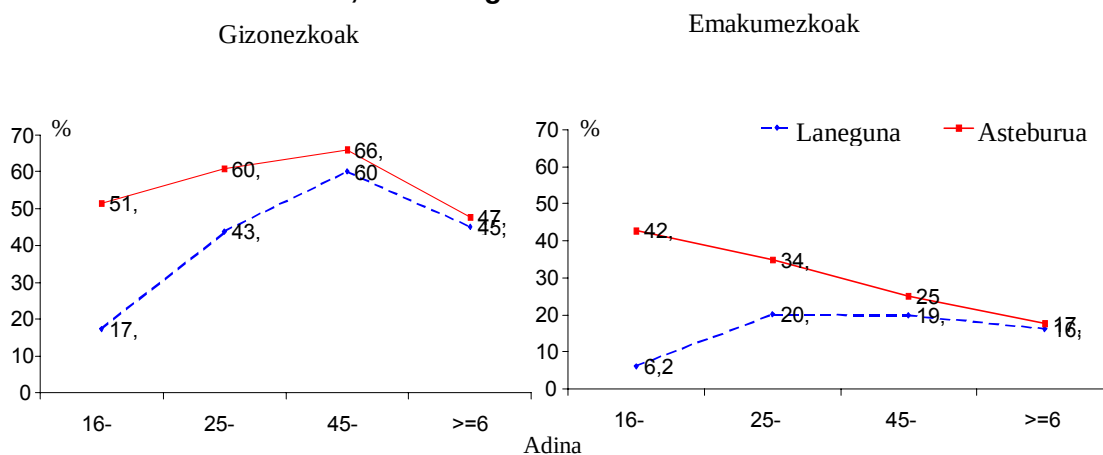


Asteko egunaren arabeko Kontsumoa

Alkohola kontsumitzeko moduari dagokionez, diferentzia handiak aurkeztu dira asteko egunaren arabera. Oro har, alkohol gehiago kontsumitu zen asteburuan lanegun batean baino, nahiz eta portaera guztiz aldatu zen adinaren arabera. 45 urteko gizonezkoek ez zuten bereizketarik egin asteko egunen artean; gazteenek, ordea, alkohol-kontsumoa astebururako uzteko joera zuten.

Nahiz eta adin-talde guztietan gizonezkoek baino emakumezkoek alkohol-kontsumoaren portzentaje txikiagoak aurkeztu, asteko egunaren arabeko kontsumo-moduan antzeko portaera-patroia izan zuten. 45 urtetik gorako emakumezkoek astegunean zein asteburuan berdintsu kontsumitu zuten alkohola; gazteenek, berriz, asteburuan kontzentratu zuten kontsumo hori (II.2.5 irudia).

II.2.5 irudia. **Ohiko edaleak, asteko egunaren arabera.**



Ohiko kontsumoa hasteko adina

Alkohola ohituraz kontsumitzen hasteko adina 19,6 urteetan jarri zen gizonezkoetan eta 21,8 urteetan. 16 urterekin hasi zen erregularitasunez edaten gizonezkoen %28,6a eta emakumezkoen 23,6a.

Alkoholismoaren susmopekoak

Gizonezkoen %6,9a eta emakumezkoen %1,2a alkoholismo-susmopekotzat jo ziren, CAGE testaren bi edo gehiago galdera baietz erantzun zutenean. Gizonezkoek dagokienez, adin-talde afektatuenak larregizko alkohol-kontsumoko talde berberak izan ziren (45-64 urte bitartekoak). Emakumezkoek dagokienez, portzentajerik altuena gazteenetan gertatu zen (II.2.3 taula).

Klase sozialaren aldagaia kontuan hartuz gero, portzentajerik altuenak IV eta V klaseetan, hots, desfaboratuenetan, kokatzen direla ikusten dugu.

II.2.3 taula. Alkoholismoaren susmopeko portzentajea (CAGE $\geq$ 2 testa) adin, sexu eta klase sozialaren arabera (adinaren arabera estandarizatuta).

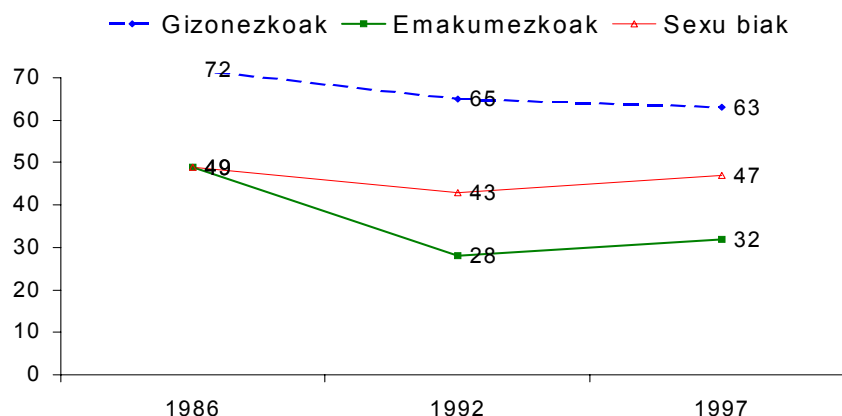
	Alkoholismoaren susmoa	
	Gizonezkoak (%)	Emakumezkoak (%)
Adina		
16-24 urte	5,4	3,2
25-44 urte	6,8	1,2
45-64 urte	7,5	1,5
>65 urte	5,0	0,4
Klase soziala		
I klasea (altua)	6,5	0,8
II klasea	5,9	0,4
III klasea	8,7	1,7
IV klasea	8,1	1,6
V klasea (baxua)	6,7	1,3
Guztira	6,9	1,2

1986tik aurrerako eboluzioa

Azken urteotan alkohol-kontsumoko patroiek izandako eboluzioak sexuen arabera eredu ezberdina dagoela adierazten du. Gizonezkoen artean, 45-64 adin-taldean izan ezik, alkohol-kontsumoak behera egin du. Emakumezkoen artean, ordea, batez ere gazteenen artean, gora egin zuen (II.2.3 taula).

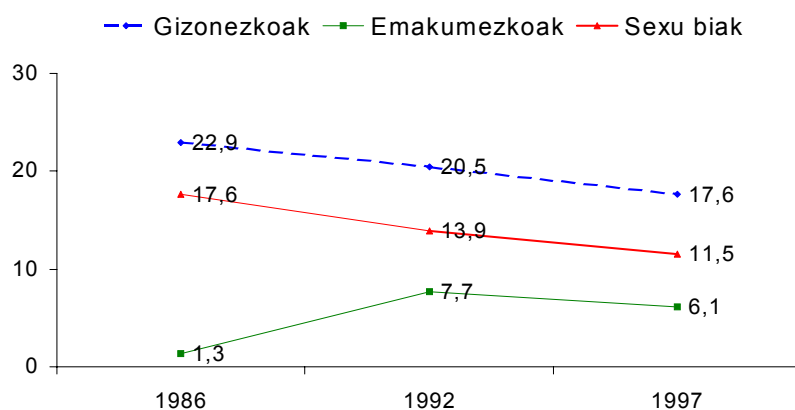
1986tik aurrera ohiko edaleen prebalentziak beheranzko joera txikia izan zuen. 1992an joera hori geldituta geratu da. Emakumezkoen artean, berriz, 1992tik aurrera apur bat gehitu egin da (II.2.6 irudia).

II.2.6 irudia. Ohiko edaleen portzentajeen eboluzioa, 1986-1992-1997.



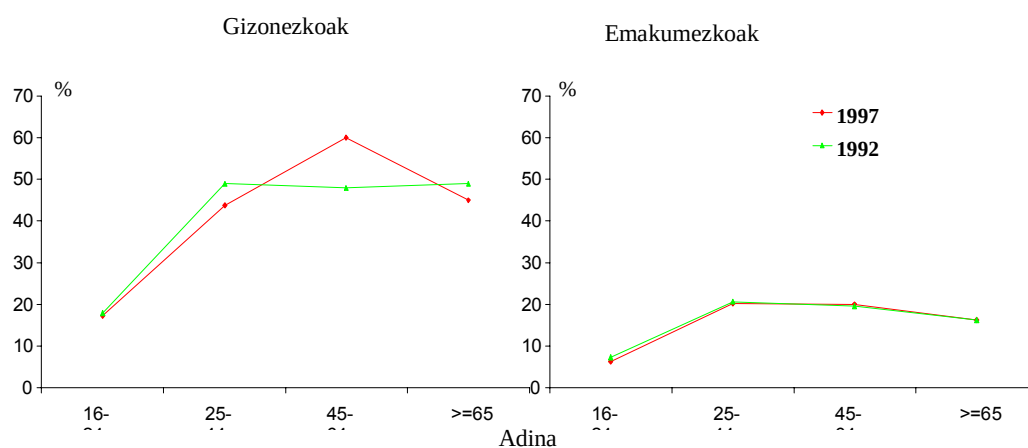
Halaber, gizonen artean alkohol-kontsumitzaile handien eboluzioak beharrezko joera izan du. Emakumeen artean 1992an gelditu da (II.2.7 irudia).

II.2.7 irudia. Alkohol-edale handien portzentajeen eboluzioa, 1986-1992-1997.

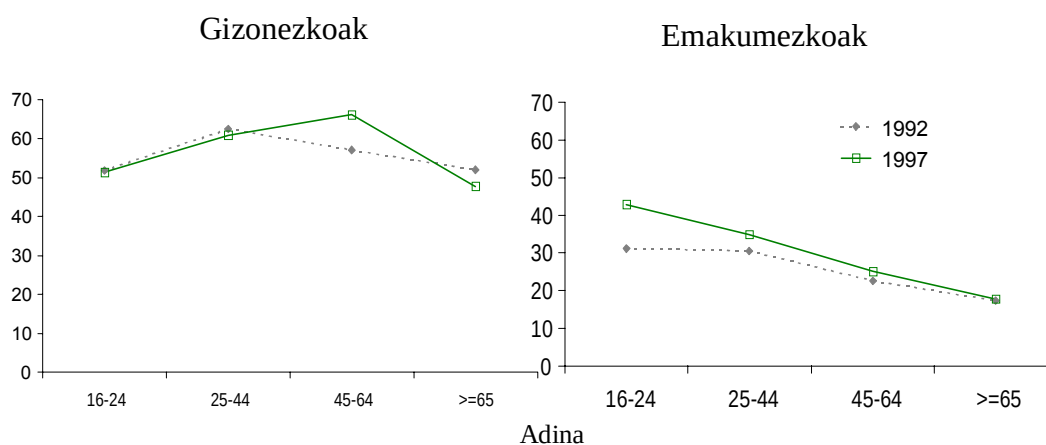


Alkohol-kontsumoko patroia eboluzioan ikusten den gauzarik esanguratsuena zera da: aste buruan alkohola kontsumitzen duten emakumezko gazteen gehikuntza handia (1992an baino %52 gehiago) (II.2.9 irudia). Ohituraz alkohola kontsumitu zuten emakumezkoen portzentajeak gora egitea asteburuko kontsumoari leporatu behar zaio.

II.2.8 irudia. Asteguneko ohiko edaleen portzentajeen eboluzioa.



II.2.9 irudia. Asteburuko ohiko edaleen portzentajeen eboluzioa.



II.2.3 taula. Biztanleriaren banaketaren 1992tik 1997ra arteko eboluzioa, alkohol-kontsumoari dagokionez, eta sexu eta adinaren arabera.

	Ez-edalea			Edale ohia			Inoizkako edalea			Ohiko edalea		
	1997 %	1992 %	Δ 92-97 %	1997 %	1992 %	Δ 92-97 %	1997 %	1992 %	Δ 92-97 %	1997 %	1992 %	Δ 92-97 %
GIZONEZKOAK												
16-24 urte	10,1	8,6	+17,4	1,4	0,4	+250	34,4	34,3	+0,3	54,1	56,7	- 4,6
25-44 urte	5,0	4,1	+21,9	4,2	3,9	+7,7	25,7	22,1	+16,3	65,1	69,9	-6,8
45-64 urte	5,6	5,0	+12	6,8	8,5	-20	15,7	19,0	-17,4	71,8	67,6	+6,2
> 65 urte	6,3	5,4	+16,7	14,1	13,8	+2,2	25,6	23,9	+7,1	54,1	56,9	-4,9
Guztira	6,3	5,4	+16,7	5,9	5,8	+1,7	24,5	23,8	+2,9	63,4	65,0	-2,5
EMAKUMEZKOAK												
16-24 urte	8,0	17,0	-53	3,9	1,5	+160	43,7	48,7	-10,3	44,5	32,8	+35,6
25-44 urte	14,3	16,1	-11,2	0,5	1,8	-72	47,9	49,3	-2,8	37,3	32,7	+14,1
45-64 urte	26,2	25,0	+4,8	0,5	1,9	-74	45,8	48,3	-5,2	27,6	24,8	+11,3
> 65 urte	37,7	36,1	+4,4	2,3	4,3	-46	40,8	42,3	-3,5	19,1	17,2	+11,1
Guztira	21,3	22,4	-4,9	1,4	2,2	-36	45,2	47,7	-5,2	32,1	27,7	+15,9

Ondorioak

Alkohola ohituraz kontsumitzeko portaera hedatuago dago gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino. Eta larregi kontsumitzeko portaera ere bai. Klase sozialik faboratuenean, gizonezkoak zein emakumezkoak izan, alkohola askoz ere gehiago kontsumitzen dute, beheragoko klaseek baino. Hala ere, IV eta V klaseetan alkoholismo-susmopekoen eta larregizko edaleen portzentajeetan gorune txiki bat dago.

Alkohol-kontsumoko patroiak aldatzen doaz, sexuaren arabera. Gizonezkoek dagokienez, 45-64 adin-taldekoei izan ezik, alkohola sarri eta larregi kontsumitzea beherantz doa, emakumezkoen kontsumo-sarritasuna, ordea, gorantz doa. Kontsumitzaile handien portzentajeetan beherantzko joera ikusten da urteetan zehar. 45-64 urteko gizonezkoak dira alkohola gehien kontsumitzen ari den biztanleria-taldea; aldi berean, talde horretan daude larregizko edaleen eta alkoholismo-susmopekoen kopururik handienak. Urteetan zehar antzeko mailetan mantentzen da alkoholismo-susmopekoen proportzioa. Gizonezkoen artean bezala, 45-64 urteko emakumezkoen artean daude alkohol-kontsumitzaileen portzentajerik handienak.

Gazteen artean alkohol-kontsumoa batez ere asteburuetan gertatzen da. Are gehiago, behar bada emakumezko gazteen taldea asteburuetan alkohola kontsumitzeko ohituran sartzea izan da urte horietako aldaketa handienetarikoa bat.

1986tik aurrera ohiko alkohol-kontsumoaren eboluzioak eta tabakoarentzako deskribatutako ereduak badute beraien arteko antzekotasuna. Alkohol-kontsumoa tradizioz gizonezkoen portaera izan da gehiago emakumezkoena baino. Gizonezkoen artean beherakada txiki bat gertatzen ari den bitartean, emakumezkoen artean gorakadak gertatzen ari dira.

Sexuaren araberako ezberdintasun hori kontuan izan beharko litzateke, osasunaren promozio-programak ezartzerakoan. Halaber, kontuan ere izan beharko litzateke, 45-64 urteko gizonezkoak direla alkohola gehien kontsumitzen duen kolektiboa. Azkenik, badago beste aspektu bat Osasun Publikoan inplikazio sakonak dituen: gazteen portaera, hots, alkohola batez ere asteburuan kontsumitzeko ohitura.

Erreferentziak

1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol and health: eighth special report to the U.S. Congress from the Secretary of Health and Human Services*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1993 (NIH Publication no.94-3699).
2. ANDERSON P, CREMONA A, PATON A ET AL. *The risk of alcohol. Addiction* 1993; 88:1493-1508.

3. BOFFETTA P, GARFINKEL L. *Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study*. Epidemiology 1990; 1:342-48.
4. KLATSKY AL, ARMSTRONG AA, FRIEDMAN GD. *Alcohol and mortality*. Ann Intern Med 1992; 117:646-654.
5. ROSENBERG L, METZGER LS, PALMER JR. *Alcohol consumption and risk of breast cancer: a review of the epidemiologic evidence*. Epidemiol Rev 1993; 15:133-68.
6. *Centers for disease control. Alcohol-related mortality and years of potential life lost—United States, 1987*. MMWR 1990; 39:173-8.
7. *Guide to clinical preventive services. Report of the U.S. Preventive Services task Force*. Williams and Wilkins: Baltimore 1996: 567- 583.
8. ALTISENT R, CORDOBA R, MARTIN JM. *Criterios operativos para la prevención del alcoholismo*. Med Clin (Barc) 1992; 99:584-8.
9. MAYFIELD D, MCLEOD G, HALL P. *The CAGE Questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument*. Amer J of Phsyh; 131:1121-3.
10. RZ-MARTOS DAUER A, NAVARRO RM, VECINO C ET AL. *Validación de los cuestionarios KFA(CBA) y CAGE para el diagnostico del alcoholismo*. Drogalcohol 1986; XI:132-9.

II.3. Tabakoaren kontsumoa

Juan M. Sanzo

Sarrera

Tabakismoa da heriotza-zergati aldagarriarik garrantzitsuena mendebaleko herrialdeetan. Tabakismoari eta horren osasun-intzidentziari buruzko ikerkuntza epidemiologikoak 1950ean hasi ziren, jadanik klasikoa den Doll eta Hill-en azterlanarekin; azterlan horretan tabako-kontsumoaren eta birika-kartzinomaren arteko erlazioa aztertu zen Erresuma Batuko medikuetan. Ordutik hona ebidentzia zientifikoa zabal garatzen joan da, eta erakutsita geratu da tabakoak, birikako minbizia-rekin duen erlazioaz gain, baduela erlazorik beste minbizi batzuekin. Minbiziok hauek dira: ezpaineiko minbizia, aho-barrunbe eta laringekoa, faringekoa, esofagokoa, giltzurrunekoa, bixikakoa, pankreasekoa eta urdailekoa (CDC 1987) (WHO-IARC 1990). Kausalitate anitzeko testuinguruan, tabakoak bronkitis kronikoa eta enfisema garatzen nabari laguntzen du, eta gainera, gaixotasun koronari-oaren eta istripu zerebrobaskularren kausalitatean faktore garrantzitsutzat jo da (Department of Health and Human Services 1989). Haurdunaldian tabako-kea arnasteak ondokook ekar ditzake: jaioberriaren pisu baxua, erditze goiztiarra, arnas distresaren sindromea eta bularreko haurraren bat-bateko heriotzaren sindromea. Azkenik, erretzaile pasiboetan birikako minbizia garatzeko arriskua gehitzen da. (Department of Health and Human Services 1989).

Metodologia

Egindako hiru inkestetan galderen formulazioa berbera izan da, pertsonak 4 kategoriatan sailkatzeko, tabakoaren kontsumoaren arabera. Definizio ugari dagoenez, jarraian datozenak hautatu dira, konparaketak egiteko:

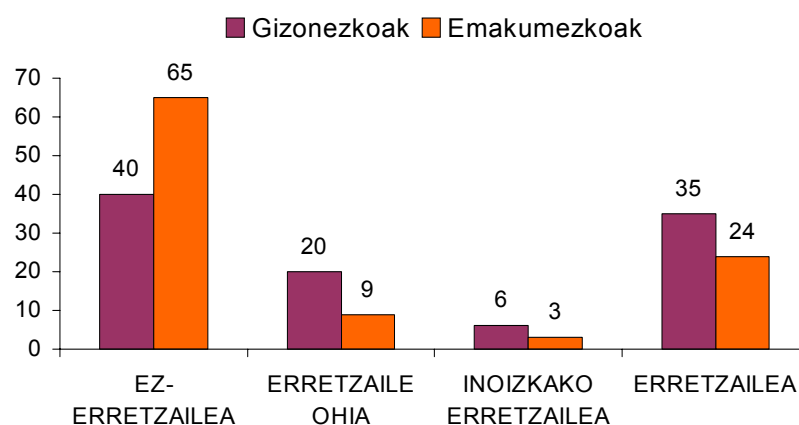
- Ohiko erretzailea: egunean gutxienez zigarro bat erretzen zuela aitortu zuen pertsona.
- Erretzaile ohia: egunero erre zuela baina elkarriketaren aurretiko 6 hilabeteetan gutxienez, ez duela erretzen aitortu zuen pertsona.
- Ez-erretzailea: bere bizi guztian 100 zigarro baino gutxiago erre dituela aitortu zuen pertsona.
- Inoizkako erretzailea: Egunero ez zuela erretzen eta bere bizitzan gutxienez 100 zigarro erre dituela aitortu zuen pertsona.

1997ko osasun-inkesta

Ohiko erretzailea

Oro har, euskal biztanleriaren %29a ohiko erretzailea zen 1997an, gizonezkoen eta emakumezkoen portaerak oso ezberdinak zirelarik (gizonezkoetatik %35 eta emakumezkoetatik %23,5) (*II.3.1 irudia*). Adin-taldeen arabera ere diferentzia nahiko handia ikusi zen. Erretzaileak funtsean 45 urtetik beherakoetan zeuden, batez ere emakumezko erretzaileak. 44 urtetik gorako emakumezkoen artean %15 baino ez ziren erretzaileak. Azpimarratzeko aspektu garrantzitsua da gazteen artean erretzaileen portzentaje berdina zela sexu bietan (%33) (*II.3.1 taula*).

II.3.1 irudia. Tabakoaren kontsumoa, 1997.



II.3.1 taula. Biztanleriaren banaketa, tabako-kontsumoari dagokiona, adin eta sexua-
ren arabera.

	Ez du inoiz erre	Erretzaile ohia	Inoizkako erretzailea	Erretzailea	Guztira
	(%)	(%)	(%)	(%)	K*
GIZONEZKOAK					
16-24 urte	55,3	5,6	6,0	33,1	158.199
25-44 urte	35,8	14,2	5,5	44,5	328.176
45-64 urte	34,9	27,0	4,9	33,2	249.904
>65 urte	38,3	37,3	6,9	17,5	127.260
Guztira	39,6	19,6	5,6	35,2	863.539
EMAKUMEZKOAK					
16-24 urte	56,9	4,4	6,1	32,6	150.083
25-44 urte	42,2	14,0	5,1	38,7	325.365
45-64 urte	76,0	8,8	1,5	13,7	255.312
>65 urte	94,7	2,3	0,6	2,4	184.750
Guztira	64,6	8,6	3,4	23,5	915.510
SEXU BIAK					
16-24 urte	56,1	5,1	6,0	32,8	308.282
25-44 urte	39,0	14,1	5,3	41,6	653.541
45-64 urte	56,1	17,6	3,1	23,2	505.216
>65 urte	71,9	16,4	3,2	8,5	312.010
Guztira	52,6	13,9	4,5	29,1	1.779.049

*Estimatutako biztanleria

Kontsumitutako zigarro-kopurua

Erretzaileen %13ak (gizonezkoen %16ak eta emakumezkoen %9ak) egu-
nean 20 zigarro baino gehiago erretzen zituen. Tabakoa gehiegi kontsumitze hori
bizitzako adin ertainetan gertatzen zen (II.3.2 taula).

II.3.2 taula. Erretzaileen arteko tabako-kontsumoa, sexu eta adinaren arabera.

	Kontsumitutako zigarro-kopurua			
	1-10 (%)	11-20 (%)	20tik gora (%)	Guztira K*
GIZONEZKOAK				
16-24 urte	52,3	41,4	6,3	158.199
25-44 urte	30,0	48,4	21,6	328.176
45-64 urte	49,1	35,6	15,2	249.904
>65 urte	54,5	35,3	10,3	127.260
Guztira	40,9	42,7	16,3	863.539
EMAKUMEZKOAK				
16-24 urte	61,3	34,7	4,0	150.083
25-44 urte	40,0	49,3	10,7	325.365
45-64 urte	44,5	43,3	12,2	255.312
>65 urte	64,9	25,8	9,3	184.750
Guztira	46,1	44,5	9,4	915.510
SEXU BIAK				
16-24 urte	56,6	38,2	5,2	308.283
25-44 urte	34,7	48,8	16,5	653.541
45-64 urte	47,7	38,0	14,3	505.216
>65 urte	56,2	33,7	10,1	312.010
Guztira	43,1	43,5	13,4	1.779.049

* Estimaturako biztanleria

Tabakoarekiko jarrerak

Gizonezkoen %35a eta emakumezkoen %33a saiatu ziren erretzeari uzten 1997an. Emakumezkoen dagokienez, tabakoari uzteko saioak antzekoak izan ziren adin-talde guztietan; gizonezkoen dagokienez, berriz, saioak gehitu egin ziren adinak gora egin ahala.

Erretzaileen %67ri, gizonezkoen zein emakumezkoen, gustatuko zitzaiekeen erretzeari uztea.

Tabako-kearekiko esposizioa

Biztanleria orokorraren %39a egon zen egunero edo oso sarri tabako-kearekiko esposizioan. Pertsonetatik %32k esan zuten bazeudela beren etxean egunero edo oso sarritan erretzen zuten pertsonak; eta biztanleriaren %38ak aitortu zuten bazeudela bere lanean edo denbora gehien ematen zuten lekuan erregulartasunez erretzen zuten pertsonak.

Biztanleria ez-erretzaileen artean, %16a tabako-kearekiko esposizioan egon zen. %13 beren etxean, eta %15 lantokian edo ohiko tokian.

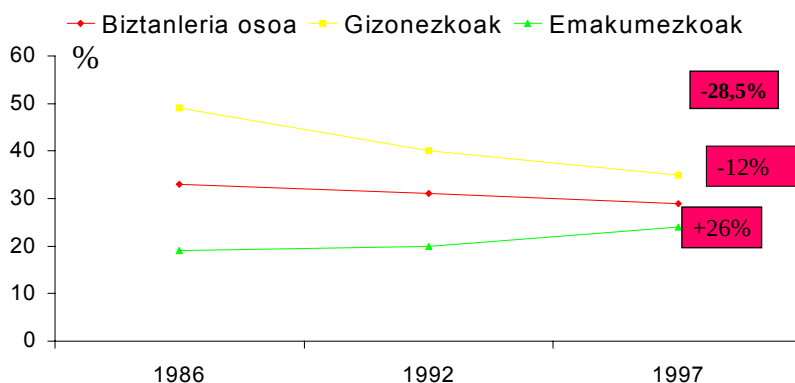
1986tik aurrerako eboluzioa

Erretzaileak

Ohitura tabakikoaren eboluzioa aztertzean, apur bat beheranzko joera ikusten da 11 urte hauetan zehar, %9an gutxitu delarik (*II.3.2 irudia*). Hala ere, eboluzio global horrek sexuen arabera diferentzia sakonak mozorrotu zituen. Gizonezkoen artean eboluzioa beherantz joan da argi-argi, %29an gutxitu delarik. Por-

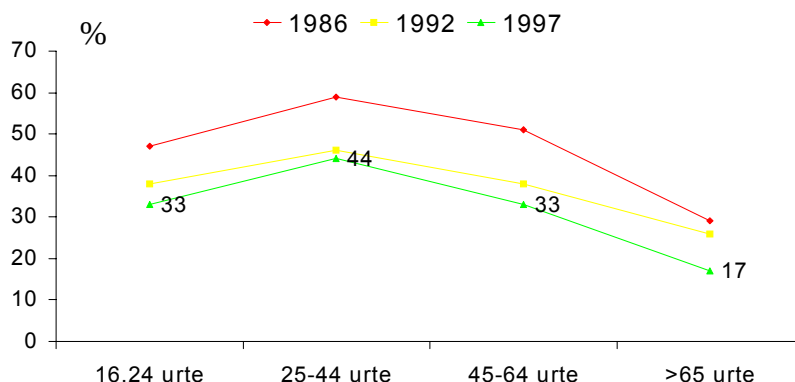
taera hori beste komunitate eta Europa Elkarteko herrialdeetan, hots, Espainian, Frantzia, Holandan... gertatutakoarekin konpara daiteke. Emakumezkoetan ikusitako ereduak garrantzizko gehikuntza erakutsi du, %26koa 11 urteotan. Bestalde, emakumezkoa tabakoaren ohituran beranduago sartzen dela ikusten da. Gure kasuan, hain bat-bateko gorakada horren azalpena zerean kokatu behar da: 1986ko hasiera-prebalentzia baxu erlatiboetan eta emakumezkoaren tabakismo-rako joeran dagoen intentsitatean.

II.3.2 irudia. Tabakismoaren eboluzioa, 1986-1992-1997.



Adinaren arabera eboluzioari begiratuz gero, gizonezkoetan adin-talde guztietan beheranzko joera mantentzen dela ikusten dugu (II.3.3 irudia).

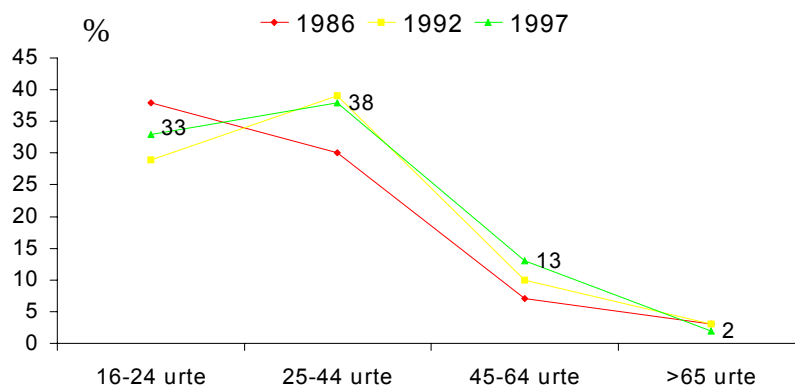
II.3.3 irudia. Erretzaileen prebalentzia, adinaren arabera, 1986-1992-1997. Gizonezkoak.



Emakumezkoen artean tabakismoaren prebalentzien eboluzioak bi gertakizun inportanteak adierazi ditu. Batetik, datuek islatzeen dutenez, erretzaileen kopurua zahartu egin da, eta bestetik, 1992 eta 1997 bitartean 24 urtetik beherako emakumezkoen artean %4ko gehikuntza egin da (II.3.4 irudia).

1986ko datuak, oro har, kautelaz hartu behar dira, laginaren tamaina askoz txikiagoa izan baitzen 1992 eta 1997koak baino. Esandakoa nabariago azaltzen da sexu eta adin-taldearen arabera banantzen dugunean; hala ere, aipatu nahi izan ditugu, perspektiba historikoa eduki ahal izateko.

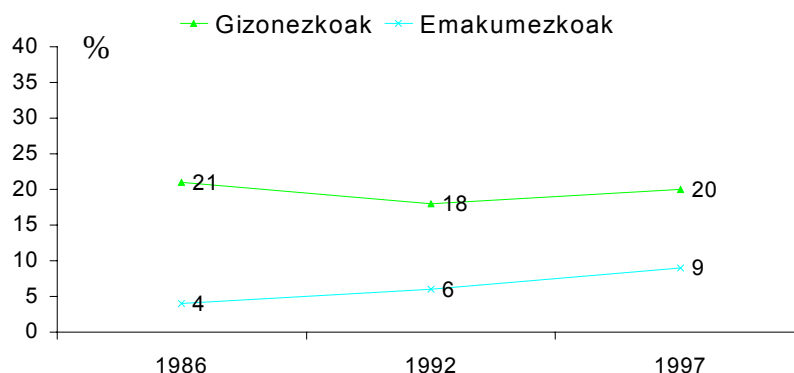
II.3.4 irudia. Emakumezko erretzaileen prebalentzia, adinaren arabera, 1986-1992-1997.



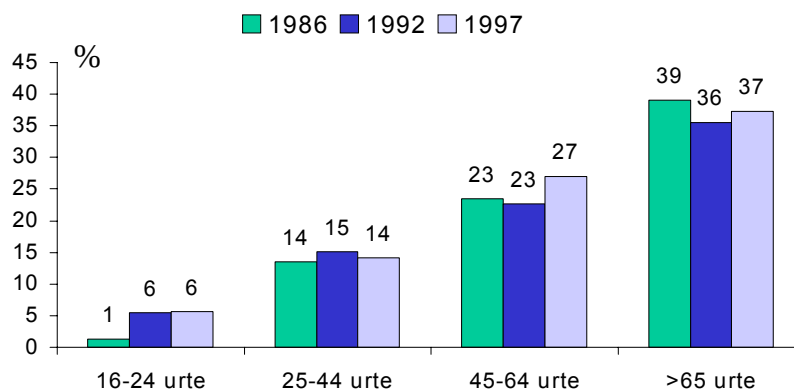
Erretzaile oihak

Emakumezkoen artean erretzaile izandakoen prebalentziak gehikuntza iraunkorra izan du urteetan zehar; gizonezkoen artean, berriz, gelditu mantendu da. Ageriko paradoxa horren erroa hara non dagoen: erretzaile izandako gizonezkoek adin nagusietako tarteetan kontzentratuta egotean, eta gizonezko gazteen artean erretzaile berriak gutxitu direnez, erretzaile izandako berri posibleak ere gutxitzean (II.3.5 eta II.3.6 irudiak).

II.3.5 irudia . Erretzaile izandakoen prebalentzia, sexuaren arabera, 1986-1992-1997.



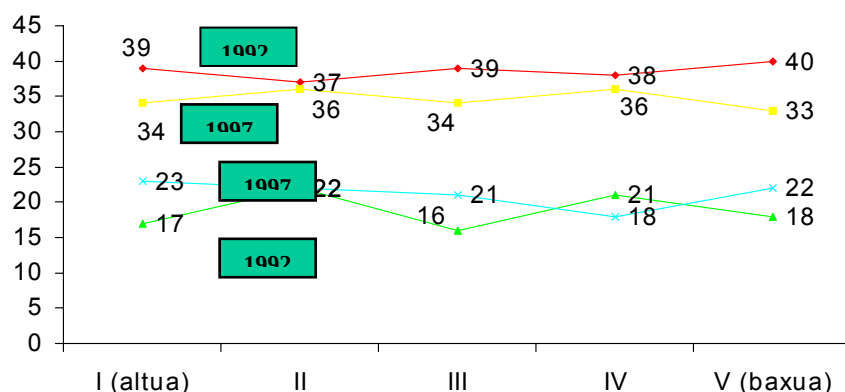
II.3.6 irudia. Erretzaile izandakoen prebalentzia, adinaren arabera, 1986-1992-1997.



Erretzaileen eta erretzaile izandakoen prebalentzia, klase sozialaren arabera

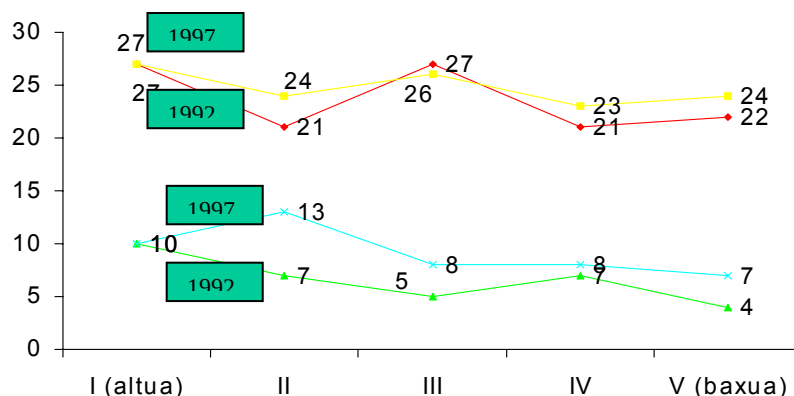
Erretzaileen eta erretzaile izandakoen proportzioa antzekoa izan da klase sozial guztietan bai 1992an, eta bai 1997an. Erretzaileen kasuan, antzeko behe-rakada gertatu da klase sozial guztietan. Erretzaile izandakoen artean prebalentziaren gorakada ere antzekoa izan da kategoria sozial guztietan (II.3.7 irudia).

II.3.7. Erretzaileen eta erretzaile izandakoen portzentajea, klase sozialaren arabera, 1992-1997.



Emakumezkoen artean, ohitura tabakikoaren gehikuntzak ez du erlaziorik klase sozialarekin. Hala ere, erretzaile izandakoen proportzioa handiagoa izan da I eta II klaseetan. Klase horietako emakumezkoak tabakoa uzten ari dira neurri handiagoan hezkuntza- eta ekonomia-baliabide gutxiagoko klaseetako emakumezkoak baino (II.3.8 irudia).

II.3.8 irudia. Emakumezko erretzaileen eta erretzaile izandakoen portzentajea, klase sozialaren arabera, 1992-1997.



Ondorioak

Gure inguruko erretzaileen prebalentziak baxuenetarikoak dira Espainiako beste komunitateen aldean eta Europako beste herrialdeen aldean (Joossens et al 1999). Horrela, bada, 1994an Kataluniako biztanleriaren %28ak ohiko erretzaile zela esan zuen (Enquesta de salut de Catalunya 1994). Portzentaje hori %37,4koa izan zen Madrileko Komunitatean 1997an (Boletín Epidemiológico de la

Comunidad de Madrid 1997) eta % 34koa Nafarroan 1992an (Osasun Departamentua. Nafarroako Gobernua 1993).

Oro har, mendebaldeko gizarteetan, gizonezkoak hasi ziren lehenengo tabakismoaren ohitura hartzen, ekonomia eta kulturaren aldetik faboratuenak direneta-tik hasita. Geroago, kontsumoa gizonezkoen artean nahiko hedatuta egon zenean, emakumezkoek hasi zuten prozesu hori, kasu honetan ere goi mailako klaseetan (Joossens L et al 1999). Prozesu berbera errepikatu da Euskal Herrian. Gaur egun, gizonezkoen artean eboluzioa argi-argi joan da beherantz urteetan zehar; emakumezkoen artean, oster, tabakoaren ohiturak goranzko joera agertu du, ohitura beranduago hartu baitute.

Tabakismoa prebenitzeko sexuaren araberako programa ezberdinak praktikan jartzea kontuan hartu beharko litzateke. Erretzaileen portzentajearen eboluzioak, gizonezkoetan beheranzkoa eta emakumezkoetan goranzkoa denak, zera adierazten digu: arazo horretan estrategia ezberdinak erabiliz saiatu beharra da-goela.

Eskerrak: Jose M^a Sanchez eta Jose M^a Arteagoitia jaunei kapitulu honen aurrebertsio bati egindako komentario baliotsuengatik.

Erreferentziak

1. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID. *Informe: Vigilancia del consumo de tabaco y sus efectos para la salud en la Comunidad de Madrid* 1997; 5gn. bol., zk.: 11:1-31.
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Smoking-attributable mortality and years of potential life lost United States, 1984*. MMWR 1987; 36:693-7.
3. DEPARTAMENT DE SANITAT. GENERALITAT DE CATALUNYA. *Enquesta de salut de Catalunya 1994*.
4. OSASUN DEPARTAMENTUA. NAFARROAKO GOBERNUA. *Osasun inkesta 1990-91*. Iruña Nafarroako Gobernuak argitalpen fondoa, 1993;33-36.
5. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the surgeon general*. Rockville, Md.: Department of health and human services, 1989 (Publication no. DHHS (PHS) 89-8411).
6. JOOSSENS L, SASCO A, SALVADOR T, VILLALBÍ JR. *Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea*. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73:3-11.
7. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The great american smoke-out, 1997*. MMWR 1997; 46:1037-43.
8. WHO-IARC. *Cancer: Causes, occurrence and control*. Tomatis I (ed) IARC Scientific publications 100gn zk., Lyon 1990.

II.4. Ariketa fisikoa

Juan M. Sanzo

Sarrera

Azken hamarkadetan gizarteak izan duen eboluzioa gure bizimoduetan islatu da, besteak beste gure jateko moduan: koipe ugariko, batez ere azido koipetsu saturatuko janariak sartu dira dietetan; horrekin batera, sedentarismo-mailak, hots, bizimodu sedentarioagoak hedatu dira. Gauza bi horiek direla-eta, obesitatea eta gaixotasun kardiobaskularrak izateko arriskuak gora egin du; horregatik Euskal Herriko Osasun-planak (Osasun Sailaren 1994koak) arazo hori lehentasunezko helburutzat hartu du. Halaber, dokumentu honetako 2.8 helburuan bilduta dago ariketa fisikoa egiten dutenen pertsonen proportzioa gehitzea.

Gaixotasun koronarioa da bizimodu sedentarioarekin asoziatzen den arriskurik nagusia. Ariketa fisikoa eginda, gehiegizko gaixotasun koronarioaren %35a gutxitu daitekeela estimatu da (Centers for Disease Control and Prevention 1993). Bestalde, zera agertu da nabari, ariketa fisikoak morbiditatea eta hilkortasuna murriztu egiten dituela, gutxienez sei baldintza kronikotan: gaixotasun koronarioan, hipertentsioan, obesitatean, diabetesean, osteoporosian eta nahaste mentaletan. (Blair SN et al 1999) (Blair SN 1989).

Metodologia

Ariketa fisikoaren neurketa beste inkestetan bezala egin zen, galderen formulazio berbera gorde zelarik. Ariketa fisikoaren adierazlea kalkulatzeko, ariketen sarritasuna, intentsitatea eta iraupena konbinatu ziren. Intentsitatea MET-etan neurtu zen. MET unitatea geldituenerako gastu energetikoaren baliokidea da, eta kg/minutuko 3,5 ml.ko oxigeno-kontsumoari dagokio. MET-ak geldituenean baliokide horren multiploak dira. Egindako ariketa fisiko bakoitzari MET kopuru zehaztu bat esleitzen zaio (Taylor HL 1978). Zenbait ariketatan, ibiltzean esaterako, taulak posibilitate bat baino gehiago eskaintzen zuen, ariketa egiteko moduen arabera. Horregatik, pertsonen adinaren batezbesteko balio bat jarri zen. Adibidez, 65 urtetik gorako batek ibiltzen zela aitortzen zuenean 2,5 MET esleitu zitzaizkion; 65etik beherakoari, ordea, 4 MET. Ariketen araberrako MET-en esleipena II.4.1 taulan adierazi da (Enquête de Canada 1981-Enquête de Santé Québec 1987). Adierazle energetikoaren kalkulua hiru faktoreko biderketa baten bidez lortzen da: azken hamalau egunetan egindako ariketaren zenbatekoa bider batezbesteko iraupen-minutu bider dagozkion MET-ak.

Denbora librean egindako gastu energetikoaren arabera pertsonak sailkatzeko ondoko kategoriak ezarri ziren:

Oso aktiboak: 5.000 MET edo gehiagoko gastu energetikoa zuten pertsonak.

Aktiboak: 3.000 eta 5.499 MET bitarteko gastu energetikoa zuten pertsonak.

Aktibo moderatuak: 1.250 eta 2.999 MET bitarteko gastu energetikoa zuten pertsonak.

Sedentarioak: 1.250 MET-etatik beherako gastu energetikoa zuten pertsonak.

Laneko edo ohiko jarduerako ariketa fisikoaren neurketa galdera itxi baten bidez egin zen; Galderan 4 egoera posible adierazten ziren, laneko ariketa fisikoaren gero eta intentsitate handiagoa deskribatuz. Eta inkestatuak horietatik bat hau-

tatu behar zuen. Lau esaldi horien egoera-aldaketak, egoera sedentarioenetik (ohiz eserita egotetik) hasita, intentsitaterik handienara (pisu handiko zamak garraiatzera edota esfortzu fisiko inportantea egitera) artekoak izan ziren; puntako bi egoera horien tartean beste bi hauek zeuden: zutik eta desplazamenduak eginez lan egitea, baina pisurik altxatu gabe; eta zama arinak garraiatzea edota sarritan eskaileretatik igo eta jeztea. Lehenengo edo bigarren kategoria-erantzuna egonkortzat jo da.

Inkesten bidez ariketa fisikoa aztertzeak baditu zenbait metodologia-arazo: atzeranzko galderei erantzuteko memoriak dituen akatsak; ariketa bakoitzari intentsitatea esleitzerakoan sailkapen ezberdin asko egotea; ariketa guztiei intentsitate berbera (MET-ak) aplikatzea, ariketa nola egiten den kontuan hartu barik; egiten den ariketaren arabera biztanleria kategorietan ipintzeko dagoen zailtasuna, gogobeteko sailkapenak aurkitzeko zailtasuna egoteagatik (La Porte RE 1985). Hala eta guztiz, biztanleria orokorrean ariketa fisikoa neurtzeko sarrien erabiltzen den metodoa da.

II.4.1 taula. Ariketaren araberrako METen esleipena.

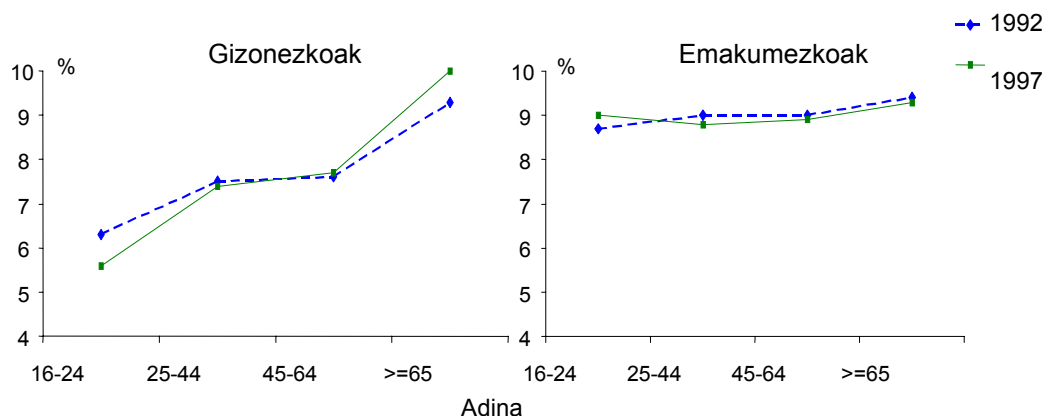
METak	ARIKETAK
2,5	Paseatzea
4	Ibiltzea, dantza, golf, gimnasia leuna, zaldiz ibiltzea
6	Pala-kirolak (tenis, pala, paddle) bizikleta, talde-kirolak (volleyball, saskibaloia, eskubaloia, futbola) irratatzea (izotzean, arrodez) monopatina, eskia, aerobio-a
8	Korrika egitea, mendizaletasun, squash eta kirol guztiak intentsitate handiaz egiten direnean

1997ko Osasun-inkesta

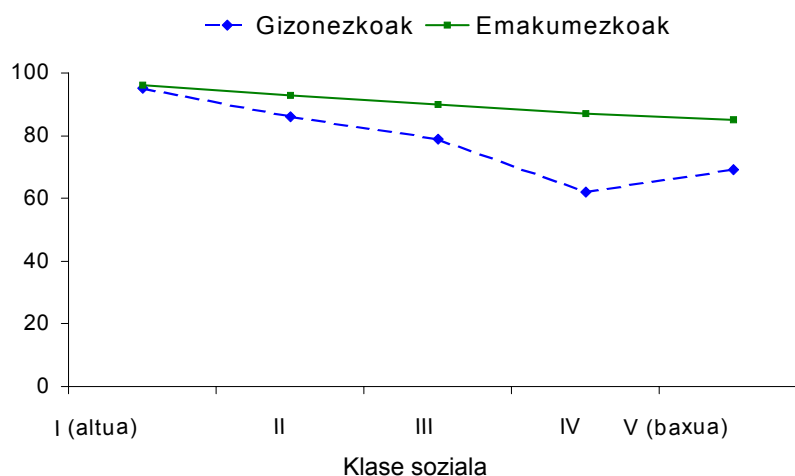
Lanean edo ohiko jardueran egiten den ariketa fisikoa

II.4.1 irudian ikus daitezke, ordaindutako jardueran edo etxeko jardueretan sedentarioak zirela aitortu zuten gizonezkoen eta emakumezkoen portzentajeak. Jakina, sedentarioen portzentajea gehitu egin zen adina gehitzen zen neurrian. Klase sozialaren arabera aztertuz gero, gizarte-gradiente bat ikusi zen, sedentarioen portzentajerik altuenak I eta II klaseetan zeudelarik (II.4.2 irudia).

II.4.1 irudia. Jardueran sedentarioak direnen portzentajea, adin eta sexuaren arabera, 1992-1997.



II.4.2 irudia. **Jardueran sedentarioak direnen portzentajea (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera.**



Denbora libreko ariketa fisikoa

Denbora librean ariketa fisikoa sarriago egiten dute gizonezkoek emakumezkoek baino. Gizonezkoen artean adinaren arabera, noski, gradiente bat egon zen, aktiboak gazteenen artean zeudelarik; emakumezko aktiboak, ordea, batez ere ertaineko adinetan zeuden (II.4.2 taula).

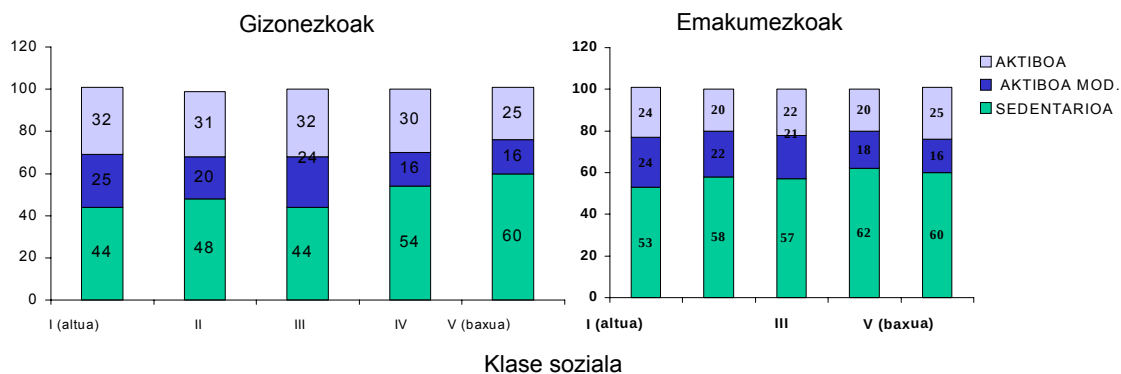
II.4.2 taula. **Biztanleriaren banaketa, ariketa fisikoa praktikatzearen, adinaren eta sexuaren arabera.**

	Ariketa fisikoaren praktika			
	Sedentarioa (%)	Moderatua (%)	Aktiboa (%)	Guztira Z*
Gizonezkoak				
16-24 urte	43,6	16,0	40,4	158.199
25-44 urte	53,8	18,6	27,6	328.176
45-64 urte	57,1	20,1	22,8	249.904
>65 urte	54,3	16,4	29,3	127.260
Guztira	52,9	18,2	28,9	863.539
Emakumezkoak				
16-24 urte	63,1	17,8	19,1	150.083
25-44 urte	60,0	20,9	19,1	325.365
45-64 urte	59,3	18,2	22,5	255.312
>65 urte	61,1	21,3	17,5	184.750
Guztira	60,5	19,7	19,7	915.510
Sexu biak				
16-24 urte	53,0	16,9	30,1	308.282
25-44 urte	56,9	19,7	23,4	653.541
45-64 urte	58,2	19,1	22,7	505.216
>65 urte	58,4	19,3	22,3	312.010
Guztira	56,9	19,0	24,1	1.779.049

*Estimatutako biztanleria

I eta II klase sozialetako gizonezko eta emakumezkoen artean sarriago egin zen denbora librean ariketa fisikoren bat, IV eta V klaseetako gizonezko eta emakumezkoen artean baino (II.4.31 irudia).

II.4.3 irudia. Denbora libreko ariketa fisikoa, klase sozialaren arabera.



Sarrien egiten diren ariketak

Sarrien egiten diren ariketak adinaren eta sexuaren arabera aldatu ziren. Gizonezko gazteagoen artean talde-kirolak izan ziren nagusi; zaharragoen artean, berriz, ibiltzea izan zen sarrien aipatutako ariketa. Emakumezkoen artean, azken ariketa hori (ibiltzea) gehien egin zena izan zen adin-tarte guztietan (II.4.3 eta II.4.4 taulak).

II.4.3 taula. Gizonezkoek sarrien aipatutako ariketak. Ariketa horiek praktikatzan dituen biztanleriaren portzentajeak (%) eta azken 14 egunetan egindako batezbestekoa. Gizonezkoak.

Ariketa	16 – 24 urte		25 – 44 urte		45 – 64 urte		> 65 urte	
	%	Zenbat bider	%	Zenbat bider	%	Zenbat bider	%	Zenbat bider
Paseatzea	26%	7,1	18%	7,6	43%	8,5	55%	11,4
Pauso arinaz ibiltzea	17%	7,6	12%	7,5	11%	7,2	7%	10,4
Gimnasia, aerobio-a	8%	5,6	4%	6	5%	6	4%	9
Bizikleta, igeri egitea	21%	5,1	24%	4,1	2%	3,6	6%	7,7
Footinga	15%	5,6	11%	4,6	2%	4,4	-	-
Giharlantzak, borroka, Judoa, karatea	9%	4,4	4%	4,9	1%	3,8	0,3	10
Mendizaletasuna, sende-rismoa	11%	2,2	12%	2,9	10%	4,5	3%	4,1
Talde-kirolak (futbol, saskibaloia...)	37%	4,4	10%	2,6	4%	3,6	-	-
Pala- eta erraketa-kirolak (squash, frontoi, tenisa)	14%	2,7	10%	3,0	3%	2,9	0,3%	1

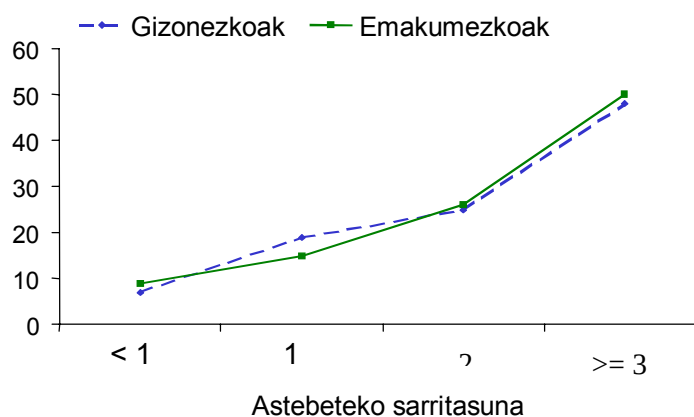
II.4.4 taula. Emakumezkoek sarrien aipatutako ariketak. Ariketa horiek praktikatzen dituen biztanleriaren portzentajeak (%) eta azken 14 egunetan egindakoen batezbestekoa. Emakumezkoak.

Ariketa	16 – 24 urte		25 – 44 urte		45 – 64 urte		> 65 urte	
	%	Zenbat bider	%	Zenbat bider	%	Zenbat bider	%	Zenbat bider
Paseatzea	26%	7,1	18%	7,6	43%	8,5	55%	11,4
Pauso arinaz ibiltzea	17%	7,6	12%	7,5	11%	7,2	7%	10,4
Gimnasia, aerobic-a	8%	5,6	4%	6	5%	6	4%	9
Bizikleta, igeri egitea	21%	5,1	24%	4,1	2%	3,6	6%	7,7
Footinga	15%	5,6	11%	4,6	2%	4,4	-	-
Giharlantzea, borroka, Judoa, karatea	9%	4,4	4%	4,9	1%	3,8	0,3	10
Mendizaletasuna, sende-risinoa	11%	2,2	12%	2,9	10%	4,5	3%	4,1
Talde-kirolak (futbol, saskibaloia...)	37%	4,4	10%	2,6	4%	3,6	-	-
Pala- eta erraketa-kirolak (squash, frontoi, tenisa)	14%	2,7	10%	3,0	3%	2,9	0,3%	1

Ariketa osasungarrien sarritasuna

Asti tarteko aktibotzat jotako pertsonen artean, gizonezkoek eta emakumezkoek portzentaje berdintsuetan (%50 inguruan) esan zuten astean 3 bider edo gehiagotan egiten zutela ariketa. Beraz, gizonezkoen %48an eta emakumezkoen %50ean, ariketa fisikoaren sarritasuna egokia izan zen (II.4.4 irudia).

II.4.4 irudia. Denbora librean ariketa fisikoa praktikatzeko sarritasuna.



Portzentajerik altuena 65 urtetik gorakoek artean gertatu zen (II.4.5 taula). Azpimarratu behar da adin-talde horretan ariketarik sarrienak ibiltzea eta paseatzea izan zirela.

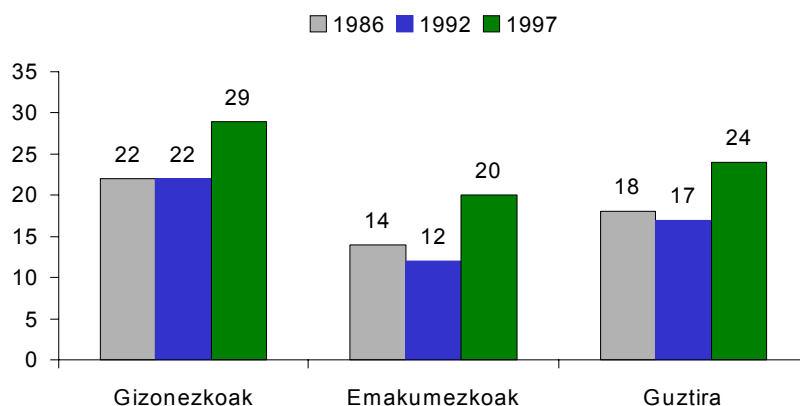
II.4.5 taula. **Pertsona aktiboen ariketa fisikoen sarritasuna, adin eta sexuaren arabera.**

	Ariketen sarritasuna			
	Behin/14egun. (%)	Behin/astean (%)	2 bider/astean (%)	3 bider edo +/astean (%)
Gizonezkoak				
16-24 urte	8,3	17,1	21,1	53,6
25-44 urte	7,7	20,8	28,8	42,1
45-64 urte	7,0	19,2	25,2	47,9
>65 urte	3,6	16,6	13,0	66,9
Guztira	7,4	19,1	24,8	48,3
Emakumezkoak				
16-24 urte	4,6	18,9	32,4	44,1
25-44 urte	9,5	17,0	25,6	47,9
45-64 urte	11,8	10,9	23,0	54,2
>65 urte	6,0	4,0	19,0	71,0
Guztira	8,6	15,0	26,2	50,2
Sexu biak				
16-24 urte	7,0	17,7	25,0	50,3
25-44 urte	8,4	19,4	27,6	44,3
45-64 urte	8,8	16,1	24,4	50,2
>65 urte	4,5	11,6	15,3	68,5
Guztira	7,8	17,6	25,3	49,0

Eboluzioa

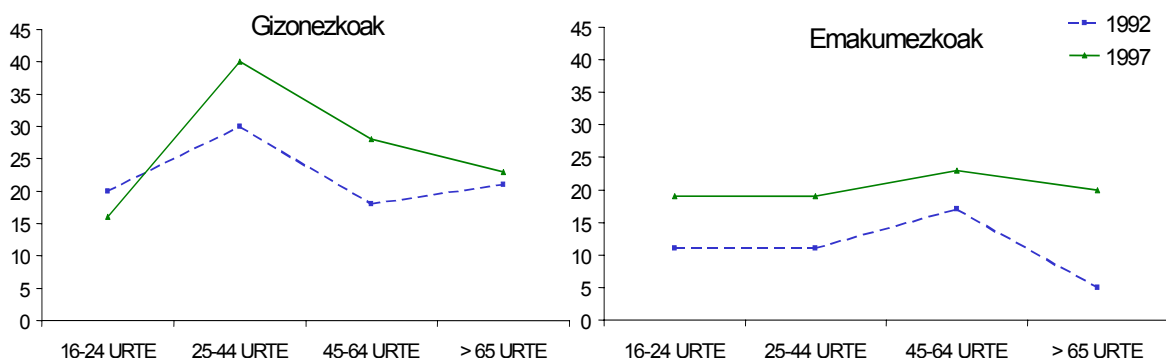
Ariketa fisikoa praktikatzeko ohiturak 1986tik aurrera aldaketa garrantzitsua izan du. Gizonezkoetan gehiago praktikatu zen ariketa fisikoa; baina 1992tik aurrera emakumezkoetan eboluzio handiagoa ikusi zen (Figura II.4.5).

II.4.5 irudia. **Denbora libreko pertsona aktiboen portzentajearen eboluzioa, 1986-1992-1997.**



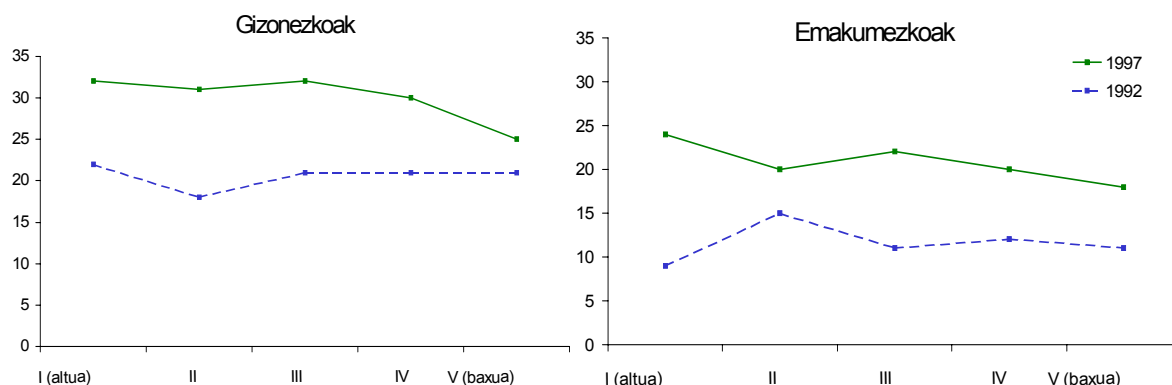
Gizonezko zein emakumezkoen artean asti tarteko ariketa fisikoa gehiago praktikatu zen. Emakumezkoetan gehikuntza hori adin guztietan gertatu zen; gizonezkoetan, ordea, adin ertaineko tartetean gehikuntza txikiagoa gertatu zen (II.4.6 irudia).

II.4.6 irudia. Denbora libreko pertsona aktiboen portzentajearen eboluzioa, adinaren arabera, 1992-1997.



Gehikuntza hori, neurri ezberdinean izan bazen ere, klase sozial guztietara heldu zen (II.4.7 irudia).

II.4.7 irudia. Denbora libreko pertsona aktiboen portzentajearen eboluzioa, klase sozialaren arabera, 1992-1997.



Ondorioak

Denbora librean gizonezkoek gehiago praktikatzen dute ariketa fisikoa emakumezkoek baino. Gizonezkoen artean, sarritasunik handiena gazteenen artean ikusten da; sarritasuna beherantz doa adinak gora egiten duen neurrian. Emakumezkoen artean ez dago diferentzia handirik adinaren arabera; baina, emakumezko aktiboenak 45 urtetik 65 urtera bitartean daude.

Denbora libreko ariketa fisikoari dagokionez, sexu bietan klaserik faboratuenetan sarritasun handiagoa agertzen da, gutxiago faboratutako klaseetan baino. Laneko edo ohiko jardueran, oster, alderantzizko gradientea ikusten da. Jarduera sedentarioa duten pertsonen portzentajerik handienak I eta II klaseetan daude, esfortzu fisiko handieneko jarduerak IV eta V klaseetan aurkitzen diren bitartean.

Denbora librean ariketa fisikoa praktikatzea gorantz joan da urte horietan zehar, batez ere emakumezkoen artean. Ariketarik arruntenak paseatzea eta pauso arinaz ibiltzea dira; izan ere, horiek biok dira lehenengo aukerak, bai gizonezkoen eta bai emakumezkoen artean. Eskura dagoen ariketariko bat izateaz gain, osasun-onura potentzial ona du; bakarrik zein taldeka praktika daiteke, toki ezberdinetan, edozein urtarotan, edozein ordutan; eta azkenik, ez da diru askorik behar. Ariketa fisikoko promozio-programak jartzerakoan, kontuan hartzeko gauza da

onespenik onena duten ariketak hauek direla: paseatzea, ibiltzea, gimnasia edo aerobic egitea, bizikleta eta igeriketa.

Erreferentziak

1. BLAIR SN, KOHL HW, GORDON NF. *How much physical activity is good for health?*. Annu Rev Public Health 1992; 13:99-126.
2. BLAIR SN, KOHL HW, PAFFENBARGER RS ET AL. *Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of health men and women*. JAMA 1989; 262:2395-401.
3. Centers for Disease Control and Prevention. *Prevalence of sedentary lifestyle-behavioral risk factor surveillance system, United States,1991*. MMWR 1993; 42:576-9.
4. Osasun Saila. Osasun-plana. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 1994.
5. La santé et bien-être social Canada. La santé des Canadiens. Rapport de l' enquête Santé Canada. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et Services Canada 1981.
6. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Et la Santé ça va? Report de l'enquete Santé Quebec 1987. Quebec: Ministère de la Santé et Services Sociaux.
7. LA PORTE RE, MONTOYE HJ, CASPERSEN CJ. *Assessment of physical activity in epidemiologic research: problems and prospects*. Public Health Rep 1985; 100:131-47.
8. TAYLOR H, JACOB D. *A questionnaire for the assesment of leisure time physical activities*. J Chron Dis 1978; 31:741-55.

II.5. Gorputz-pisua

Cecilia Anitua

Sarrera

Gorputz-pisua, zehatzago esanda gorputz-masaren adierazlea (GMA) modu iraunkorrean agertu da ondoko guztiokin asoziatuta: hilkortasun-zergati guztiekin; hilkortasun-zergati espezifikoekin; eta gaixotasun kardiobaskularren intzidentziarekin. Gaixotasun horiek ondokook dira; hipertentsioa, diabetesa, eta bularreko, endometriko, koloneko eta prostatako minbiziak (Bjorntorp, 1997).

Asoziazio hori arrisku iraunkor bezala agertzen da, eta are handiagoa da banaketaren punta bietan. Gainpisua duten pertsonen artean osasun-arazoren bat garatzeko probabilitatea handiagoa da, pisu normala duten pertsonen artean baino, baina txikiagoa obesoen artean baino. Batez ere, larregizko pisua gaixotasun kardiobaskularrengatiko hilkortasunarekin asoziatuta dago. Gainera, gaixotasun kardiobaskularren intzidentzia gehitu egiten da, gorputz-masaren adierazlea gehitzen den neurrian (Shaper, 1985). GMAren eta hilkortasunaren arteko erlazioa handiagoa dela dirudi, adin ertaineko pertsonen artean (Singh, 1998).

Bestalde, gutxiegiako pisua arazo kardiobaskularrekin erlazorik ez duten hilkortasun-tasa handiagoekin asoziatu da (Singh 1998, Wannamethee 1989), baita anorexia bezalako elikadura-portaeraren nahasteren bat izateko arrisku handiagoarekin ere. Elikadura-portaeraren nahasteek, batez ere adoleszenteak afektatzen ditu, eta modu berezian emakumezkoak. Arazo horien intzidentzia altua ez izan arren, pazienteen %50a baino ez da guztiz suspertzen; eta paziente horien hilkortasuna 12 bider handiagoa da, adin- eta sexu-talde horretako emakumezko gazteen artekoa baino (Becker, 1999).

Kapitulu honek lau zati ditu. Lehenengoan, biztanlerian GMA nola banatzen den aztertu da, bai eta banaketa horren diferentziak, adin, sexu eta klase sozialaren arabera; azkenik, denboran izan duen eboluzioa azaldu da. Bigarren zatian, larregizko pisua edo obesitatea duten pertsonak aztertu dira. Biztanleria horren ezaugarriak ezagutzeak eta 1992tik aurrera izan duen eboluzioa aztertzeak biztanleria-taldeak identifikazioa egiteko balio izango digute, hots, osasun-arazoak garatzeko arriskuan dauden eta lehentasunezko interbentzioa behar duten biztanleria-taldeak identifikatzeko. Hirugarren zatian, pisu gutxiegi duten pertsonak aztertu dira. Azkenik, anorexia-susmoaren adierazle bat landu zen. Azterketa horrek posible egin zuen, arazo horiek izan ditzakeen biztanleria identifikatzea, eta denboran izandako eboluzioa ezagutzea.

Gorputz-masaren adierazlea

Sarrera

Gorputz-masaren adierazlea (GMA) ehun adiposoaren kantitate-neurritzat hartuta sarritan erabiltzen da, gorputz-pisua altuera ezberdinetara egokitzerakoan. Azterlan askok erakutsi dute koipe-kantitatearen zentzuzko neurria dela, zeren pisua eta altuera neurri sinpleak eta merkeak baitira eta seguru lortzen baitira. (Galagher, 1996).

GMA biztanlerian nola banatzen den eta denboran zehar nola eboluzionatu den deskribatzen badugu, hobeto determinatuko dira biztanleria osoaren pisuari asoziatutako arriskuak. Pisu gutxiegi edo larregi duen biztanleria arrisku iraunkor baten banaketaren bi puntetan baino ez dago, eta oso zaila da arriskurik eza mugatzea: arazo kardiobaskularrak garatzeko arriskua ia bi bider handiagoa da gainpisua duten pertsonentzat, eta hiru bider handiagoa obesitateari dagokionez. Gauza bera gertatzen da banaketaren beste puntan, kasu horretan arazo ez-kardiobaskularrei dagokienez. Pisuaren aldaketak ere hilkortasun baskularraren gehikuntzarekin asoziatu dira.

Metodologia

GMA lantzeko pertsona bakoitzak aitortutako altuera eta pisua hartu ziren kontuan, eta horien arteko ratio bat lortuz kalkulatu zen. Hona hemen ratio hori: pisua (kg.tan) zati altuera karratua (m².tan) (II.5.1 taula). GMAREN ez-erantzun tasa %1ekoa baino txikiagoa izan zen 1992an eta %3koa baino txikiagoa 1997an. Norberak hautemandako neurrietan sentsibiltate eta espezifikitate onak ikusi dira, lanabes kalibratuen bidez neurtutako GMARI dagokionez (Nieto 1990).

II.5.1 taula. **GMAREN sailkapena.**

Gutxiegi	Nahigarria	GMA			Larregizko Pisu
		Gainpisua	Obesitatea		
<20	20 –24,9	25 –29,9	>=30		>=25

Garrow JS 1981; Nutrition Unit WHO-Europe 1988

1997ko osasun-inkesta

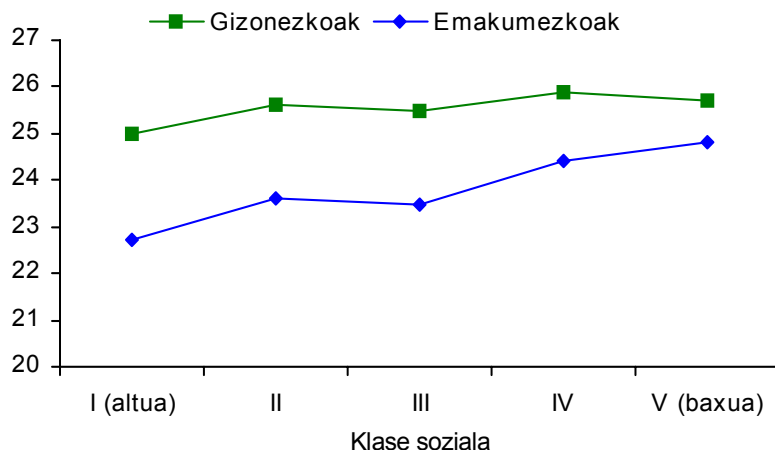
GMAk banaketa normala du gizonezkoen eta emakumezkoen artean. Biztanleriaren batezbestekoa 25,3koa eta 24,2koa izan zen hurrenez hurren gizonezkoetan eta emakumezkoetan. Batezbesteko GMA, gutxi gora behera 2 unitate handiagoa izan zen 44 urtera arteko gizonezkoetan, emakumezkoetan baino, eta adin horretatik aurrera diferentzia gutxitu egin zen. GMAk gora egin zuen adinaz sexu bietan, emakumezkoetan gorakada handiena 35 urtetik 44 urtera bitartean gertatu zen, eta gizonezkoetan 16tik 35 urtera bitartean, 55-64 urte bitartean gehienezkora heldu zelarik. (II.5.2 taula).

II.5.2 taula. **Gorputz-masaren adierazlea, adin eta sexuaren arabera, 1997.**

	Adina	P5	P10	Q1	Mediana	Batez best.	Q3
Gizonezk.	16-24	19,5	20,0	21,7	23,2	23,53	25,1
	25-34	20,5	21,2	22,8	24,1	24,79	26,4
	35-44	21,2	22,2	23,7	25,8	25,99	27,8
	45-54	22,1	22,9	24,3	26,1	26,58	28,3
	55-64	22,5	23,7	25,0	26,8	26,92	28,7
	65-74	22	23,0	24,6	26,6	26,75	28,7
	75-99	20,8	22,1	24,1	26,0	26,11	28,0
Emakumez.	16-24	17,7	18,4	19,7	21,1	21,85	23,2
	25-34	18,4	19,0	20,3	22,0	22,58	23,9
	35-44	18,7	19,6	21,0	23,1	23,68	25,4
	45-54	20,2	20,8	22,3	25,0	25,30	27,4
	55-64	21,1	22,0	23,4	25,2	26,03	28,3
	65-74	20,4	21,8	23,7	25,8	26,25	28,6
	75-99	19,6	20,8	22,9	25,4	25,77	28,7

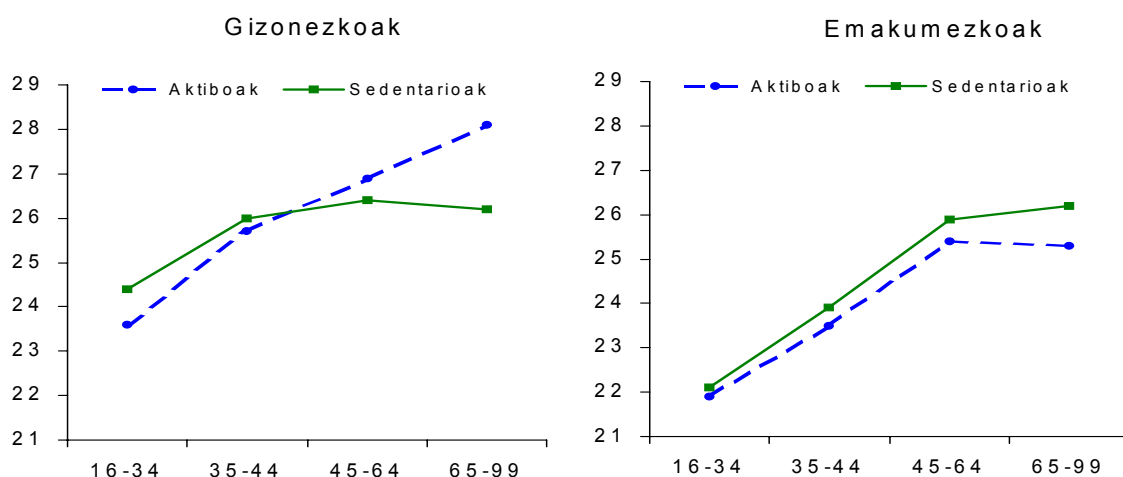
Ekonomiaren aldetik gutxien faboratutako klaseetan, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan, GMA altuagoa izan zen (II.5.1 irudia).

II.5.1 irudia. Gorputz-masaren adierazlea, adinaren arabera estandarizatuta, sexu eta klase sozialaren arabera, 1997.



Pisu larregi hartzea edo gutxitzea ingesta kalorikoaren eta ariketa fisikoaren arteko desorekaren ondorioak dira. Osasun-inkestan ez zen bildu ingesta kalorikoari buruzko daturik, bai oster denbora libreko ariketa fisikoari buruzkoak. Datu horien arabera, denbora libreko emakumezko aktiboek GMA txikiagoa izan zuten beste guztiek baino. Gizonezkoetan, berriz, 45 urtetik gorako aktiboek GMA handiagoa izan zuten egonkorrek baino (II.5.2 irudia).

II.5.2 irudia. Gorputz-masaren adierazlea, adin, sexu eta ariketa fisikoaren arabera, 1997.



Etxeko lanak egiten zituzten emakumezkoek GMA handiagoa izan zuten gainerako emakumezko langileak baino. Gizonezkoetan GMARIK handiena langileen artean ikusi zen. (II.5.3 taula).

II.5.3 taula. **Gorputz-masaren adierazlea, sexu eta lan-egoeraren arabera.**

		Gizonezkoak		Emakumezkoak	
		GMA		GMA	
		Batezh.	DF	Batezh.	DF
16-34	Lana	24.7	3.6	22.4	3.4
	Langabezia	23.9	3.7	22.4	3.7
	E-L	.	.	23.7	3.9
	Besterik	23.4	3.4	21.4	3.0
35-44	Lana	26.0	3.5	23.0	3.1
	Langabezia	25.9	5.1	24.1	4.4
	E-L	.	.	24.6	4.6
	Besteri	26.0	8.2	22.3	3.5
45-64	Lana	26.7	3.3	24.9	3.8
	Langabezia	25.5	3.6	24.3	2.2
	E-L	.	.	25.8	3.8
	Besterik	27.1	3.1	27.8	5.3
65-99	Lana	24.2	3.4	25.0	0.4
	E-L	.	.	26.2	3.5
	Besterik	26.6	2.8	25.7	3.7

1992tik 1997ra arteko eboluzioa

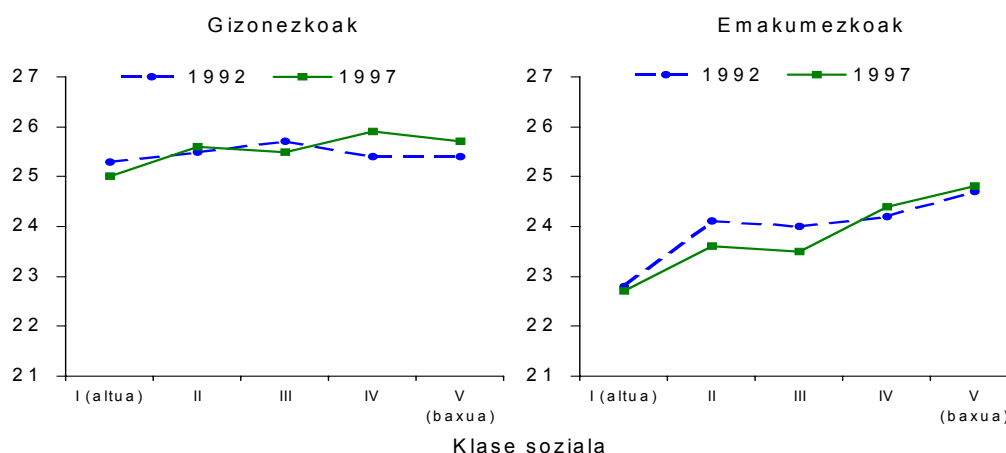
1992tik 1997ra arte biztanleriaren GMA oso berdintsua izan zen. Hala ere, adin, sexu eta klase sozialaren arabera eboluzioa aztertu zenean, aldaketa nabarmenak ikusi ziren. Gizonezkoetan, batez ere 45tik gorakoetan, gutxienez 0,5 Kg/m²-ko gehikuntza ikusi zen; emakumezkoetan, oster, ez zegoen horrelako gehikuntzarik (II.5.4 taula).

II.5.4 taula. **Gorputz-masaren adierazlea (batez beste) adin eta sexuaren arabera, 1992-1997**

Adina	1992		1997	
	Gizonez.	Emakum.	Gizonez.	Emakum.
16-24	23,39	21,47	23,53	21,85
25-34	24,86	22,35	24,79	22,58
35-44	25,85	23,81	25,99	23,68
45-54	26,19	25,89	26,58	25,30
55-64	26,37	25,91	26,92	26,03
65-74	26,19	26,35	26,75	26,25
75-99	24,98	25,75	26,11	25,77

Klase sozialetako eboluzioa ezberdina izan zen sexuaren arabera. Emakumezkoetan 1992an ikusitako gradiente argia mantendu zen. Gizonezkoetan ez zen ikusi 1992an gradiente hori, baina 1997an gizarte-diferentzia handiak ikusi ziren GMA. (II.5.3 irudia).

II.5.3. Gorputz-masaren adierazlea (adinaren arabera estandarizatuta) sexu eta klase sozialaren arabera, 1992-1997



Larregizko pisua

Sarrera

Larregizko pisua gerta dadin, ingesta kalorikoa handiagoa izan behar da gastu energetikoa baino. Mendebaldeko gizarteko bizimoduen aldaketari, hots, gastu energetiko gutxiago behar duten lanbide egonkorragoak agertzei, ez zaio lagundu ingesta gutxituz. Gainera, dietaren eboluzioa koipe ugariagoko janarien kontsumorantz joan da. Ondorioz, larregizko pisua duten pertsonen proportzioak gora egin du. Europan, 16-64 urte bitarteko pertsonetatik %15-20 inguru obesoak direla estimatzen da. Datu hori hobea da herrialde eskandinaviarretan edo Holandan (%10), eta txarragoa Europa-ekialdeko herrialdeetan (%40-50 emakumezkoetan) (Björntorp, 1997).

1007ko osasun-inkesta

1997an pertsonen %43ak (gizonezkoen %51k eta emakumezkoen %35ak) larregizko pisua zuen. Larregizko pisua adinaz gehitu egin zen; 25-35 urte bitarteko gizonezkoetan gertatu zen gehikuntzarik handiena; emakumezkoetan, berriz, 35-45 urte bitartekoetan gehikuntza handiak ikusi ziren. Larregizko pisua gizonezkoetan handiagoa izan zen emakumezkoetan baino, 65 urtetik gorakoen artean. (II.5.5 taula).

II.5.5 taula. Larregizko pisuaren prebalentzia, adin eta sexuaren arabera, 1992-1997

Adina	1992						1997					
	Gizon.		Emakum.		Sexu biak		Gizon.		Emaku		Sexu biak	
	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria
16-24	21,5	35.266	11,4	17.782	16,6	53.048	24,8	39.093	13,6	20.395	19,4	59.488
25-34	44,1	66.610	16,1	25.299	29,8	91.909	38,1	58.449	18,4	27.428	28,4	85.877
35-44	61,4	102.101	31,2	49.201	46,7	151.302	55,5	96.214	28,5	49.835	41,9	146.049
45-54	66,4	75.995	56,5	60.089	61,6	136.084	61,8	85.051	49,0	66.342	55,4	151.393
55-64	67,9	86.796	54,7	77.200	61,0	163.996	72,7	80.902	51,4	61.068	61,7	141.970
65-74	65,6	44.853	62,9	61.385	64,0	106.238	63,2	50.981	57,8	60.573	60,1	111.554
75-99	50,0	17.801	53,1	31.738	52,0	49.539	59,0	27.196	47,3	37.376	51,6	64.572
Guztira	51,9	429.422	36,9	322.694	44,2	752.116	50,9	437.886	35,4	323.017	42,9	760.903

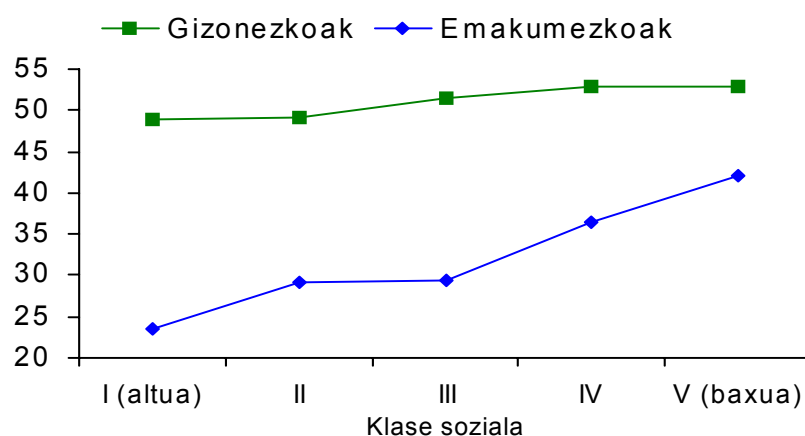
Biztanleriaren %9,5a (gizonezkoen %9,8a eta emakumezkoen %9,2a) obesotzat jo zen sailkapenean. Gizonezkoetan adinaz, 55 urtera arte, obesitateak gora egin zuen. Emakumezkoetan gehikuntza hori iraunkorra da adin guztietan. Gizonezkoetan obesitate gehiago egon zen emakumezkoetan baino, 45 urtera arte. Adin horretatik aurrera emakumezkoen prebalentzia askoz ere handiagoa da gizonezkoena baino. (II.5.6 taula).

II.5.6 taula. Obesitatearen prebalentzia adin eta sexuaren arabera, 1992-1997.

	1992						1997					
	Gizon.		Emakum.		Sexu biak		Gizon.		Emakum.		Sexu biak	
	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria	%	Biztanleria
16-24	1,7	2.711	0,9	1.380	1,3	4.091	2,8	4.421	3,0	4.430	2,9	8.851
25-34	5,4	8.142	4,0	6.350	4,7	14.492	6,8	10.452	3,4	5.134	5,2	15.586
35-44	8,8	14.574	6,0	9.499	7,4	24.073	11,4	19.800	8,1	14.139	9,7	33.939
45-54	11,0	12.580	11,9	12.709	11,5	25.289	15,4	21.262	12,0	16.228	13,7	37.490
55-64	10,2	12.977	13,6	19.211	12,0	32.188	13,7	15.216	11,5	13.642	12,5	28.858
65-74	12,7	8.668	17,5	17.091	15,5	25.759	13,0	10.494	16,4	17.186	14,9	27.680
75-99	7,8	2.764	15,4	9.207	12,6	11.971	6,5	2.998	16,3	12.866	12,7	15.864
Guztira	7,5	62.416	8,6	75.447	8,1	137.863	9,8	84.643	9,2	83.625	9,5	168.268

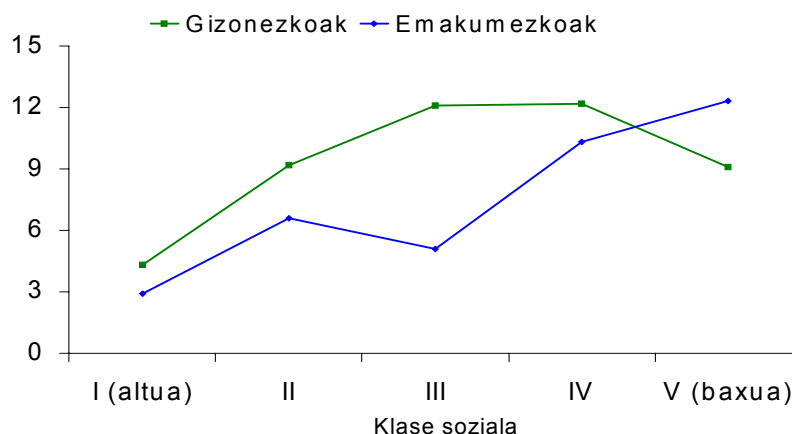
Gizarte-diferentzia oso handiak egon ziren larregizko pisuari dagokionez: gutxien faboratutako klaseko emakumezkoetan larregizko pisuaren prebalentzia bi bider handiagoa izan zen gehien faboratutako klaseko emakumezkoetan baino. Gizonezkoetan gizarte-diferentzia horiek askoz ere txikiagoak izan ziren. (II.5.4 irudia).

II.5.4 irudia. Larregizko pisuaren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatuta), sexu eta klase sozialaren arabera, 1997



Oraindik handiagoak izan ziren diferentziak obesitate-prebalentzian. Obesitatea izateko probabilitatea 4 bider handiagoa izan zen klaserik baxueneko emakumezkoen artean, klase altuko emakumezkoen aldean. Gizonezkoetan ere, gradiente sozial hori nabari agertu zen. (II.5.5 irudia).

II.5.5 irudia. Obesitatearen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatuta), sexu eta klase sozialaren arabera, 1997

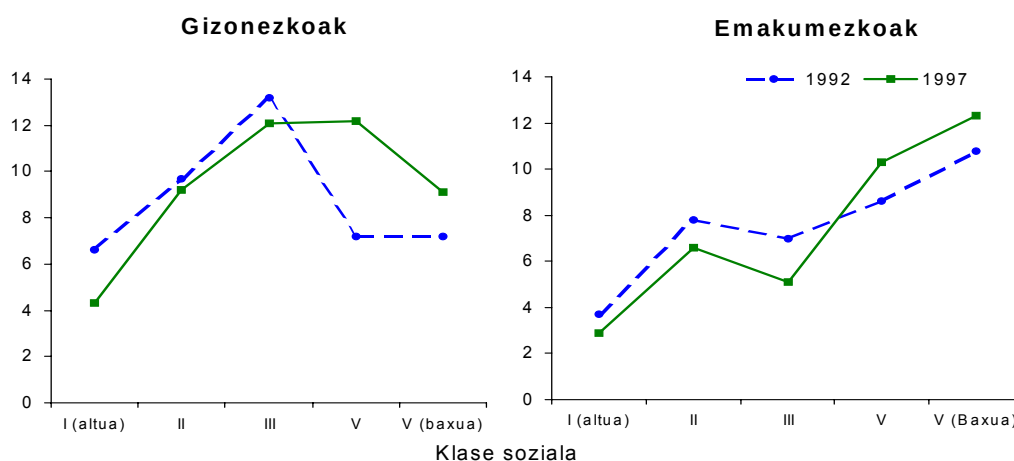


1992tik 1997ra arteko eboluzioa

1992tik 1997ra arte ez zen gertatu esateko aldaketarik, gizonezko eta emakumezkoen larregizko pisuari dagokionez. Hala eta guztiz, obesitatearen prebalentzian gehikuntza handia gertatu da, batez ere adin guztietako gizonezkoen artean (%7,5 - 9,8. II.5.6 taula).

Azpimarratzekoa da, gehikuntza hori ez dela izan berdina klase sozial guztietan. Gutxien faboratutako klaseetan gehikuntza gertatu da; gehien faboratutako klaseetan, berriz, obesitate-prebalentzia gutxitu egin da, eta ondorioz, sozioekonomiko ezberdintasunak gehitu egin dira. (II.5.6 irudia).

II.5.6 irudia. Obesitatearen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatuta), sexu eta klase sozialaren arabera, 1992-1997



Gutxiegiako pisua.

Sarrera

Pisu gutxiegi izatea ere arrisku-faktore bat da, zergati guztiengatiko hilkortasunari dagokionez eta arnas gaixotasunengatiko hilkortasunari dagokionez. (Singh and Linsted, 1998). Atal honetan deskribatu dira pisu gutxiegiako

biztanleriaren ezaugarriak eta 1992tik aurrera pisu gutxiegi horrek izan duen eboluzioa.

1997ko osasun-inkesta

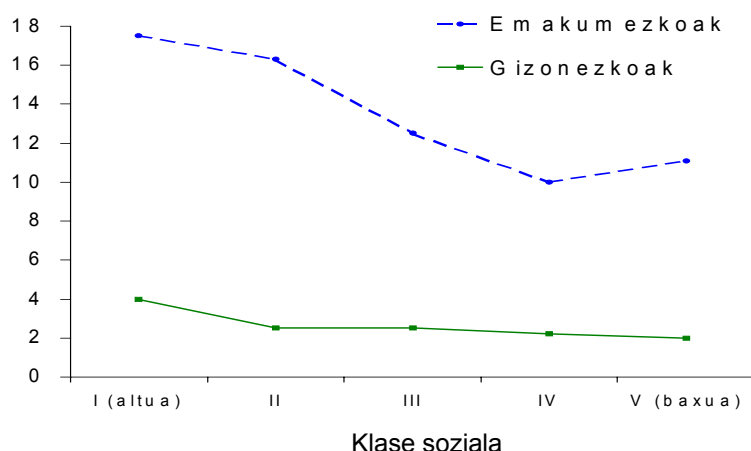
Gizonezkoen %2ak eta emakumezkoen %11k pisu gutxiegi izan zuten 1997an. Pisu gutxiegiak prebalentzia murriztuz zihoan adinaz, eta hiru bider handiagoa zen adin guztietako emakumezkoen artean gizonezkoen artean baino (II.5.7 taula).

II.5.7 taula. **Pisu gutxiegiak prebalentzia, adin eta sexuaren arabera, 1997**

	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>=65	Guztira
Gizonezkoak	9,1	3,0	1,0	1,0	0,4	0,8	2,4
Emakumezkoak	28,8	19,4	11,3	4,1	3,6	3,9	11,1

Gizonezkoetan ez da agertzen gradiente sozial argirik pisu gutxiegiak prebalentziari dagokionez; hala ere, goiko klaseetan dago prebalentziarik handiena, bai gizonezkoetan eta bai emakumezkoetan. (II.5.7 irudia).

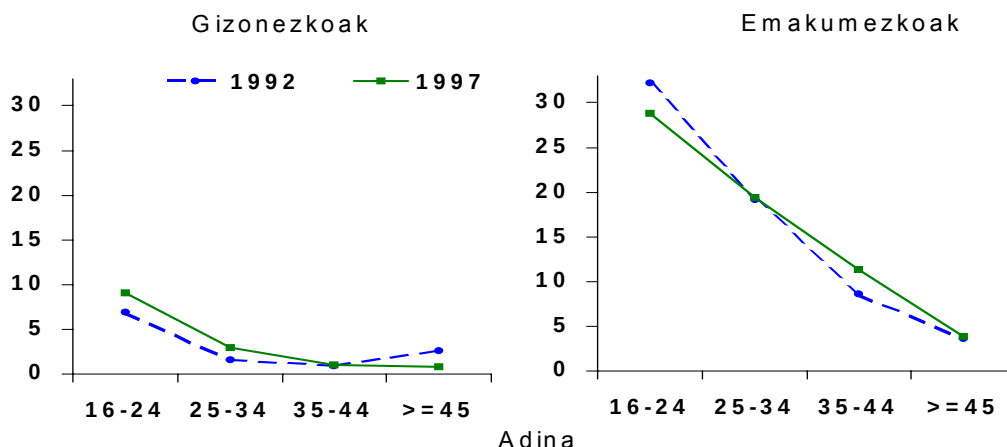
II.5.7 irudia. **Pisu gutxiegiak prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta), sexu eta klase sozialaren arabera.**



1992tik 1997ra arteko eboluzioa

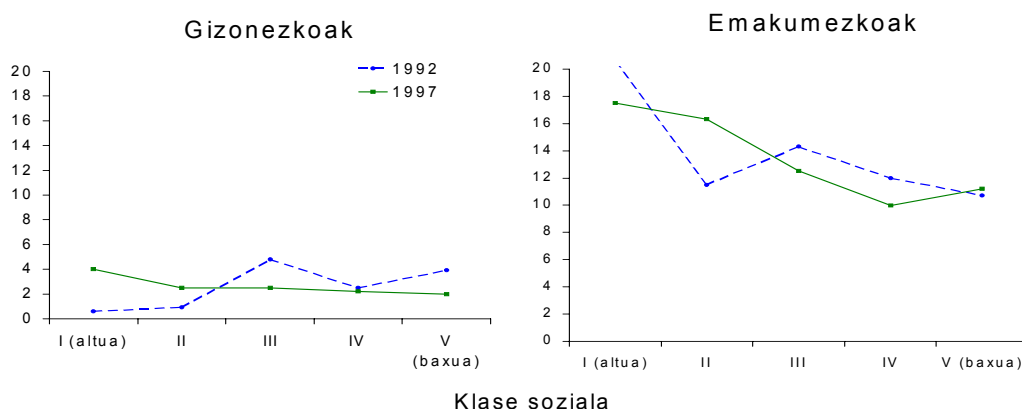
1992tik 1997ra arte, pisu gutxiegiak pertsonen proportzioak ez zuen izan esateko aldaketarik (II.5.8 irudia).

II.5.8 irudia. Pisu gutxiegiako prebalentzia, adin eta sexuaren arabera, 1992-1997



Gizonezkoetan eta emakumezkoetan 1992an ikusitako diferentzia sozialak gutxitu egin ziren. Prebalentziak gora egin zuen goi klaseetako gizonezkoetan eta beheragoko klaseetako emakumezkoetan (II.5.9 irudia).

II.5.9 irudia. Pisu gutxiegiako prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatuta) sexu eta klase sozialaren arabera, 1992-1997



Anorexiaren susmoa

Sarrera

Pisu gutxiegi izateak erlazio handia du elikadura-portaerako nahasteekin. Nahaste horiek modu askotan agertzen dira, eta badirudi gure biztanlerian gero eta gehiago gertatzen direla (Morandé, 1998). Gaur eguneko estimazioen arabera, Espainian %15eko gehikuntza dago anorexiaren urteko tasan (Bosch, 1999). Euskal Herriari dagokionez, 1996tik 1998ra arte Euskal Osasun-zerbitzuak atenditutako elikadurako nahaste-kasuak %163an gehitu dira. Hala ere, datu horiek islatzen dutena zera izan daiteke, zerbitzuen eskuragarritasun handiagoa eta hobe, eta ez arazo horien gehikuntza erreala.

Osasun-inkestak gorputz-pisuaren eta hautemandako gorputz-imaginarekin datuak biltzen ditu. Bi aldagai horietan oinarriturik, adierazle bat landu da, elikadura-portaerako nahasteak gehien izan ditzakeen biztanleria ezagutzeko. Adierazle hori gai dela ematen du, nerbioetako anorexia atipikoaren susmopeko pertsonak identifikatzeko, biztanleriari inkesta bat eginez.

Metodologia

Pisu gutxiezigizko neurria kalkulatzeko altuera eta bakoitzak aitortutako pisua hartu dira kontuan (II.5.1 taula). Pisu gutxiegitzat jo da: 20tik beherako GMA gizonezkoentzat, eta 18,7tik beherako GMA emakumezkoentzat. Beste azterlan batzuen arabera, pisu gutxiezigizko pertsona bakoitzaren aitopenak %87ko espezifizitatea eta %97ko sentsibilitatea ditu, lanabes kalibratuek neurtzen dutenarekin konparatuz (Nieto, 1990). Nerbioetako anorexia atipikoa izateko arriskuan dagoen biztanleriaren definizioa hauxe izan da: pisu gutxiegi duen pertsonak bere pisua larregitzat edo normaltzat jotzea. Horiek iritzi biok, anorexiaren diagnostikorako DSM-IVren lau iritzietatik bi dira.

Azterketa hori egiteko 16-30 urte bitarteko pertsonak aztertu ziren bakarrik. 1992an 894k eta 1997an 930ek erantzun zioten galdesorta indibidualari.

1997ko osasun-inkesta

1997an emakumezkoen %8a eta gizonezkoen %3a anorexiaren susmopean zeuden. Prebalentzia askoz ere handiagoa izan zen: goi klaseetako, Goi mailako Batxilerra amaitu gabeko eta familia handietako (5 kideko edo gehiagoko) 16 urtetik 20ra bitartekoaren artean, bai gizonezkoen bai emakumezkoen artean. (II.5.8 taula).

II.5.8 taula. Anorexia-susmoaren prebalentzia (%) 16-30 urte bitartekoetan, ezaugarri soziodemografiko eta bizitza-ohituren arabera, 1992-1997.

	1992		1997	
	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak
	n= 423	n= 476	n= 436	n= 513
	%	%	%	%
	(KT 95%)	(KT 95%)	(KT 95%)	(KT 95%)
ADINA				
16-20	3,6	8,2	8,3	12
	(1,8 ; 5,4)	(5,4 ; 10,7)	(5,7 ; 10,9)	(9,2 ; 14,8)
21-30	1,4	4,7	0,9	6,6
	(0,3 ; 2,5)	(2,8 ; 6,6)	(0,0 ; 1,8)	(4,5 ; 8,8)
KLASE SOZIALA				
I-II altua	1,2	11,1	6,7	10,3
	(0,2 ; 2,2)	(8,3 ; 13,9)	(4,4 ; 9,1)	(7,7 ; 12,9)
III-V	2,4	4,2	1,8	7,1
	(0,9 ; 3,9)	(2,4 ; 6,0)	(0,6 ; 3,1)	(4,9 ; 9,3)
IKASKETAK				
BBB	2,3	6,3	2	7,1
	(0,9 ; 3,7)	(4,1 ; 8,5)	(0,7 ; 3,3)	(4,9 ; 9,3)
BBB gabe	1,8	4,6	5,3	10,4
	(0,5 ; 3,1)	(2,7 ; 6,5)	(3,2 ; 7,4)	(7,8 ; 13,0)
FAMILIA UGARIA				
5 baino gutxiago	1,9	4,5	1,5	7,4
	(0,6 ; 3,2)	(2,6 ; 6,4)	(0,4 ; 2,6)	(5,1 ; 9,7)
5 eta gehiago	2,6	8,3	7,7	9,1
	(1,1 ; 4,1)	(5,8 ; 10,8)	(5,2 ; 10,2)	(6,6 ; 11,6)

1992tik 1997ra arteko eboluzioa

1992tik 1997ra arte anorexiaren susmo-prebalentzia %49an gehitu da, eta gehikuntza hori handiagoa da gutxiago faboratutako klaseetan. (II.5.8 taula).

Ondorioak

Biztanleriaren gehiengoak pisu larregi izateaz gain, biztanleria obesoa gehitu egin zen, batez ere gizonezkoen artean eta gutxiago faboratutako klase sozialen artean. Azpimarratzekoa da 45 urtetik gora emakumezkoetan obesitatea askoz ere handiagoa dela gizonezkoetan baino. Datu horren arabera, badirudi adin horren bueltan pisua mantentzea zaila dela, faktore biologikoak direla-eta; baina horrez gain, beste arrazoi bat ere badagoela uste dugu, hauxe hain zuzen: emakumezko gazteagoak beren pisua kontrolatzera bultzatzen dituzten gizarte-ereduak edo balioak galdu egiten direla adin gehiagoko emakumezkoen artean.

Pisu larregi izateak pertsona nagusiak eta ekonomiaren aldetik gehien desfaboratutako klaseak afektatu zituen; baina pisu gutxiegi izatea ere arazo bat izan zen gazteen eta emakumezkoen artean, eta hedatuagoa goi klaseetan. Hala eta guztiz, arazo horien prebalentzia batez ere beheko klaseetan gehitu zen, gizarte-estratu guztietara arazoaren hedapena auguratuz.

Mendebaldeko gizarteetan pisu larregiko arazoak gehitu egin dira, bizimodu-ohituretan gertatu diren aldaketak direla-eta, hots, etxetik kanpo jatea, janari koipetsuagoak kontsumitzea eta elikadurari loturiko balio-sistemen aldaketak direla-eta. Sarritan argumentatu da, obesitatea arin konpontzen den arazoa dela, eta konponketa horren arduradun bakarra pertsona bera dela. Gizarte garatuagoetan arazo horrek izan duen eboluzioak aurreko premisa hondatu, eta arazoaren jatorria gizartean ipintzen du. Azken urteotan obesitate-prebalentziak gora egin du gizarte garatuagoetan. Baina ez hori bakarrik, baizik eta oparotasunaren gaixotasun bat izatetik ekonomiaren aldetik gutxiago faboratutako klaseetan prebalenteagoa izatera pasatu da. Interbentzio asko egin dira, eta interbentzio horiek erakutsi digute ez dela nahiko biztanleriari informatzea; baizik eta portaerak aldatzea oso zaila dela, gizarte-testuinguruak asko determinatzen dituelako; izan ere, pisu larregi edo obesitate asko dagoen gizarte-inguruan obesoa izatea errazagoa da, obesitatea portaera desegokitzat jotzen duen talde-inguruan baino. Arazoak identifikatzerakoan, elkarrearen partaidetza, mobilizazioa eta antolamendua ezinbestekoak dira arazo hori konpontzeko.

Elikadura-portaerak aldatzeko estrategiek kontuan hartu behar dute bai gorputz-pisua arrisku iraunkorra dela, baita punta biak arriskutsuak direla ere. Gizarte-faktoreen garrantzia, hots, gizarte-inguruko balioen garrantzia, ahaztu gabe, dieta orekatua eta denbora libreko ariketa fisikoa promozionatzea funtsezkoak dira, gorputz-pisuaren arriskuak gutxitzera zuzenduriko edozein programa jardura garatzerakoan. Eman daitezkeen mezuen artean hauek daude: pisu larregi izateak dakartzan arriskuak; dieta orekatua eta gastu gutxikoa nola prestatu; adin batetik aurrera pisua kontrolatu beharra; eta ingesta kalorikoa nola murriztu goserik pasatu gabe.

Azkenik, azpimarratuko dugu: elikadurarengatiko osasun-arazoen arrazoiak bakoitzaren mailaren eta gure gizarte-inguruaren gainetik daudela askotan. Ekonomiaren globalizazioak, nekazaritza/elikadura sektorean gertatutako aldaketa

makroekonomikoek eta komunikabideen zereginak eragin handia izan dute kulturari eta elikadurari asoziatutako gizarte-balioen aldatzean.

Eskerrak

Eskerrik asko Ana Gonzalez-Pinto Andereari, kapitulu honen aurreko bertsio bati egindako komentario baliotsuengatik.

Erreferentziak

1. BECKER AE, GRINSPOON SK, KLIBANSKI A; HERZOG DB. *Eating disorders*. N Eng J Med 1999; 340:1095-1098.
2. BJÖRNTORP P. *Obesity*. Lancet 1997; 350: 423-26.
3. BOSCH X. Spain tackles eating disorders. BMJ 1999; 318:960.
4. BRAY GA. *Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence, and risks*. Ann NY Acad Sci 1987; 499:14-28.
5. DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona 1995.
6. GALLAGHER D, VISSER M, SEPÚLVEDA D ET AL. *How usefull is Body Mass Index for comparison of body fatness across Age, Sex and Ethnic groups*. Am J Epidemiol 1996; 143:228-39.
7. GARROW JS. *Treat obesity seriously – a clinical manual*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1981
8. I-MIN L. MANSON JE. *Body Weight and Mortality What is the shape of the curve?*. Epidemiology 1998; 9:227-8.
9. MORANDÉ GL. *Trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. ¿Una epidemia?*. An Esp Pediatr 1998; 48:229-232.
10. NIETO-GARCIA J, BUSH TL, KEYL PM. *Body Mass definitions of obesity: sensitivity and specificity using self –reported weight and height*. Epidemiology 1990; 1:146-152.
11. Nutrition Unit of WHO Regional Office for Europe. *Measuring obesity. Classification and description of anthropometric data*. Copenhagen, WHO, 1988.
12. ROSE G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, New York 1992.
13. SHAPER AG, POCKOCK SJ, WALKER M ET AL. *Risk factors for ischaemic heart disease: the prospective phase of the British Regional Heart Study*. J Epidemiol Community Health 1985; 39:197-200.
14. SINGH PN, LINSTED KD. *Body mass index and 26-year risk of mortality from specific diseases among women who never smoked*. Epidemiology 1998; 9:246-254.
15. WALKER M, WANNAMETHEE G, WHIONCUP PH, SHAPER AG. *Weight change and risk of heart attack in middle-aged british men*. Int J of Epidemiology 1995; 24:694-703.
16. WANNAMETHEE G, SHAPER AG. *Body weight and mortality in middle-aged British men: impact of smoking*. BMJ 1989; 299:1499-502.

II.6. Gizarte-laguntza: konfidentziala eta afektiboa

Cecilia Anitua, Isabel Larrañaga, Elena Aldasoro

Sarrera

Gizarte-erlazioen kontzeptuan alderdi asko daude, pertsonak bere familiarekin, lagunekin eta gizarte-inguruarekin dituen elkartrukeak biltzen baititu. Erlazio horiek gizarte-sareetako egitura mantentzen dira. Gizarte-sareak aipatutako egitura izateaz gain, gizarte-laguntza ere badira, sare edo egitura horren aspektu funtzionalean. Laguntza horrek adierazten du zein gradutan betetzen diren pertsonaren oinarritzko gizarte-beharrizanak, besteeiko elkarrekintzan. Gizarte-laguntza gero eta garrantzi handiagoa hartzen joan da osasun-zerbitzuen arloan, bai lehen mailako asistentzia sanitarioaren beharrizanak definitu eta kuantifikatu behar direnean, bai pertsona baten osasun-egoera mantendu eta suspertu nahi denean (Wilkin et al 1992).

Azterlan askoren arabera, gizarte-erlazio oneko eta askoko pertsonen morbiditate eta hilkortasun hobeak dituzte (Berkman and Syme 1979, Kawaki et al 1996), eta bizitzeko eta suspertzeko posibilitate handiagoa ere bai (Glass and Maddox 1992, Vogt et al 1992). Zenbait ikerketatan, gizarte-laguntzak osasunean dituen ondorio mesedegarriak, eta gizarte-bakartasunak sortutako narriadura deskribatu dira (Stansfeld 1999). Bere garrantzia oraindik handiagoa dela dirudi pertsonaren osasun mentalean eta sentimentalean; izan ere, gizarte-laguntzarik ez izateagatik gizarte-inguruarekiko elkarrekintza negatiboa duten pertsonak trastorno depresiboak izateko arrisku handiagoan daude (Fondacaro and Moos 1987, Oxman and Hull 1997) .

Halaber, gizarte-laguntzako maila baxuak ondokoekin erlazionatzen dira: lehen mailako zerbitzuak gehiago erabiltzearekin (Angel 1996), eta larrialdi-zerbitzuak gehiago erabiltzearekin (Coe et al 1985). Bestalde, gizarte-laguntzaren ondorio positiboak hara non agertzen diren: interbentzio kirurgiko baten osteko suspertze-gaitasunean (Weinberger et al 1990) eta minbizi-gaixoen superbibentziaren gehikuntzan (Mogersten et al 1984).

Hori guztia dela eta, gizarte-laguntza sistema sanitarioarako funtsezko elementua da, zeren, osasun-arazo ezberdinen prebentzio-, terapia- eta errehabilitazio-interbentzioetan eragina baitu.

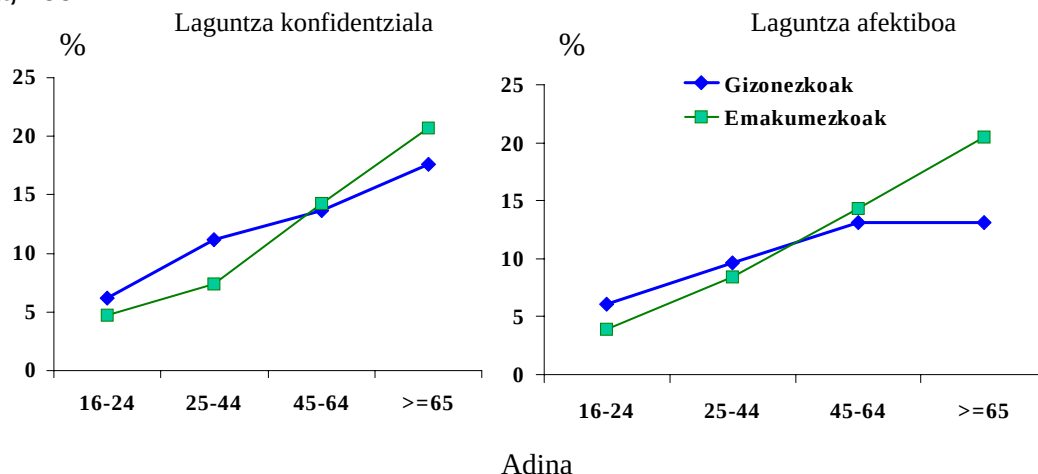
Metodologia

1997an sartu zen lehenengo aldiz galdesorta indibidualean DUKE izeneko gizarte-laguntzaren eskala. Eskala horrek laguntzen aspektu kualitatiboak eta funtzionalak neurtzen ditu; laguntza-sarearen zenbatekoa eta hedadura, oster, ez ditu hainbeste neurtzen. Bereziki, laguntza emozionalaren bi dimentsio neurtzen ditu: laguntza konfidentziala (norekin komunika daitekeen pertsona), eta laguntza afektiboa (maitasun-, laztan- eta enpatia-erakuspenak). Praktika medikoan administratzeko eta arrisku handiko inguruak detektatzeko diseinatu zen. 8 item ditu gizarte-laguntzaren bi dimentsiotan eransteko: laguntza konfidentzialean (bost item) eta laguntza afektiboan (hiru item). Item bakoitza 1etik 5era puntuatzen da, Likert motako eskala aditibo baten erantzun-kategoriak erabiliz (Wilkin D et al 1992). Ondoko determinazioa egin da: eskala bakoitzean, gizarte-laguntza falta zaien pertsonak 10 pertzentilatik beherako puntuazioetan daude mugatuta. Puntuazio horiek 50 izan dira laguntza konfidentzialaren eskalarako, eta 58, laguntza afektiboaren eskalarako. Osasun-inkestan erabilitako bertsioa gaztelaniara balidatu da (Bellon JA 1996).

1997ko osasun-inkesta

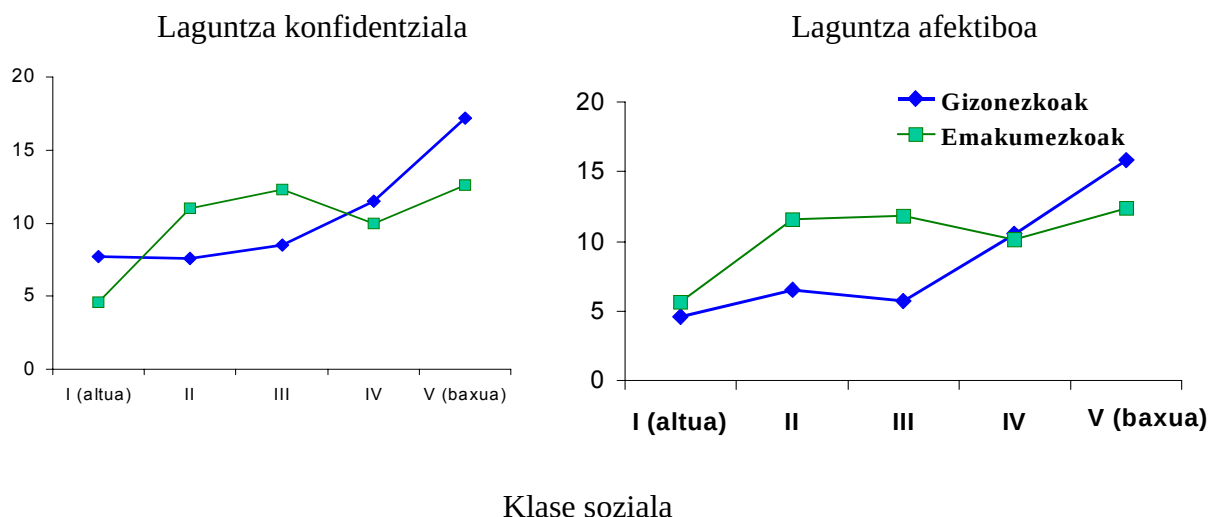
Biztanleriaren %15ari laguntza afektiboa eta laguntza konfidentziala falta zitzaizkion. Laguntza afektiboa eta konfidentziala falta zitzaizkien pertsonen proportzioak gora egin zuen adinaz. Ez zen egon diferentzia handirik gizonezkoen eta emakumezkoen artean, 65 urtetik gorakoen artean izan ezik, laguntza afektiboaren falta handiena aurkeztu zutenak emakumezkoak izan zirelarik (II.6.1 irudia).

II.6.1 irudia. **Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa, adin eta sexuaren arabera, 1997.**



Gizarte-ezberdintasunak nabari agertu ziren bai laguntza konfidentzialaren eskalan, bai laguntza afektiboaren eskalan. Gizarte-laguntza gutxiko pertsonen proportzioak gora egin zuen, gizarte-eskalan jaitsi ahala. Diferentzia horiek gizonezkoetan handiagoak izan ziren emakumezkoetan baino. Gizarte-diferentziarik handienak laguntza afektiboaren eskalan eta gizonezkoetan ikusi ziren (II.6.2 irudia).

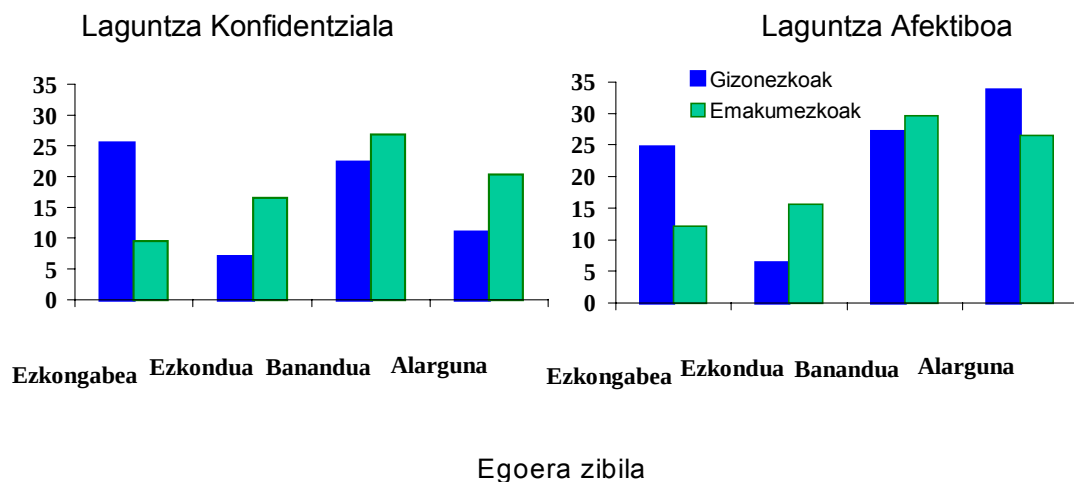
II.6.2 irudia. **Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren eta sexuaren arabera, 1997.**



Egoera zibilak ezberdin afektatu zuen gizonezkoen eta emakumezkoen gizarte-laguntza. 1997an, gizonezko ezkongabeak izan ziren laguntza konfidentzial baxua sarriago aurkeztu zutenak; atzetik, bananduak eta alargunak egon ziren. Emakumezkoetan, bananduak-dibortziatuak izan ziren laguntza konfidentzial txarrena

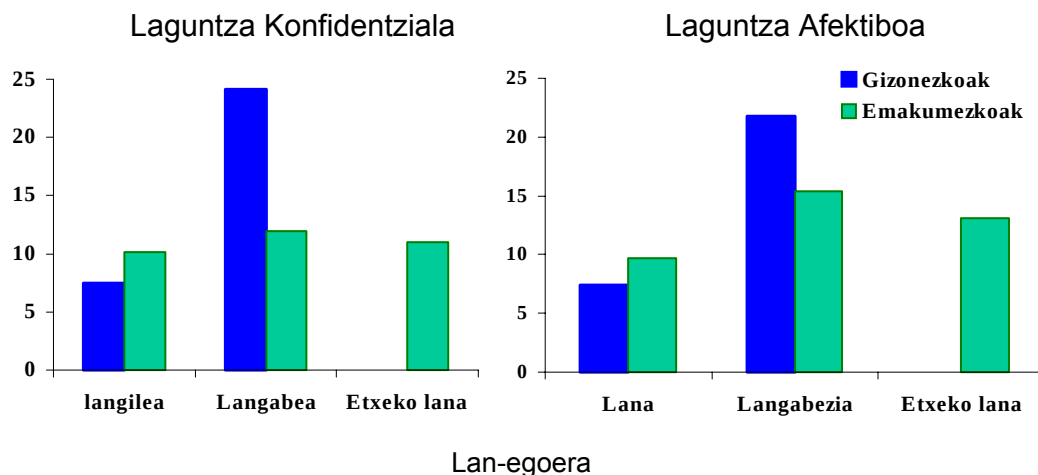
aurkeztu zutenak. Sexu bietan, laguntza konfidentzial baxuko pertsonen proportzio txikiena ezkonduen artean gertatu zen (II.6.3 irudia). Laguntza afektiboari dagokionez, sexuen arteko diferentzia txikiagoak ikusi ziren: sexu bietan, bananduek, dibortziatuak eta alargunek laguntza afektibo baxuko pertsonen proportziorik handiena izan zuten.

II.6.3 irudia. **Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa (adinaren arabera estandarizatuta) egoera zibilaren eta sexuaren arabera, 1997.**



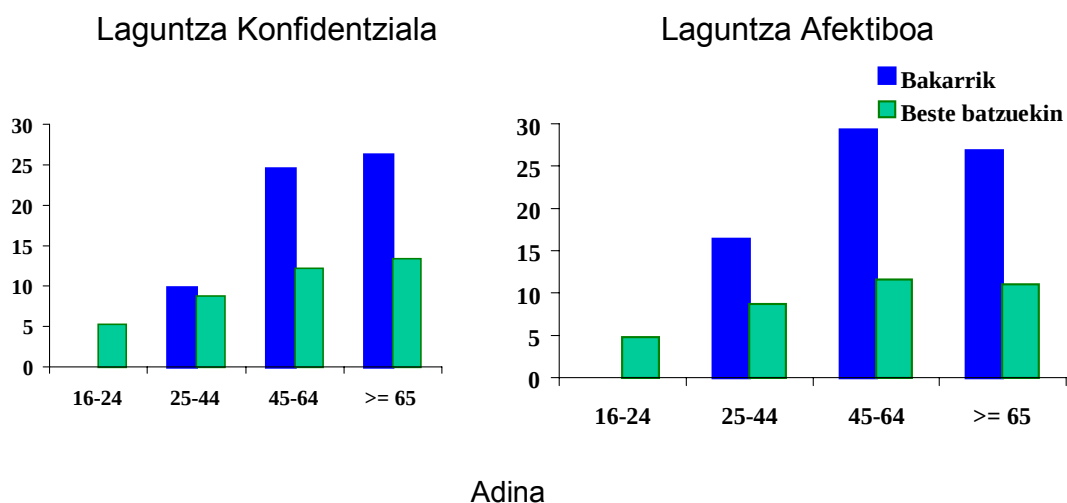
Gizarte-laguntza baxua zuten pertsonen proportziorik handiena langabe-taldean, batez ere gizonezkoetan, gertatu zen. Emakumezkoetan ez zen egon lan-egoeraren adierazle horietan esateko diferentziarik (II.6.4 irudia).

II.6.4 irudia. **Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa (adinaren arabera estandarizatuta) lan-egoeraren eta sexuaren arabera, 1997.**



Gizarte-laguntzarekin oso asoziatuta egon zen etxean beste pertsona batzuekin bizitzea. Bakarrik bizi ziren pertsonak gizarte-laguntza txarragoa izan zuten adin guztietan, eta diferentziak handiagotzen joan ziren adinak gora egiten zuen neurrian (II.6.5 irudia).

II.6.5 irudia. Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa, familiako bizikideen

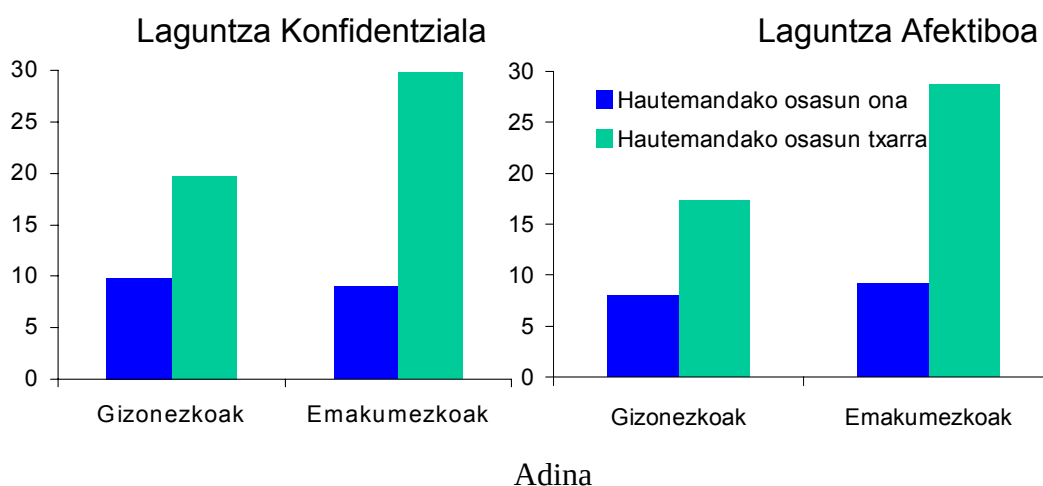


kopuruaren arabera, 1997.

Gizarte-laguntzaren erlazioak hautemandako osasunarekin eta osasun mentalearekin

Gizarte-laguntzaren ondorio positiboak bai osasun mentalean bai fisikoan ikusten dira. Gizarte-bakartasunaren ondoriozko laguntza-faltak osasunean zuzeneko efektu negatiboak ditu, eta gaixotasunak sortzen duen estresari aurre emateko baliabide eskuragarriak mugatzen ditu. Gure testuinguruan, hautemandako osasunaren eta gizarte-laguntzaren erlazioa ere oso nabari agertu zen. Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa bi bider handiagoa izan zen osasun txarra hauteman zuten gizonezkoen artean, eta hiru bider handiagoa emakumezkoetan. Hautemandako osasunaren arabera gizonezkoetan ikusi ziren diferentziarik txikienak laguntza konfidentzialaren eta laguntza afektiboaren falta izateari zegozkion (II.6.6 irudia).

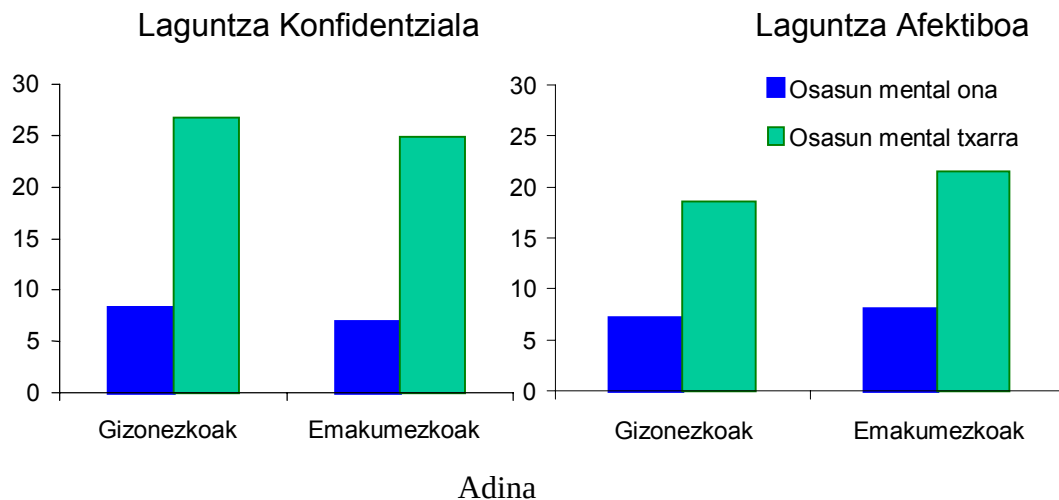
II.6.6 irudia. Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa (adinaren arabera estandarizatuta) hautemandako osasunaren eta sexuaren arabera, 1997.



Osasun mentalaren eta gizarte-laguntzaren arteko erlazioa ere oso argi agertu zen. Laguntza konfidentzialaren faltan zeuden pertsonen proportzioa hiru bider handiagoa izan zen antsietate- eta depresio-arazoak zituzten pertsonen artean. Laguntza afektiboaren faltan zeuden artean depresio-sintomak izateko probabilitatea bi bider handiagoa izan

zen. Gizarte-laguntzaren eta osasun mentalaren arteko erlazioari dagokionez, gizonezkoen eta emakumezkoen artean ez zen diferentzia nabaririk egon (II.6.7 irudia).

II.6.7 irudia. **Gizarte-laguntzaren faltan zeuden pertsonen proportzioa (adinaren arabera estandarizatuta) osasun mentalaren eta sexuaren arabera, 1997.**



Gizarte-laguntzaren erlazioak zerbitzu sanitarioen erabilerarekin.

Laguntza konfidentzialaren eta afektiboaren faltan zeuden pertsonak gehiago erabili zituzten zerbitzu sanitarioak. Gizarte-laguntzaren faltan zeuden gizonezkoen artean, ospitalean ingresatzeko probabilitatea bi bider handiagoa izan zen, eta urtean kontsulta bat gehiago izan zuten, gizarte-laguntza ona zutenen aldean. Emakumezkoetan, gizarte-laguntzaren faltak ez zuen ingresatzeko probabilitatea gehitu, baina laguntza afektiboaren falta zutenek, urtean pertsona bakoitzeko 4 kontsulta mediko gehiago izan zituzten (II.6.1 taula).

II.6.1 taula. **Larrialdi-zerbitzu batera jo zuten pertsonen proportzioa, ospitalean ingresatuta geratu zirenean, eta gizarte-laguntzaren arabera medikuari egindako kontsulten proportzioa**

	Laguntza konfiden.		Laguntza afektiboa	
	Bai	Ez	Bai	Ez
Gizonezkoak				
Larrialdiak (%)	11,9	15,4	12,2	13,2
Ospitalizazioa (%)	8,0	14,3	8,2	14,1
Mediku-kontsult. (pertson/urtea)	7,1	7,9	7,1	7,5
Emakumezkoak				
Larrialdiak (%)	11,4	13,4	11,4	12,9
Ospitalizazioa (%)	7,9	10,3	7,8	10,9
Mediku-kontsult. (pertson/urtea)	8,1	10,8	8,0	12,0

Ondorioak

Gizarte-laguntzaren falta (afektiboarena eta konfidentzialarena) adinak gora egin ahala gehitu zen, eta handiagoa izan zen ondokoan taldeetan: gutxiago faboratutako klase sozialetako pertsonen artean, bananduetan eta alargunetan, eta emakumezko langabetuetan. Nabari agertzen dira, batetik, gizonezko ezkongabeen laguntza konfidentzialaren falta, eta bestetik, 65 urtetik gorako emakumezkoen laguntza afektiboaren falta. Gizarte-laguntzaren faltan dauden pertsonetan ikusitako osasun

txarragoak eta zerbitzuen erabilera handiagoak baieztatzen dute gure gizarte-testuinguruan gizarte-laguntza horrek osasunarekin eta zerbitzu sanitarioen erabilerarekin duen erlazioa; bestalde, badirudi zera adierazten digula, gizarte-laguntzaren alde egiteak biztanleria baten osasuna hobetzen lagunduko lukeela, eta zerbitzu sanitarioen zama murrizten ere bai. Datu horiei esker, gizarte-laguntzaren falta handiena izan dezakeen zenbait talde identifikatu dira; hala ere, badaude gizarte-bakartasunarekiko arrisku altuan egon daitezkeen beste kolektibo batzuk, azterketa honetan detektatu ez direnak.

Bikote egonkorrean bizitzea eta beste pertsona batzuekin bizitzea gizarte-laguntzarekin oso erlazionatuta agertzen diren faktoreak dira. Datu horien arabera, gure gizartean garrantzi handia dute bikotean bizitzeak eta familiako elkarbizitzak; izan ere, faktore horiek elkarrekintza positiboa bultzatu, eta laguntza, bai afektiboa bai konfidentziala, promozionatzen dituzte. Baina, familia-egituran aldaketak daude, eta gero eta pertsonabakarreko familia gehiago dago; horren ondorioz, gero eta adin nagusiko gehiago bakarrik bizi dira; bestalde, gero eta emakumezko gehiago lan ordaindura inkorporatzeak ere eragin handia izan dezake nagusien gizarte-laguntzan; izan ere, inkorporatze horrek gehiago mugatzen du laguntza instrumentala emateko posibilitatea, laguntza afektiboa edo konfidentziala baino.

Familia-eredu berriek ere harreman afektiboetan eta konfidentzialetan eragina izan dezakete. Dudarik gabe, aldaketa horiek gure zaharretan joko dute gehien, moldatzeko zailtasuna dutelako, eta laguntza-iturri potentzialak (senarrak, anai-arrebak eta abar) galtzen doazelako, adinak aurrera egiten duen neurrian. Gizarte-aldakuntza sakon horiengatik, eta osasunean eta gaixoak suspertzean gizarte-laguntzaren garrantziarengatik, aldaketak egon daitezke asistentzia-zerbitzuetan eta zerbitzuok asumitzen duten lan-zamaren gehikuntzan.

Egoera hori hobetzeko jardueren artean hauek egon daitezke: familia arteko harremanak bultzatzea (belaunaldien arteko solidaritatea gizarte-balio positibo bezala promozionatzea); pertsonen elkaraldi eta elkarrekintzarako tokiak eta arrazoiak bultzatzen dituzten gizarte-jardueren garapena; eta autolaguntzako taldeak sortzea. Halaber, bizi-gertakizun estresagarriari, hots, langabeziari, jubilazioari, senide baten heriotzari, aurre eman behar dion pertsonarentzako laguntza-programak izateak pertsonen bizitzako egoera kritiko horien ondorio negatiboak motel ditzake.

Gizarte-laguntza maila indibidualean eta kolektiboan aritzen da. Gizarte-integrazioak ondorio positiboa izan dezake elkarte osoaren osasunean. Gizarte-kohesioak biztanleriaren osasunean duen ondorioa, pertsona bakoitzak bere gizarte-harremanetatik lortzen duen ondorioaren gaineratik dago. Gizarte-kolektibo ezberdinen artean elkarrekiko konfidantza badago, konfidantza horrek osasunari on egingo dio. Gero eta nabariagoa da, gizarte-kohesio altuko gizarteek osasun hobearen dutela kohesio gutxikoek baino (Wilkinson RG 1996), eta gizarte baten kohesioa bultzatzea daitekeela, politika fiskalen eta ekonomikoen bidez; izan ere, ekonomiaren aldetik biztanleriak dituen diferentzia handiak direla-eta, biztanleria horren kideen arteko gizarte-kohesioa murriztu egiten da. Gainera, badirudi garrantzizkoak direla, nahiz eta maila gutxiagoan izan, inguru fisikoa, etxebizitzaren eraiketa-diseinua, auzoen egitura, jolasaldirako zonak izatea eta abar, auzoko harremanak gehitzeko, edo harremanok murrizteko horrelakorik ez dagoenean (Stansfeld SA 1999).

Eskura dagoen gizarte-laguntzaren kantitatea eta kalitatea osasunaren determinatzaile ezezik, osasunaren menpeko aldagaiak ere badira. Eraitza horietan oinarriturik, Ley de Cuidados Inversos (Hart 1971) delakoa laguntza emozionaleko esparruan ere aritzen da. Lege horren arabera, laguntza lortzeko zailtasun handiagoa duten pertsonak beharizanik handienera daudenak, zaharrak eta gaixoak dira. Lege hori zabal deskribatu da zerbitzu soziosanitario formalen funtzionamenduan (Garcia *et al* 1992; Chew *et al* 1994; Westin 1995), euskarri informalaren horniduran ere aipatzen da. Aipamen horiek nabari agertzen dute politika batzuen beharizana, hots, zainketa informalaren esparruan laguntza-beharizanen eta laguntza-disponibilitatearen arteko desorekak zuzentzeko politiken beharizana.

Erreferentziak

1. ANGEL RJ, ANGEL JL. *Physical comorbidity and medical care use in children with emotional problems*. Public Health REp 1996; 11: 138-139
2. BELLON JA, DELGADO A, DE DIOS J, ET AL. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996; 18:153-163.
3. BERKMAN LF, SYME SL. *Social networks, host resistance and mortality: a nine years follow-up study of Alameda County residents*. American Journal of Epidemiology 1979; 115:684-694.
4. BROADHEAD W.E, GEHLBACH SH, GRUY FV, ET AL. *The Duke-Unk Functional support questionnaire. Measurement of social support in familya medicine patients*. Med Care 1988; 26:709-723.
5. CHEW CA, WILKIN D, GLENDINNING C. *Annual assessments of patients aged 75 years and over: views and experiences of elderly people*. British Journal of General Practitioner 1994; 44 (389): 567-570.
6. COE RM, WOLINSKY FD, MILLER DK ET AL. *Elderly persons without family support network relationships and use of health services: a follow-up report on social network relationships*. Research on Ageing 1985; 6: 243.
7. FONCARO M, MOOS R. *Social support and coping: A longitudinal analysis*. American Journal of Community Psychology 1987, 15(5):653-673.
8. GARCIA O. GENE J. PARELLADA N. *Ley de "cuidado inverso" en la detección de la hipertensión arterial y el tabaquismo*. Atención Primaria 1992; 1: 9(9): 496-498.
9. HART JT, *The inverse care law*. Lancet 1971; 27, 1(7696):405-412.
10. GLASS TA, MADDOX GL. *The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition*. Soc Sci and Medicine 1992; 34:1249-1261.
11. KAWAKI I, COLDITZ GA, ASCHERIO A, RIMM EB ET AL. *A prospective study on social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA*. J Epidemiol and Community Health 1996; 50:245-251.
12. OXAMN TE. HULL JG. *Social support, depression, and activity of daily living in older heart surgery patients*. J. Gerontol. B. Psychol. Social Sciences 1997, 52 (1):1-14.
13. STANSFELD SA; *Social support and social cohesion in Social determinants of health*. MARMOT M, WILKINSON RG EDS. Oxford University Press, New York 1999.
14. PARKERSON GR, BROADHEAD WE, CHIU-KIT TSE. *Comparisons of the Duke Health profile and the MOS Short form in healthy young adults*. Med Care 1991; 29:679-683.
15. VOGT TM, MULLOOLY JP, ERNST D ET AL. *Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality*. Journal of Clin Epidemiol 1992; 45:659-666.
16. WEINBERGER M, TIERNEY WM, BOOHER P, HINER SL. *Social support, stress and functional status in patients with osteoarthritis*. Soc Sci Med 1990; 30: 503-508.

17. WESTIN, S. *The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socioeconomic structure*. Family Practice 1995;12 (4): 394-401.
18. WILKIN D, HALLAM L, DOGETT MA. *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford medical publications 1992.
19. WILKINSON RG. *Unhealthy societies: from inequality to well-being*. Routledge, London 1996.

II.7. Prebentzio-praktikak

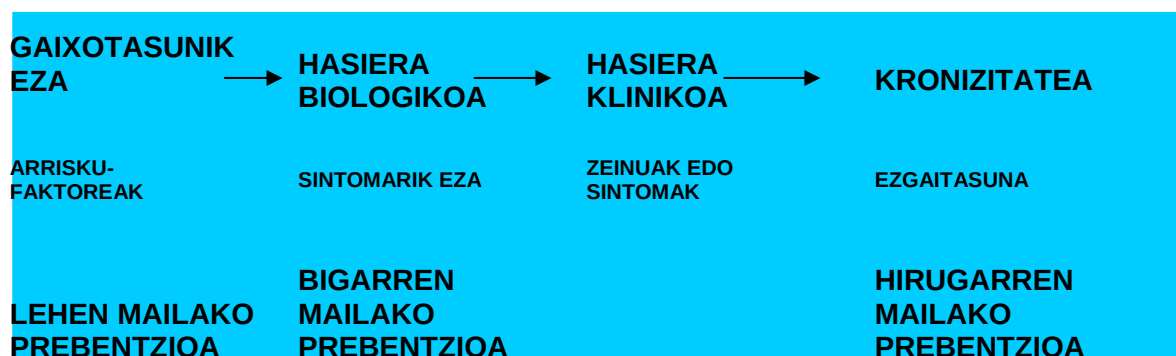
Juan M. Sanzo, Jon Zuazagoitia, Jose M^a Arteagoitia

Sarrera

Gaixotasunaren prebentzioak biltzen dituen neurrien artean ditugu, batetik, gaixotasunaren agerpena prebenitzeko direnak, esate baterako, arrisku-faktoreen murrizketa, eta, bestetik, gaixotasunak aurrera ez egiteko edo bere ondorioak murtitzeko direnak, behin gaixotasuna agertuta dagoenean. (WHO 1998). Prebentzio kontzeptua sarritan deskribatzen da azpikontzeptuetan zatituta, zeren azpikontzeptu horien bidez prebentzio-praktika ezberdinak ordezkatzeko baitira. Osasun publikoan ondoen ezagutzen den eta gehien erabiltzen den tipologiak hiru jardura-mota bereizten ditu prebentzioari buruz: lehenengo, bigarren eta hirugarreneko prebentzio-jarduerak; zati horiek hiru dira: lehen mailako jarduerak, bigarren mailako jarduerak eta hirugarren mailako jarduerak. Zatiketa hori denboran zehar “gaixotasunak dituen momentu” ezberdinetan oinarritzen da (Laflamme 1999).

Horrela, lehen mailako prebentzio-ekintzak gaixotasunaren edo gaitzaren agerpena ebitatzeko dira, eta haiek agertu aurretik egiten dira (1 Diagrama).

1 Diagrama. Gaixotasunaren aldiak eta horien erlazioa prebentzio-mota ezberdinekin.



Bigarren mailako prebentzioaren definizioak, detekzio goiztiarra, gaixotasunaren diagnostikoa eta hasierako tratamendua biltzen ditu. Bere helburua da ahalik eta arinen asistentzia sanitarioa ematea, gaixotasunak geroago izan dezakeen grabetasuna gutxitzeko.

Hirugarren mailako prebentzioko ekintzen helburua da gaixotasunaren ondorioak mugatzea, kalte nagusiak sor ez daitezen ahaleginduz, errehabilitazioa barne dagoelarik (WHO 1998) (Laflamme 1999).

Osasuna mantentzeko eta prebenitzeko interbentzioek ondo bereizitutako bi orientazio edo eredu izan ditzakete. Lehenengoa, osasun publikoan eta epidemiologian oinarritzen da. Eta osasun-arazo bat identifikatzen eta asoziatutako faktoreak bilatzen saiatzen da. Osasun-arazoaren eta dagokion faktorearen arteko erlazioa froga daitekeenean, interbentzioko programa martxan jartzen da. Arrazoia-ondorioa erlazioa bilatzen da.

Bigarren eredu osasunaren determinatzaileen gaian saiatzen da. Osasunaren eta osasun-determinatzaileen arteko erlazioa dagoela postulatu du, bai eta

determinatzaileetan aplikatzen den ekintza bakoitzak osasunean ondorio bat izango duela ere. Eredu hori gizarte-zientzietan inspiratuta dago, eta ez ditu kontuan hartzen lehen ereduko "kausalitate" erlazioak, baizik eta, gizonaren eta inguruaren eta honen elementu berezien arteko erlazioak bilatzen ditu. Proposatzen diren interbentzioetan osasunaren determinatzaile guztiak kontuan hartzen dira, zainketa-sistematik kanpo daudenak barne.

Bi ereduok osagaiak dira. Lehenengoak, osasunerantz joateko nondik bideratu behar garen erakusten digu; bigarrenak, egin daitezkeen ekintzen zerrenda aberasten du.

Prebentzio-jarduerak ez dira egiten orokorrean biztanleriako kolektibo guztietan, baizik eta gaixotasuna izateko arrisku gehituak aurkezten dituen biztanleria-talde hautatuetan; izan ere, talde horietan prebentzio-jardueren efektibitatea eta efizientzia argi agertu dira. Prebentzio-programak martxan jartzerakoan, helburu garrantzitsuenetariko bat zera da, hedadurak ahalik eta zabalen izan daitezela lortzea, hots, adierazitako taldeetan ahalik eta pertsona-kopuru handienak gomendioei jarraitzea. Bestalde, nahi ez den ondorio bat egin daiteke: gaindiagnostikoa, hots, diagnostiko larregi egiteko arriskuan jaustea, eta gomendatutakoa baino froga gehiago egitea, osasunari onurarik ekarri gabe, eta kasu batzuetan osasunaren kalterako; adibidez, arriskua gehitzea bizitzan zehar mamografiak errepikatzeagatik (Berrino F et al 1994).

Kapitulu honen helburua da, gure inguruko ohiko prebentzio-praktikak euskal biztanleriaren artean nola banatzen eta jarraitzen diren aztertzea. Ohiko praktikak hauek dira: arterietako tentsioaren neurketa, kolesterol serikoaren determinazioak, gripearen aurkako txertaketa 65 urtetik gorakoetan, eta mamografiak eta umetokilepoko zitologiak. Asistentzia-sarean egiten diren prebentzio-praktika horien helburuak dira: gaixotasun kardiobaskularrak prebenitzea, gripetik eta horren konplikazioetatik babestea, eta emakumezkoetan bularreko eta umetoki-lepoko minbizia prebenitzea.

Jarraian datozen kapituluetan, prebentzio-praktiken adin eta sarritasunari buruz erabili ditugun iritziak finkatzeko, funtsean hauek hartu ditugu kontuan: Osasuna Prebenitzeko eta Promozionatzeko Jardueren Programak (OPJP) (Semfyc 1995) ezarritako iritziak eta nazioarteko iritziak (Guide to Clinical Preventive Services 1996).

Arterietako hipertentsioa

Sarrera

Hipertentsioa zenbait gaixotasun izateko arrisku-faktore behinenetariko bat da. Hara hemen gaixotasunok: gaixotasun koronarioa, bihotz-gutxiegitasun kongestiboa, istripu zerebrobaskularra, aneurisma aortikoaren haustura, giltzurrunetako gaixotasuna eta erretinopatia. Ebidentzia zientifikoak adierazten dizkigu gomendatutako mugetan arteria-tentsioa mantentzeak zein nolako onurak dituen. Gomendatzen dena zera da: arterietako tentsioa hartzea, gutxienez bi urtetik bi urtera, noiz eta tentsio diastolikoak eta sistolikoak hurrenez hurren 85 mm-Hg eta 140 mm-Hg balioetatik behera daudenean, eta urtean behin, noiz eta azken tentsio diastolikoa 85 eta 89 mm-Hg bitartean egon zenean (Guide to clinical preven-

tive services 1996). Beste iritzi batzuen arabera, 5 urtetik 5 urtera modu errutinari-
oan hartu behar zaie tentsioa pertsona normotentsoei (Ramsay 1999). Gure ingu-
ruan 14 urtera arte gutxienez behin tentsioa hartzea gomendatu da. 14 urtetik 40ra
arte 4-5 urtetik 4-5 urtera hartu beharko litzateke. 40 urtetik gora 2 urtetik 2 urtera
hartzea gomendatzen da (Villar Alvarez 1997).

Hipertentsioa baieztatu ondoren, pazienteei aholkuak ematen zaizkie: ariketa
fisikoa egitea, pisua gutxitzea, eguneroko sodio-ingesta eta alkohol-kontsumoa.
Medikamentuekin terapia hasteko erabakiak ondoko faktoreak hartzen ditu kon-
tuan: ATaren altuera-gradua, adina, tabakismoa edo hiperkolesterolemia bezalako
beste arrisku-faktorerik dagoen ala ez, eta beste gaixotasun konkomitanterik da-
goen ala ez (adibidez: Diabetesa, loditasuna, gaixotasun baskular periferikoa, or-
ganoetako kaltea, ezkerreko bentrikuluko hipertrofia, kreatinina altua).

Metodologia

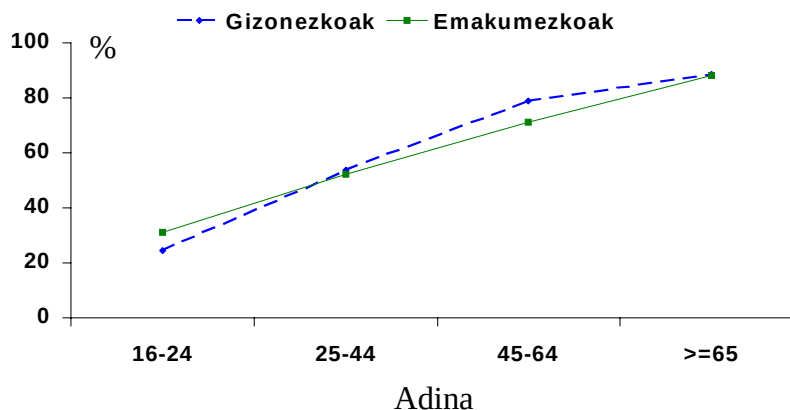
Tentsioa hartzeari dagozkion galderak inkesta bietan berdin mantendu dira.
Tentsio-hartzearen sarritasuna ezagutzeko, ondoko galdera formulatu da: Noiz
hartu duzu (edo hartu dizute) azken aldiz tentsioa? Aipatutako hipertentsioaren
prebalentzia ezagutzeko egin den galdera hauxe izan da: Inoiz esan al dizute hi-
pertentsioa duzun?

1997ko osasun-inkesta

Tentsio-hartzearen periodikotasuna

15 urtetik gorako biztanleriaren %65ak urtean behin gutxienez hartu zuen
tentsioa. Sexuaren arabera oso berdintsua da; adinaren arabera, or-
dea, gradiente logiko bat aurkitzen dugu, adinak gora egiten duen neurrian. Adin
nagusietako taldeek sarriago hartu zuten tentsioa, gazteagoek baino (II.7.1 irudia).
Azpimarratzea merezi du datu honek: biztanleriaren %7,5ak ez du inoiz hartzen
tentsioa eta %15ak 2 urtetik goragoko periodikotasuna du (II.7.1 taula). Ez zegoen
klase sozialaren arabera diferentziarik (II.7.2 irudia).

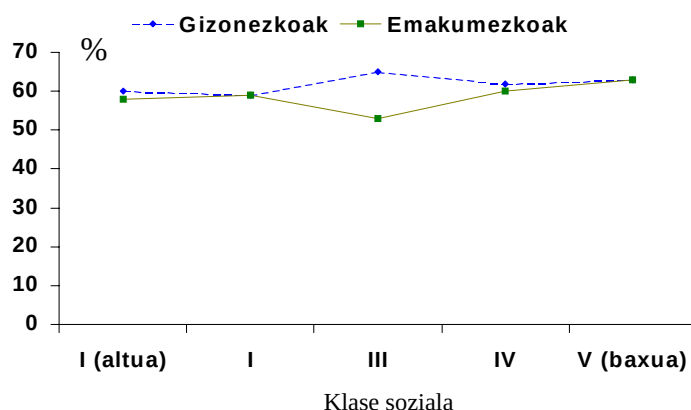
II.7.1 irudia. **Urtean behin gutxienez tentsioa hartzen duten pertsonen portzentajea.**



II.7.1 taula. Biztanleriaren banaketa, arteria-tentsioaren azken hartzearen sarritasunaren arabera, eta adin eta sexuaren arabera.

	Inoiz (%)	< urte bat (%)	1-2 urte bitartean (%)	2-4 urte bitartean (%)	4 urtetik gora (%)
Gizonezkoa					
16-24 urte	29.7	35.9	14.1	11.5	8.8
25-44 urte	6.7	59.0	15.7	13.0	5.6
45-64 urte	2.0	79.6	9.2	6.5	2.7
>65 urte	1.3	87.7	5.8	3.7	1.6
Totala	8.9	64.8	12.1	9.5	4.8
Emakumezkoa					
16-24 urte	21.1	39.5	18.0	14.3	7.0
25-44 urte	4.8	58.9	16.3	14.5	5.5
45-64 urte	2.5	73.9	12.1	8.5	3.0
>65 urte	1.3	87.9	5.5	4.4	0.8
Totala	6.1	65.7	13.3	10.8	4.1
Sexu biak					
16-24 urte	25.5	37.7	16.0	12.8	8.0
25-44 urte	5.8	59.0	16.0	13.7	5.5
45-64 urte	2.3	76.7	10.7	7.5	2.9
>65 urte	1.3	87.8	5.6	4.1	1.1
Totala	7.5	65.3	12.7	29.1	4.4

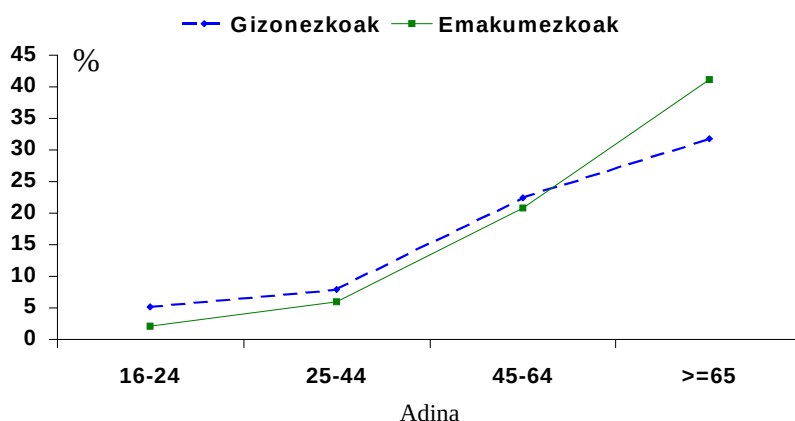
II.7.2 irudia. Urtean behin tentsioa hartzen duten pertsonen portzentajea, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).



Esandako (hautemandako) hipertentsioa

Biztanleriaren %16,5ak, gizonezkoen %16ak eta emakumezkoen %17ak, esan zuen medikuak inoiz esan ziola hipertentsioa zuela. Adin guztietan, gizonezkoen portzentajeak handiagoak izan ziren emakumezkoenak baino; eta portzentajeok gorantz joan ziren, adinak gora egin zuen neurrian (II.7.3 irudia); ez zen egon klase sozialaren araberrako diferentziarik.

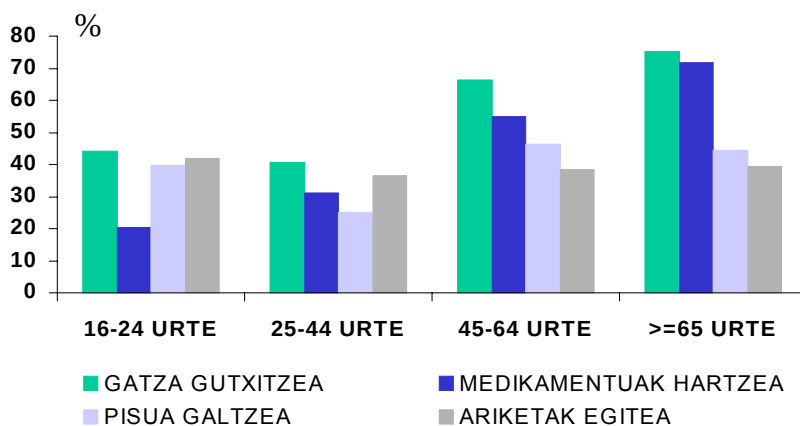
II.7.3 irudia. Hipertentsioa dutela esan duten pertsonen portzentajea.



Hipertentsoek jarraitutako tratamenduak

Gatza gutxitzea izan zen gehien jarraitu zen neurria adin-talde guztietan. Gero, medikamentuak hartzea zetorren 45 urtetik gorakoen artean, bai eta pisua galtzea ere gazteenen artean (II.7.4 irudia). Medikamentuak kontsumitzea gutxien erabilitako neurria izan zen gazteenen artean; 45 urtetik gorakoetan, berriz, bigarrena izan zen, sarritasunari dagokionez. Ariketa fisikoan portzentaje berberak mantendu ziren adin-talde guztietan.

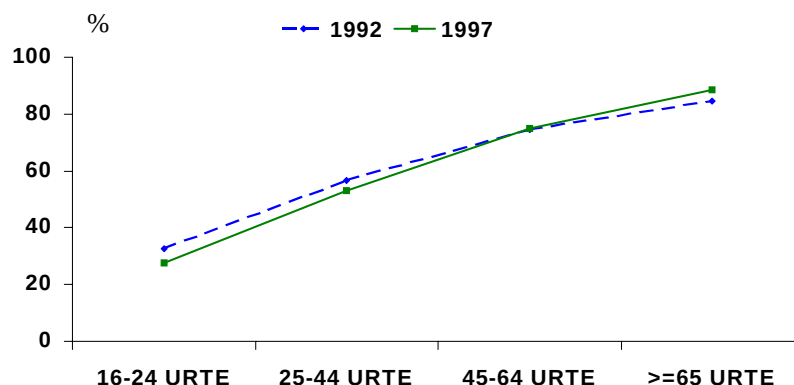
II.7.4 irudia. Hipertentsoek erabilitako tratamenduak.



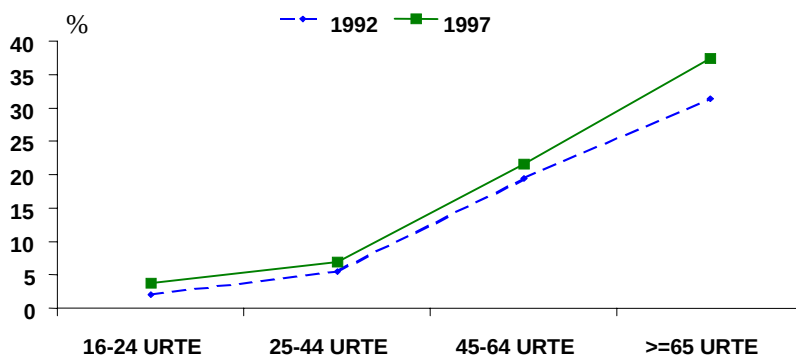
1992tik 1997ra arteko eboluzioa

Hipertentsoa zela aitortu zuten pertsona-portzentajeak aldaketa txiki bat izan zuen 1992 eta 1997 urteen bitartean. Gizonezkoetan gehitu egin zen 1992ko %11tik 1997ko %16ra arte; emakumezkoetan, berriz, 1992ko %15etik 1997ko %17ra pasatu zen. Gehikuntza horiek batez ere 65 urtetik gorakoetan gertatu ziren. Bestalde, azpimarratu behar dugu adin-talde horretan apur bat gehitu egin zela, gutxienez urtean behin tentsioa hartzen zuela esan zuten pertsonen portzentajea. Azken datu horrek, behar bada, azaltzen du aurrean adierazitako gehikuntza (II.7.5 eta II.7.6 irudiak). Klase sozialaren arabera ez zen aldaketarik ikusi urte horietan zehar.

II.7.5 irudia. **Urtean-urtean tentsioa hartzen duten pertsonen portzentajearen eboluzioa.**



II.7.6 irudia. **Hipertentsoak direla esaten duten pertsonen portzentajearen eboluzioa.**



Ondorioak

Pertsona normotentso guztiei aldizka eta hipertentsoei urtean behin tentsioa hartzea gomendatzen zaie. Halaber, tentsio-hartzeak eta hipertentsio-diagnostikoak ezarritako protokolo bati jarraitu behar diote. 1997an oraindik biztanleriaren %7,5ak ez zuen inoiz tentsioa hartzen, eta %4,4ak 4 urtetik gorako periodikotasunaz hartzen zuen. Biztanleriaren %33,5ak esan zuen azken tentsio-hartzetik 2 urte baino gehiago igarota zeudela.

Biztanleria hipertentsoaren tentsio-zifrak muga egokien barruan mantentzen ahalegindu beharra dago, eta arteria-tentsioa inoiz ere hartu ez duten gazte-taldeak kontuan hartu beharra.

Arterietako hipertentsioa kontrolatzeko behin eta berriz esan beharreko neurri orokorrak dira: ariketa fisikoa egitea, tabakismoa uztea eta dieta egokia egiten jarraitzea

Hiperkolesterolemia

Sarrera

Odol-kolesterol altua gaixotasun koronarioaren arrisku-faktoreen artean oso erraz alda daitekeenetariko bat da. Gaur egun dauden ebidentzia solidoen arabera, odol-kolesteroleko mailak murrizten badira, gaixotasun koronarioa izateko arriskua gutxitu egiten da (National Cholesterol Education Program 1993). Zenbait medikamentu hipolipemianta erabiliz, zentro askotan egindako entsegu kliniko batzuek agerian ipini dituzte zelako onurak dauden, pertsona sintomatikoetan kolesterol-maila serikoak muga normaletara murrizten direnean (Report from the committee of principal investigators, 1978; The lipid research clinics coronary primary prevention trial results 1984; Frick MH et al 1987). Kolesterol murrizten duten, eta beste osasun-onura batzuk proportzionatzen dituzten neurriak dira: ariketa fisiko erregularra, dietako koipea gutxitzea eta pisu egokia mantentzea; neurri horiek pertsona guztiei aholkatu behar zaizkie; eta bereziki, kolesteroleko zifra altuen despistajearen bidez identifikatutako arrisku altuko pertsonen, horietan onurak nabariagoak izango baitira. Kolesterolaren aldizkako analisiak 35-65 urte bitarteko gizonezko guztiei gomendatzen zaizkie eta 45-65 urte bitarteko emakumezkoen. Gaur egun ez da ondo ezagutzen zein den tarte egokia, analisi horien sarritasuna determinatzeko. Jakina, aldizkako analisiak garrantzi handiagoa du, kolesterol-mailak gehituta daudenean, edo arrisku kardiobaskularreko beste faktore batzuk daudenean. Adituek 5 urteko tarte gomendatzen dute (National cholesterol education program 1993) (PAPPS 1995), baina tarte handiagoak ere gomendagarriak dira arrisku baxuko pertsonentzat.

Metodologia

Kolesterolari zegozkion galderak berdin mantendu ziren 1992 eta 1997ko inkestetan. Kolesterol serikoa neurtu zuten pertsonen proportzioa eta determinazioen sarritasuna jakiteko galdera hauek formulatu ziren: Noiz egin dizute kolesterolaren azken analisisa? Esan al dizute kolesterol altu duzun? Azkenik, kolesterol altu egotea gertatu zenean, zein tratamendu-mota egiten zuen galdetu zen.

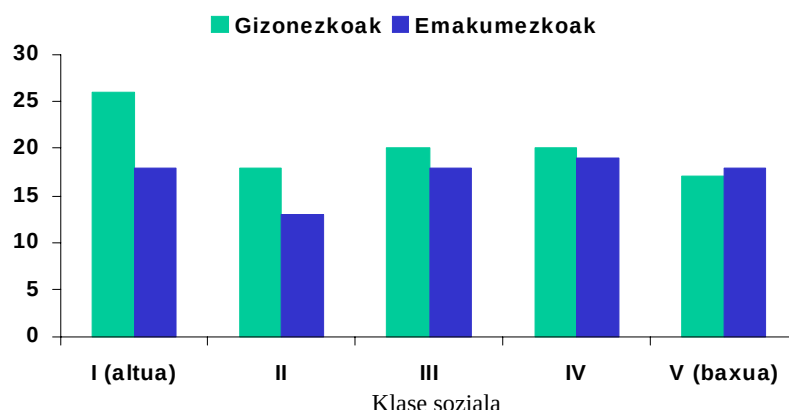
1997ko osasun-inkesta

Kolesterol-analisisen periodikotasuna

Interes-adinen bitartean zeuden gizonezkoen %89ak eta emakumezkoen %87ak kolesterol-analisisa eginda zuten azken 4 urteetan. Adin-talde berberetan, gizonezkoen %7,8ak eta emakumezkoen %8,3ak ez zuten inoiz ere egin.

Ez dago klase sozialaren araberako diferentziarik, analisiak egiteari dagokionez. Kolesterol-analisisirik inoiz ere egin ez zuten pertsonen portzentajeak berdintsuak izan ziren kategoria sozial guztietan (II.7.7 irudia).

II.7.7 irudia. Kolesterola inoiz neurtu ez duten pertsonak, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).



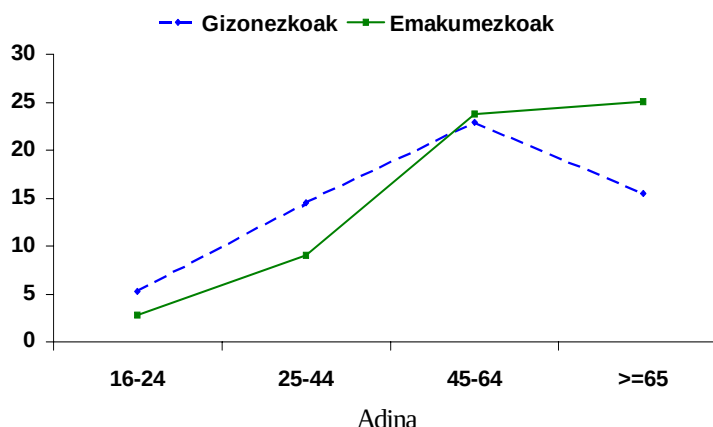
II.7.2 taula. Biztanleriaren banaketa, kolesterol serikoaren azken analisiaren arabera.

	Inoiz (%)	< 4 urte (%)	4 urte baino gehiago (%)
Gizonezkoa			
< 35 urte	41,7	50,7	7,7
35 eta 65 urte bitartean	7,8	88,5	3,7
> 65 urte	5,7	91,2	3,1
Guztira	20,0	74,9	5,1
Emakumezkoa			
< 45 urte	24,1	70,7	4,7
45 eta 65 urte bitartean	8,3	86,9	4,8
> 65 urte	9,3	88,0	2,7
Guztira	17,0	78,7	4,4

Hautemandako hiperkolesterolemia

Biztanleria osoaren %16ak esan zuen hiperkolesterolemia zuela. Portzentajeak 45 urtera arteko gizonezkoetan apur bat handiagoak izan ziren; emakumezkoen dagokienez, 65 urtetik gorakoetan daude prebalentzia altuenak (II.7.8 irudia). Ez da ikusten klase sozialaren araberrako diferentziarik.

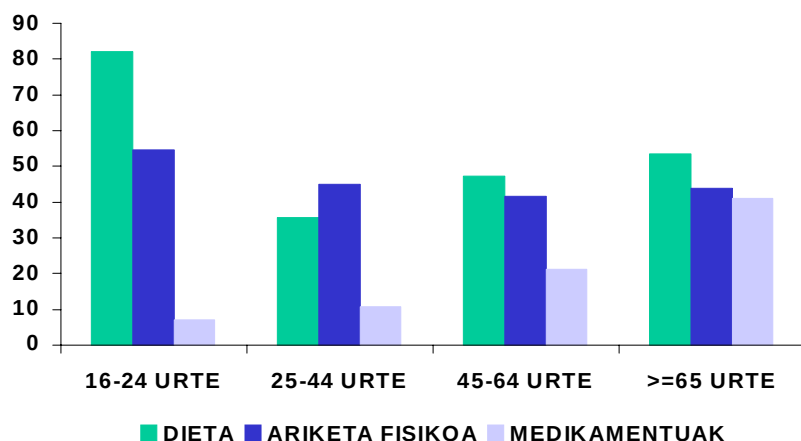
II.7.8 irudia. Hiperkolesterolemia zutela esan zuten pertsonen portzentajea.



Hiperkolesterolemia zuten pertsonen jarraitutako tratamenduak

Kolesterola altu zuten pertsonen artean, hura murrizteko sarrien erabili zen neurria dieta izan zen (%46,7); segituan, ariketa fisikoa egitea zegoen (%43,4). Paziente horien %23,2ak esan zuten medikazioa zuela (II.7.9 irudia). Medikazioa hartzen zuten pertsona-portzentajea gehitu egin zen adinak gora egin neurrian.

II.7.9 irudia. **Kolesterol altua zutela esan zuten pertsonen erabilitako tratamendua.**



Ondorioak

Kolesterol-zifrak kontrolatzeko sarritasuna, erreferentzia-iritzien arabera egokitu zen, iritzi horiek biztanleriaren %87ak bete zituelarik. Kolesterola bahetzean lortutako estaldura zabala, batetik, eta jarduera fisikoan eta koipearen energia-ekarpenean gertatu den biztanleria-aldaketa, bestetik, funtsezko elementuak izango dira, gure komunitateak osasun kardiobaskular hobea izan dezan.

Gripearen aurkako txertaketa

Sarrera

Gripe, egun batzuetarako ezgaitasuna sortzen duen gaixotasuna da. Gainera, morbiditatea eta asistentzia-eskaria gehitzen ditu, eta aldi epidemikoetan produkzio-galerak sortzen. 65 urtetik gorako pertsonen eta adin guztietako patologia kronikoak dituztenek konplikazio larriak izateko arrisku gehitua dute. Aldi epidemikoetan neumoniari eta influentzia-erari leporatutako heriotza guztietatik %90 baino gehiago 65 urtetik gorakoetan gertatzen dira (Centers for Disease Control and Prevention 1995). Azterlan ezberdinetan adierazi da gripearen aurkako txertaketaren efikazia, arrisku altuko taldeetan ospitalizazioa eta heriotza sortzen dituzten konplikazioak prebenitzeko; horregatik, gripearen aurkako txertaketa-kanpainak aipatutako taldeei zuzentzen zaizkie. Griperaren aurkako txertoa 65 urtetik gorako guztiei administratu beharko litzateke, bai eta arazo kronikoak dituzten adin beharagokoei ere (Guide to clinical preventive services 1996) (Osasun Saileko gripearen aurkako txertaketa-programa).

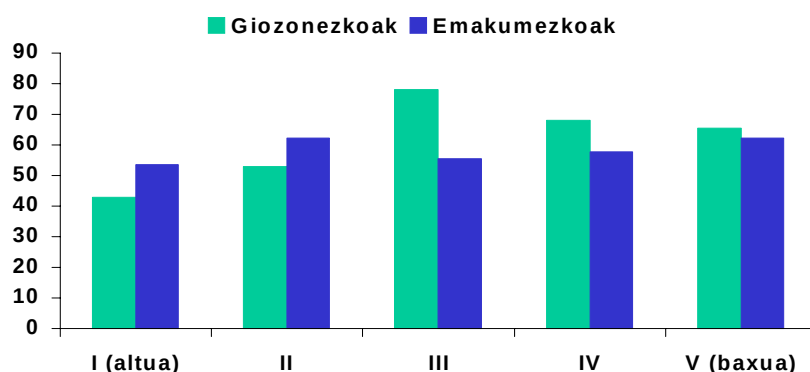
Metodologia

Gripearen aurkako txertaketari zegozkion galderak berdin mantendu ziren 1992 eta 1997ko inkestetan. Gripearen aurka txertatzen ziren pertsonen proportzioa ezagutzeko ondoko galdera formulatu zen: Gripearen aurka urtean-urtean txertatzen al zara? Halaber, ez txertatutakoei zergatik ez ziren txertatzen galdetu zitzairen. Lortutako emaitzek, autoaitortuak direnez gero, ez dute derrigorrez bat etorri behar gripe-txertaketen programetan ikusitako emaitzekin.

1997ko osasun-inkesta

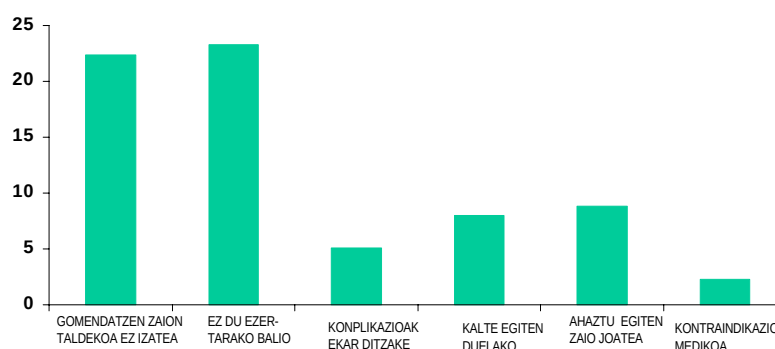
65 urtetik gorakoen %63ak urtero udazkenean gripearen aurka txertatzen zirela esan zuten. Portzentaje hori %65,7koa izan zen gizonezkoen artean, eta %61,2koa emakumezkoen artean. Gizonezkoen artean, gutxien faboratutako klaseetakoak dira txertaketa-portzentajerik handiena dutenak. Emakumezkoen artean, txertatutakoen proportzioa gutxi gorabehera antzekoa izan zen klase sozial guztietan (II.7.10 irudia).

II.7.10 irudia. **Gripearen aurka txertatzen diren pertsonen portzentajea, klase sozialaren arabera (adinaren arabera estandarizatuta).**



Ez txertatzeko sarrien emandako arrazoiak hauek izan ziren: txertatzea gomendatzen zaion taldekoa ez zela kontsideratzea (22%) eta ez zuela ezertarako balio pentsatzea (23%). %5,1 ez ziren txertatu, txertoak sor zitzakeen konplikazioak zirela-eta; eta %8, txertoak kalte egiten zielako. Aurkako indikazio medikoa 65 urtetik gorakoen %2,3ak izan zuen arrazoitzat (II.7.11 irudia).

II.7.11 irudia. **Gripearen aurka txertatu ez ziren pertsonen adierazitako arrazoiak.**



1992tik 1997ra arteko eboluzioa

Gripearen aurka txertatu zirela esan zuten 65 urtetik gorakoen portzentajeak apur bat behera egin zuen. 1992an %65ak esan zuen txertatzen zela; portzentaje hori gizonezkoetan %70ekoa izan zen, eta emakumezkoetan %62koa.

Ondorioak

Urtero gripearen aurka txertatzen zirela esan zuten 65 urtetik gorakoen portzentajeak altuak izan ziren. Hala ere, azken urteotan ikusten den arabera, behe-ranzko joera txikia dago; horren arrazoia Euskal Herrian txertaketa-kanpainak orain dela urte asko hasita egin direla izan daiteke. Errutina bat daramaten jardura guztiak bezala, udazken guztietan gripearen aurka txertatzeko ohiturari jarraitzeko, halako desmotibazio bat sortzea posible da.

Portzentaje horiek hobetzeko, kolektibo zehaztu batzuk kontuan hartu behar harko litzateke. Adibidez, emakumezkoak (hedadura txikiagoak aurkezten baitituzte) edo, gripearen aurrean segurtasun faltsua duten pertsonak (ez direla gomendatutako taldekoak esaten dutenak, edo txertoak ez duela ezertarako balio esaten dutenak).

Mamografiak

Sarrera

Bularreko minbizia emakumezkoetan sarrien gertatzen den tumorea da, eta Euskal Herriko emakumezkoetan intzidentziarik eta hilkortasunik handiena duena; izan ere, emakumezkoetan gertatzen diren tumore guztien %30a da, gutxi gora-behera, eta intzidentzia-tasa 46,5ekoa 100.000 biztanleko. (Osasun Saila, 1997).

Badago ebidentzia zientifiko nahikoa esateko detekzio goiztiarrak superbientzia handitzen duela. Portak (1991ekoak) dioenez, bularreko minbiziaren lehenengo sintomak izatetik diagnostikatu arte zenbat eta denbora gehiago pasa, minbiziaren hedadura ere orduan eta handiagoa egiten dela eta, beraz, pronostikoa era txarragoa dela. Elkarre zientifikoak zera aholkatzen du, bularreko minbizia goiz detektatzeko biztanleria-programak garatzea, bai mamografia bakarrik eginez, baita ere mamografia eta urteroko azterketa klinikoa eginez, 50 urtetik gorako emakumezkoen artean. Goitiko adin-muga herrialdeen arabera aldatzen da; Euskal Herrian 65 urtekoa da. Gaur egun ez dago ebidentzia zientifiko nahikorik errutinako mamografia edo urteriko azterketa klinikoa 40-49 urte bitarteko edo 70etik gorako emakumezkoen egiteko (Guide to Clinical Preventive Services 1996).

Euskal Herriko bularreko minbizia goiz detektatzeko programak 50-65 urte bitarteko emakumezko guztiei, 2 urtetik 2 urtera, mamografia bat egitea begiesten du. Periodikotasunari dagokionez, europar gomendiorik gehienek zera esaten dute, proba batetik bestera bi urteko tarte egon dadila (González J, 1995). Gaur eguneko datuetan oinarritzen bagara, badirudi tarte laburragoak ez duela ematen onura esanguratsurik gure herriko intzidentzia bezalatsuko herrietan (Morison AS, 1989 (Woodman CBJ, 1995).

Metodologia

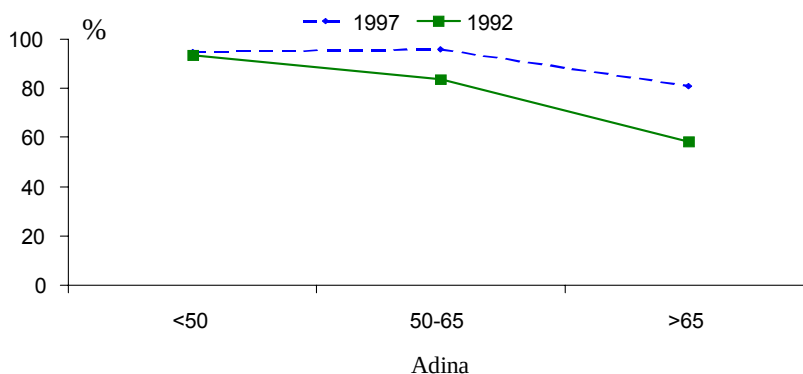
Mamografiari zegozkion galderak berdin mantendu ziren 1992 eta 1997ko inkestetan. Froga horretaz biztanleriak duen ezaguera eta frogaren sarritasuna jaki-

teko ondoko galderak formulatu ziren: Inoiz entzun al duzu ezer mamografiari buruz? Noiz egin dizute azken mamografia?.

1997ko osasun-inkesta

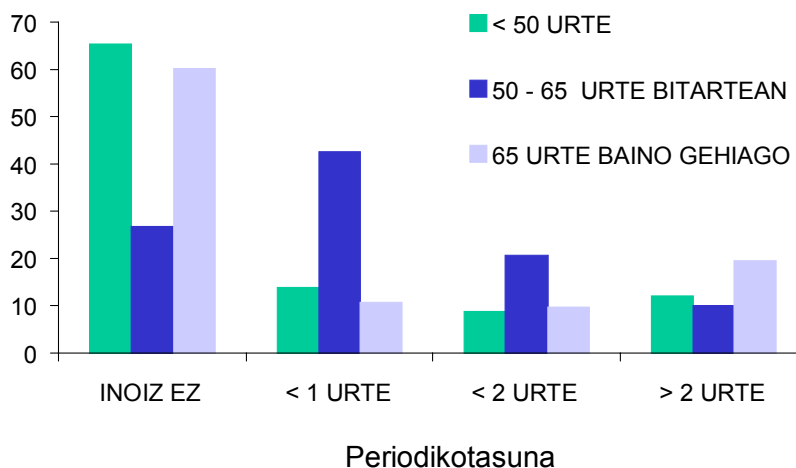
Emakumezkoen %92,4ak entzunda zuen zer zen mamografia. Portzentaje hori %96koa izan zen bularreko minbizia goiz detektatzeko programaren helburu-adineko taldean (II.7.12 irudia).

II.7.12 irudia. **Mamografia zer zen entzunda zuten emakumezkoen portzentajea.**



50-65 urte bitarteko emakumezkoen %63ak mamografia bat egin da azken 2 urteetan (II.7.13 irudia)

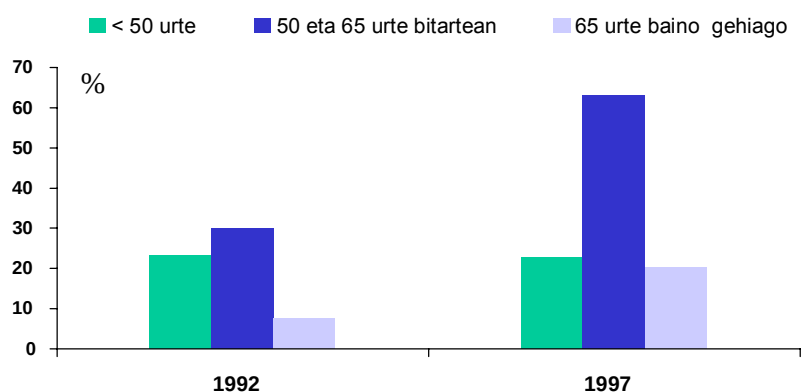
II.7.13 irudia. **Mamografiaren periodikotasuna, adinaren arabera.**



1992tik 1997ra arteko eboluzioa

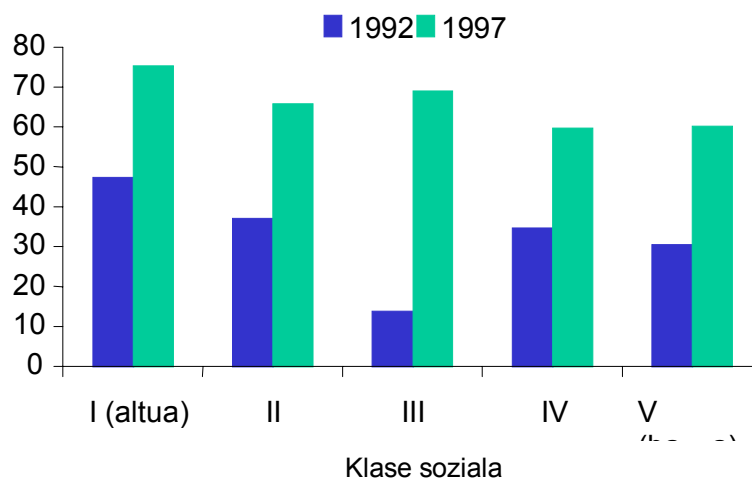
Mamografia ezagutzen zuten 50 urtetik gorako emakumezkoen kopuruak oso gehikuntza handia izan zuen, 1992ko %30etik 1997ko %63ra pasatu baitzen. Halaber, 65 urtetik gorako emakumezko taldean portzentajeek gora egin zuten %7,4tik %20,3raino (II.7.14 irudia).

II.7.14 irudia. Bi urtetik beherako mamografia-periodikotasuneko emakumezkoen portzentajearen eboluzioa, adinaren arabera.



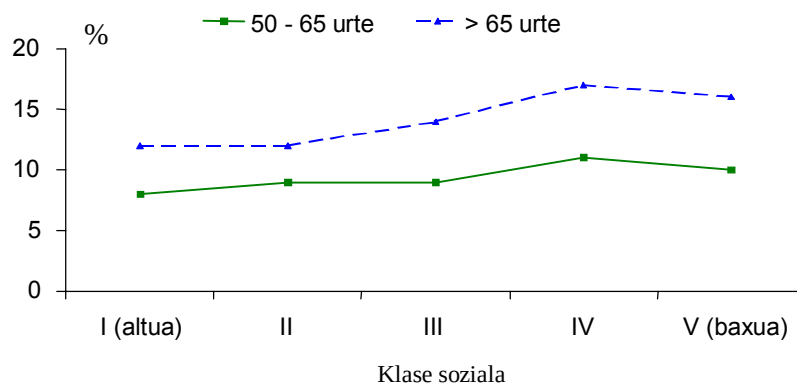
Gehikuntzak klase sozial guztietan gertatu ziren (II.7.15 irudia). Hala ere, IV eta V klaseetako emakumezkoen artean portzentajeek txikiagoak izaten jarraitzen dute.

II.7.15 irudia. Bi urtetik beherako mamografia-periodikotasuneko 50-65 urte bitarteko emakumezkoen portzentajearen eboluzioa, klase sozialaren arabera (adinaren arabera estandarizatuta).



Bularreko minbizia bahetzeko programaren helburu-adineko taldean, portzentajeak apur bat gorantz joan ziren, inoiz mamografiarik egin ez zuten IV eta V klaseetako emakumezkoen artean (II.7.16 irudia).

II.7.16 irudia. Inoiz mamografiarik egin ez duten 50-65 urte bitarteko emakumezkoen portzentajearen eboluzioa, klase sozialaren arabera (adinaren arabera estandarizata).



Ondorioak

Bularreko minbizia goiz detektatzeko programa behar bezala garatzen da Euskal Herrian zenbait urtetatik hona. Hala eta guztiz, ahalegintzen jarraitu beharra dago ahalik eta 50-65 urte bitarteko emakumezko gehien kaptatzeko, bi urtetik bi urtera mamografiak egin diezazkiegun. Guzti hori oraindik garrantzitsuagoa da IV eta V klaseetako emakumezkoen artean, hots, ekonomiaren eta hezkuntzaren aldetik maila txikiagokoen artean.

Zitologiak

Sarrera

Minbizi zerbikala goiz diagnostikatzeko test printzipala Papanicolaou (Pap) testa da. Test horrek endometriko, baginako eta beste minbizi batzuk ere detekta ditzake (Mitchell et al 1993; Sherman et al 1993). Neoplasia zerbikal intraepiteliala (CIN) detektatzeko Pap testak espezifitate eskasa izan dezake, GNS-1 lesioen proportzio handiak ez duelako progresatzen gaixotasun inbasibora arte, edo berez erregresa dezakeelako. Neoplazia zerbikala goiz detektatzeak, ostera, aukera bat ematen du minbizi inbasiborako progresioa prebenitzeko, interbentzio kliniko bidez, hots, kolposkopia, konizazio, kriokauterizazio, laser, eszisio eta, behar izanez gero, histerektomiaren bidez (American College of Obstetricians and Gynecologist 1993). Ebidentzia dago, Pap testaren bidezko detekzio goiztiarrak eta GNS lesioen tratamenduak minbizi zerbikalaren hilkortasuna gutxi dezaketela (Guide to clinical preventive services 1996).

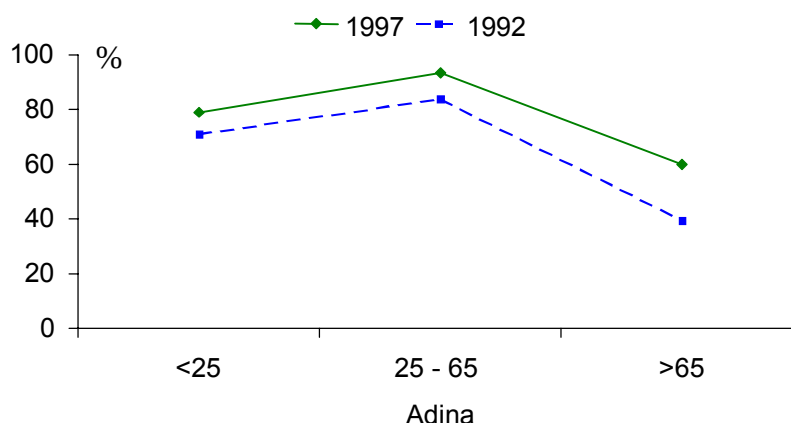
Gure inguruan umetoki-lepoko minbiziaren intzidentzia-tasak (100.000 biztanleko 6,1eko tasa estandarizatua) balio baxuetan daude (Osasun Saila 1997), horrek kokatzen du gure biztanleria munduko intzidentziarik gutxien dutenen artean (Galvez Ibañez 1997). PAPSSak proposatutako interbentzio-iritziek prebentzio-zerbitzu horren eskaintza neurtzen saiatu dira, zerbitzuon lehentasuna eta gehienezko kalitatearekin prestazioa egiteko baliabideen disponibilitatea baloratu ondoren. Pap testaren bidezko minbizi zerbikalaren detekzio goiztiarra, sexuaren aldetik aktiboak diren edo izan diren emakumezko guztiei gomendatzen zaie. Lehenengo bi zitologiak urtean behin egitetik hasi beharko litzateke, eta gero 5 urte-

tik 5 urtera. Azken 5 urteetan zitologiarik egin ez duten 65 urtetik gorako emakumezkoen urtean 2 zitologia egitea eskainiko zaie, eta zitologiak normalak badira, ez da interbentzio gehiagorik proposatuko (Galvez Ibañez 1997).

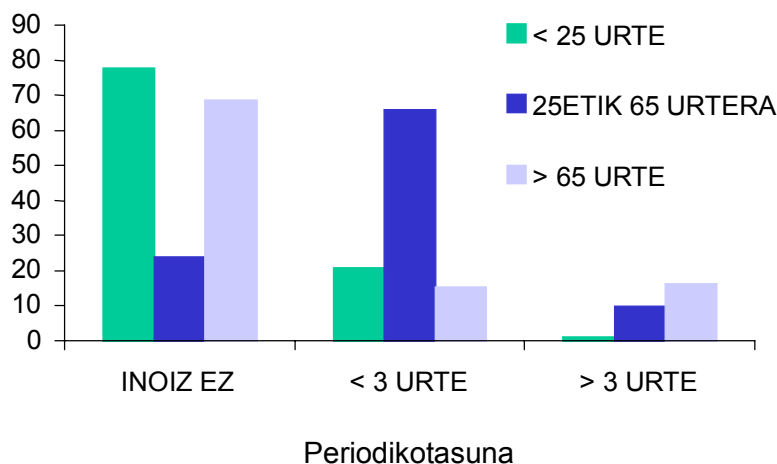
1997ko osasun-inkesta

25-65 urte bitarteko emakumezkoen %93ak entzunda zuen zitologiari buruz zerbait (II.7.17 irudia), eta %66ak esan zuen hiru urte baino gutxiago zela bagina-zitologia egin zuela (II.7.18 irudia). Azpimarratu behar da 25-65 urte bitarteko emakumezkoen %24ak inoiz ere ez zuela umetoki-lepoko zitologiarik egin, eta %5ak froga egiteko sarritasunean 5 urteak gainditzen zituela.

II.7.17 irudia. **Zitologia zer zen entzunda zuten emakumezkoen portzentajea.**

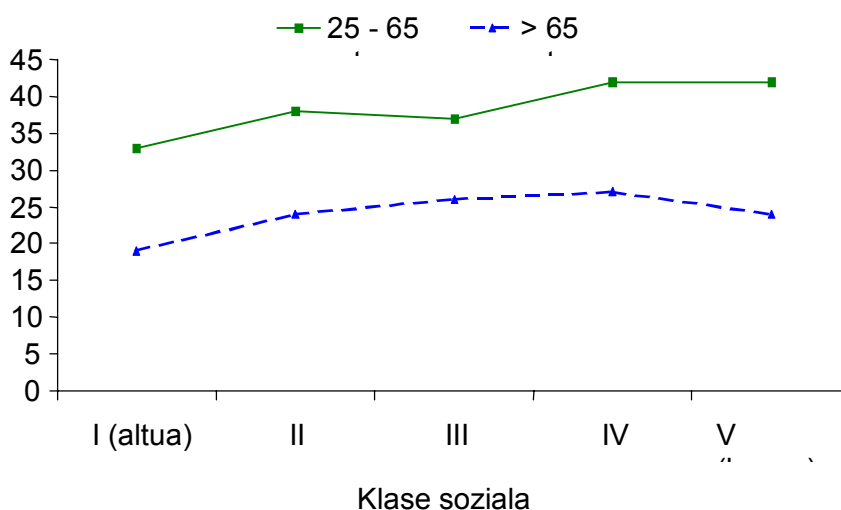


II.7.18 irudia. **Zitologiaren periodikotasuna, adinaren arabera.**



Adin horietan IV eta V klaseetako emakumezkoek izan zuten portzentajerik altuenak, froga ez egiteari dagokionez (II.7.19 irudia).

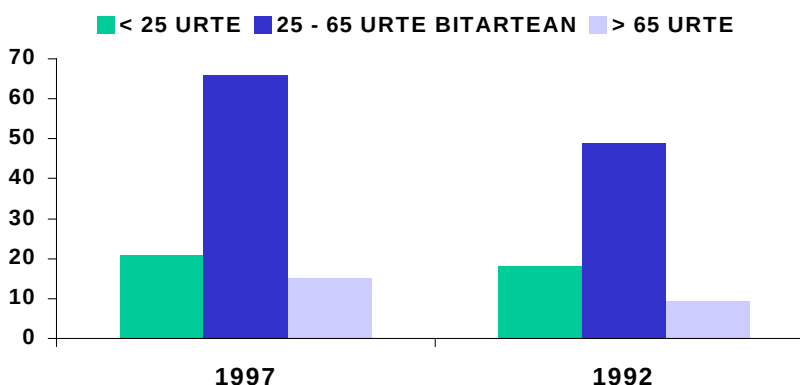
II.7.19 irudia. Umetoki-lepoko zitologiarik inoiz egin ez duten 50-65 urte bitarteko emakumezkoen portzentajearen eboluzioa, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).



1992tik 1997ra arteko eboluzioa

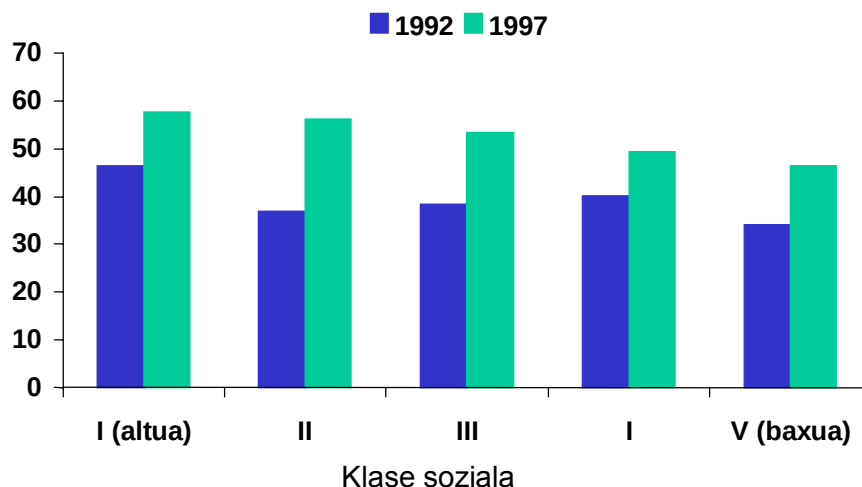
1992tik 1997ra arte, froga hori ezagutzen zuten 25 urtetik gorako emakumezkoen portzentajea asko gehitu zen (II.7.17 irudia). Froga horren hiru urte baino gutxiagoko periodikotasuna zuten emakumezkoen portzentajea 1992ko %48,8tik 1997ko 65,9ra igo zen (II.7.20 irudia).

II.7.20. Hiru urte baino gutxiagoko periodikotasuneko emakumezkoen portzentajea, adinaren arabera.



Gehikuntza hori klase sozial guztietan gertatu zen, nahiz eta I klasetik IIIra arteko klaseetako emakumezkoetan handiagoa izan. Arrisku-taldean, 50 urtetik gorakoetan, 1992tik aurrera nahiko gehikuntza handiak gertatu arren, portzentajetik baxuenek bertan egoten jarraitzen zuten. (II.7.21 irudia).

II.7.21 irudia. Hiru urte baino gutxiagoko zitologia-periodikotasuneko emakumezkoen portzentajea, klase sozialaren arabera. 1992-1997



Ondorioak

Umetoki-lepoko minbiziaren baheketak frogatutako efektibitatea du. Baheketak hori Europako iparraldeko herrialdeetan 50 eta 60 urteetako hamarkadetan sartu zen, eta bere onuren ebidentzia ez-esperimentalak ikusita, hedatzen joan da. (Sigurdson K 1993). Hala eta guztiz, Euskal Herrian umetoki-lepoko minbiziaren intzidentzia eta hilkortasuna eskasak direla kontuan hartuta, Papanicolauaren zitologia egiteko periodikotasunean arrazionaltasuna ipini beharra dago. Izan ere, umetoki-lepoko minbizia goiz detektatzeko programa martxan jartzea ez legoke justifikatuta egongo, kostu-efektibitate terminoetan.

Dena dela, berriz esan beharra dago, 1997an, 25-65 urte bitarteko emakumezkoen %24ak *inoiz* ez zuela egin umetoki-lepoko zitologiarik, eta hori, iritzirik malguenetatik ere urrun geratzen da. Froga hori aipatutako emakumezkoetan periodikotasun egokiaz egiten saiatu beharko litzateke.

Zitologian hiru urtetik beherako periodikotasuna duten emakumezkoen portzentajearen eboluzioak gehikuntzak adierazten ditu 1992 eta 1997 urteen bitartean, klase sozial guztietan. Hala ere, konparatiboki, IV eta V klaseetako emakumezkoetan gehikuntza eta proportzio txikiagoak daude, I eta II klaseetakoetan baino. Halaber, emakumezko horiek dira portzentajerik handiena dutenak, *inoiz* ere ez erantzuten dutenen gainerako emakumezkoen artean.

Erreferentziak

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. *Cervical cytology: evaluation and management of abnormalities*. Technical Bulletin n° 183. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993.
2. BERRINO F, BOUCHARDY C, SASCO A. *Screening for breast cancer in premenopausal women: who should decide?*... Int J Cancer 1994;59:1-3.

3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*.MMWR 1995;44(RR-3):1-22.
4. OSASUN SAILA. *La incidencia del cáncer en el País Vasco. 1987-1991*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia 1997,147 or.
5. FRICK MH, ELO O, HAAPA K ET AL. Helsinki heart study:primary prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease. N Engl J Med 1987;317:1237-45.
6. GALVEZ IBAÑEZ M, ALONSO GORDO JM, BELLAS BECEIRO B ET AL. *Prevención del cáncer*. Atención Primaria 1997;20:101-8.
7. GONZALEZ J. *Cribado de cáncer de mama*. Madrid:Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas, 1995.
8. *Guide to clinical preventive services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force*. Baltimore: Williams & Wilks (Second edition) 1996:953 or.
9. MITCHELL H, GILES G, MEDLEY G. *Accuracy and survival benefit of cytological prediction of endometrial carcinoma on routine cervical smears*. Int J Gynecol Pathol 1993;12:34-40.
10. MORRISON AS. *Review of the evidence on the early detection and treatment of breast cancer*. Minbizia 1989;64:2651-6.
11. National cholesterol education program. *Second report of the expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel II)*. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health,1993. (Publication nº 93-3095).
12. PORTA M, GALLÉN M, MALATS N, PLANES J. *Influence of diagnostic delay upon cancer survival: an analysis of five tumor sites*. J Epidemiol Comm Health 1991;45:225-30.
13. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1995.
14. RAMSAY LE, WILLIAMS B, JOHNSTON GD ET AL. British Hypertension Society guidelines for hypertension management: Summary.BMJ 1999;319:630-5.
15. Report from the committee of principal investigators. *A cooperative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate*. Br Heart J 1978;40:1069-1118.
16. SHERMAN ME, PAULL G. *Vaginal intraepithelial neoplasia: reproducibility of pathologic diagnosis and correlation of smears and biopsies*. Acta Cytol 1993;37:699-704.
17. SIGURDSON K. *Effect of organized screening on the risk of cervical cancer Evaluation of screening activity in Iceland, 1964-1991*. Int J Cancer 1993;54:563-7.
18. *The lipid research clinics coronary primary prevention trial results. I.Reduction in incidence of coronary heart disease*. JAMA 1984;251:351-64.
19. VILLAR ALVAREZ F, MAIGAS GALAN A, BROTONS CUIXART C ET AL. *Prevención de las enfermedades cardiovasculares*.Atención Primaria, 1997;20:59-70.
20. WHO. *Una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*. European Health for al. Series nº 5. 1998.
21. WOODMAN CBJ, THERLFALL AG, BOGGIS CRM ET AL. *Is the three year breast screening interval too long?. Occurrence of interval cancers in NHS breast screening programme's north western region*. BMJ 1995;310:224-6.

III. HAUTEMANDAKO OSASUNA

III. Hautemandako osasuna

Sarrera

Osasuna kontzeptu konplexua denez, indikatzaile asko behar dira haren aspektu ezberdinak baloratzeko. Patroi epidemiologikoan gertatu diren aldaketak direla-eta, hilkortasuna ez da nahiko osasuna azaltzeko, edo hobeto esanda biztanleria baten osasunaren falta azaltzeko. Biztanleria ez dute heriotzaraino eramango gehienetan, ez jotzen duten gaixotasunek, ez biztanleriari eguneroko mugak ipintzen dizkieten gaixotasunek; baina bai, ostera, gaixotasun horiek biztanleria zerbitzu sanitarioen kontsumora daramate. Hautemandako osasunaren eta morbiditatearen indikatzaileak ezinbestekoak dira biztanleria baten osasuna baloratu nahi denean.

Euskal osasun-inkestan, biztanleriaren osasuna indikatzaile ezberdinen bidez neurtzen da. Aztertutako indikatzaile horietariko batzuk adierazle generikoak edo globalak dira: osasunaren autobalorazioa, SF-36 izeneko adierazle globala, ezintasun funtzionala... Beste indikatzaile batzuek osasunaren osagai mentala espezifikoki islatzen dute. Azkenik, hautemandako morbiditatea edo istripuak bezalako arazo espezifikoaren prebalentzia neurtzen dituzte. Horrela bada, euskal biztanleriak duen osasunaren ikuspuntu zabala eman nahi da, osasunaren dimentsioak, bai fisikoa bai mentala eta bai soziala islatuz. Neurketa horiek historia ezberdina dute eta inguru teoriko ezberdinetan oinarritzen dira. Indikatzaile klasikoenetariko batzuk behar bada metodologiaren aldetik gaindituta daude, baina ezinbestekoak dira 1986tik aurrera biztanleriak hautemandako osasuna monitorizatzeko. Beste batzuk, adibidez SF-36a, lehengo aldiz sartu dira euskal inkestan, eta aurreakuntza bat izan da biztanleriak hautemandako osasuna ulergarri egiteko.

Hautemandako osasunari buruzko lehen kapituluak osasunaren hiru adierazle orokor edo generiko aztertuko dira. Horietatik lehenengoa autobalorazioa da. Autobalorazioa biztanleriaren osasuna deskribatzeko indikatzaile sinplea eta oso indartsua da. Hala ere, ez da oso espezifikoa, eta nahiz eta arrisku-taldeak identifikatzeko ona izan, ez du balio hobekuntza-areak identifikatzeko. SF-36 indikatzaileak osasunaren zortzi dimentsio biltzen ditu, eta lehentasunezko atentzioko taldeak identifikatzen ezezik, hobekuntza-areak determinatzen ere lagunduko digu, bai eta bizitza-kalitatean eragin handiena duten osasun-arazoak determinatzen ere. Azkenik, ezgaitasunetik libre dagoen bizitza-itxaropena dugu, hilkortasuna eta ezgaitasun funtzionala indikatze adierazle. Ezgaitasun-neurriak adierazlerik objektiboenetariko bat dira, eta oso egokiak biztanleria ezberdinetan ondorioak konparatzeko eta biztanleriaren zerbitzu-beharrianak identifikatzeko. Beste abantaila bat ere badu: 1986tik aurrera hautemandako osasuna monitoriza dezakeela.

Atal honetako bigarren kapituluak, osasun mentala aztertuko da espezifikoki, bi indikatzailearen bidez. Lehenengoa osasun mentalaren adierazlea da, eta antsietate-eta depresio-sintomak neurtzen ditu. Bigarren indikatzaileak suizidioa ezagutzera hurbiltzen gaitu, suizidio-ideien azterketaren bidez.

Hautemandako osasunari eskainitako azken kapituluak, arazo kronikorik prebalenteenak eta asistentzia sanitarioa sortzen duten istripuak aztertzen dira.

III.1. Adierazle Orokorrak

Cecilia Anitua, Santiago Esnaola

Osasunaren autobalorazioa

Sarrera

Osasunaren autobalorazioa indikatzaile oso inportantea da biztanleriaren osasuna ezagutzeko. Pertsonak bere osasunari egiten dion neurketa globala islatzen du, aspektu subjektibo eta objektibo ezberdinak sintetizatzen ditu, eta informazio hori integratzen du, balio eta preferentzia indibidualak erabiliz. Zenbait azterlanetan erakutsi da osasunaren autobalorazioa ondokoekin asoziatuta dagoela: aitortutako morbiditate akutu eta kronikoarekin (Segovia et al 1989), diagnostikatutako morbiditatearekin (Idler 1990, Kaplan 1987) eta ezintasun funtzionalaren neurriekin (Segovia et al 1989). Gainera, morbiditatearen eta morbiditatearen ondoriozko hilkortasunaren aurreale ontzat hartuta dago, beste aldagai biologikoren eta osasun-aldagaiaren bidez kontrolatzen denean ere bai (Kaplan 1987, Mossey 1982, Idler 1991, Idler 1997). Indikatzaile pribilegiatua da biztanleriaren osasuna aztertzeke, onesten zaizkion fidagarritasunaz eta balioaz gain, erraz lortzeko abantaila duelako.

Atal honetako helburua da, beste osasun-indikatzaileekin osasunaren autobalorazioak duen erlazioa deskribatzea, hots, zerbitzu sanitario, osasunaren zenbait determinatzaile sozioekonomiko eta bizitza-ohiturekin duen erlazioa. Bai eta, 1992tik aurrera hautemandako osasunaren eboluzioa ere deskribatzea, klase sozialekiko erreferentzia berezia eginez.

Metodoak

Osasunaren autobalorazioa galdesorta indibidualean sartu zen, eta 16 eta gorako urtekoentzat lortu zen bakarrik. Lortzeko, item baten erantzunak erabili ziren. Item horren galdera hauze izan zen: Orokorrean, zure osasuna nolakoa da, oso ona, ona, normala, txarra ala oso txarra? Galdera horrek formulazio berbera izan zuen 1992an eta 1997an. Taldeen arteko konparazioak egiteko, datuak adinaren arabera estandarizatuta, zuzeneko metodoa erabiliz eta erreferentziatzat 1996ko erroldako biztanleria hartuta aurkeztu dira.

1997ko osasun-inkesta

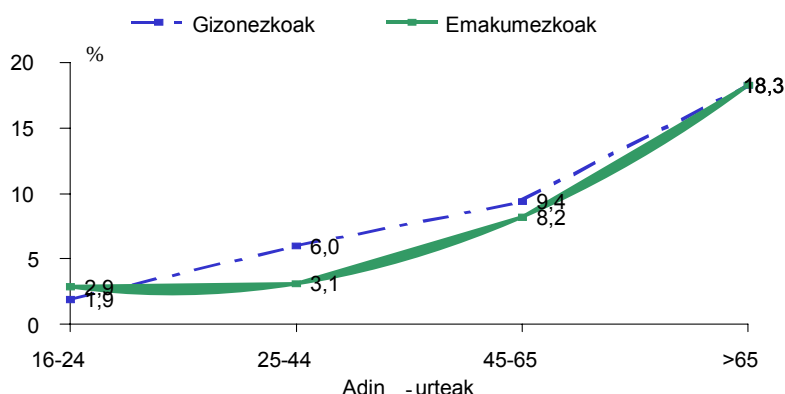
1997an 16 urtetik gorako euskaldunen %60ak osasun oso ona edo ona zuela aitortu zuen. Euskaldunen %7ak bakarrik aitortu zuen osasun txarra edo oso txarra zuela.

III.1.1 taula. Hautemandako osasuna, sexu eta adinaren arabera. 1997.

		OSO ONA		ONA		NORMALA		TXARRA		OSO TXARRA	
		% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria	% Biztanleria
Gizon.	16-24	29.8	47067	49.7	78330	18.2	28762	2.3	3570	.	.
	25-44	17.7	55804	49.5	156222	28.2	89065	4.5	14169	0.2	656
	45-64	9.7	23082	43.7	104200	35.8	85285	10.0	23789	0.8	1897
	>=65	7.5	9155	28.8	35103	47.5	57909	14.2	17361	2.0	2402
	GUZT.	16.2	135108	44.8	373855	31.3	261021	7.1	58889	0.6	4955
Emak.	16-24	23.6	34800	50.9	75129	22.1	32648	3.4	5042	.	.
	25-44	16.7	53610	53.3	171340	27.7	88853	2.2	7005	0.2	526
	45-64	9.2	23165	40.8	102955	42.7	107867	6.5	16424	0.9	2151
	>=65	7.2	12983	31.7	57013	43.1	77478	15.3	27572	2.6	4618
	GUZT.	13.8	124558	45.1	406437	34.0	306846	6.2	56043	0.8	7295
Biak	16-24	26.8	81867	50.3	153459	20.1	61410	2.8	8612	.	.
	25-44	17.2	109414	51.4	327562	27.9	177918	3.3	21174	0.2	1182
	45-64	9.4	46247	42.2	207155	39.4	193152	8.2	40213	0.8	4048
	>=65	7.3	22138	30.5	92116	44.9	135387	14.9	44933	2.3	7020
	GUZT.	15.0	259666	45.0	780292	32.7	567867	6.6	114932	0.7	12250

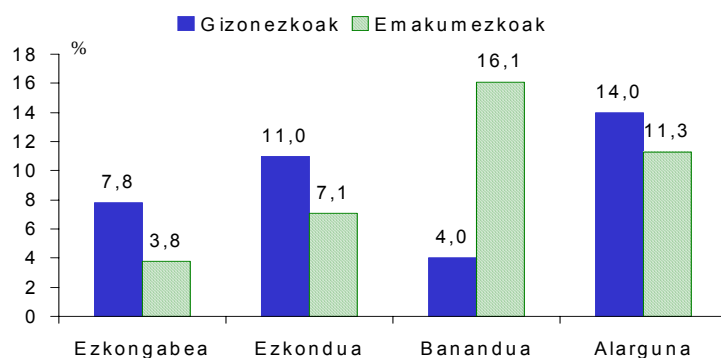
1997an emakumezkoek hautemandako osasun hobea izan zuten gizonezkoek baino; adinaren arabera egokitu ondoren, osasun txarraren prebalentzia emakumezkoetan %24 txikiagoa izan zen gizonezkoetan baino. Osasun txarra izateko probabilitatea gehitzen zihoan sexu bietan, adinak gora egiten zuen neurrian (III.1.1 irudia).

III.1.1 irudia. **Hautemandako osasun txarreko prebalentzia, adin eta sexuaren arabera, 1997.**



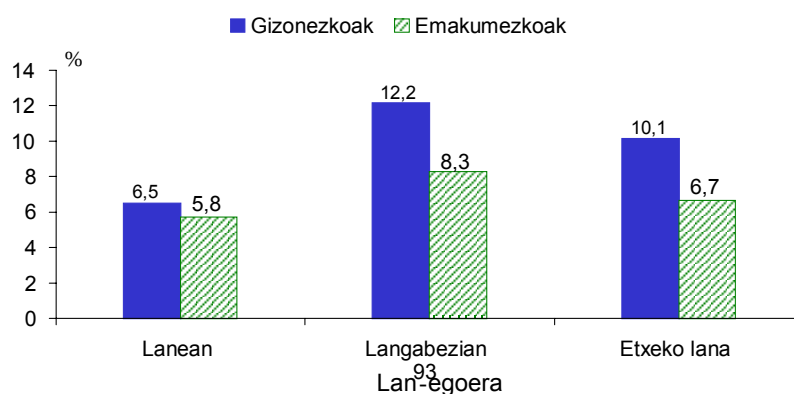
Emakumezkoen artean, bananduek eta dibortziatuak aurkeztu zuten hautemandako osasunik txarrena, eta ezkongabeek onena. Gizonezkoen artean, alargunek izan zuten osasunik txarrena (III.1.2 irudia).

III.1.2 irudia. **Hautemandako osasun txarreko prebalentzia, sexu eta egoera zibilaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta), 1997.**



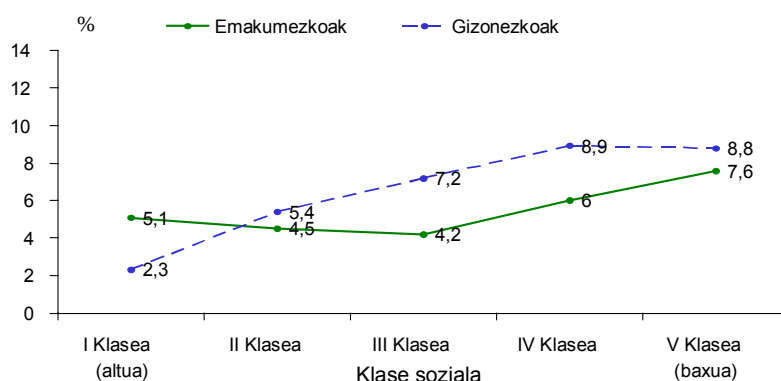
Sexu bietan, langabeek izan zuten hautemandako osasun txarreko prebalentziarik handiena (III.1.3 irudia).

III.1.3 irudia. **Hautemandako osasun txarreko prebalentzia, sexu eta lan-egoeraren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta), 1997.**



Garatutako herrialde guztietan bezala, hemen ere osasunean diferentziak daude, biztanleriaren maila sozioekonomikoaren arabera (Ilsey 1990, Regidor 1994): V klaseko pertsonen artean, osasun txarra izateko probabilitatea 2 bider handiagoa zen, I klaseko pertsonen artean baino (III.1.4 irudia).

III.1.4 irudia. Hautemandako osasun txarreko prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1997.



Beste osasun-neurketa batzuekiko erlazioa: zerbitzuen erabilera eta bizitza-ohiturak.

Beste azterlanetan gertatzen den bezala, oraingoan ere, osasun txarra aitortu zuten pertsonak beste indikatzaileen arabera txartoago baloratu zuten beren osasuna. Ezintasun iraunkorraren indikatzaileak ezarri zituen diferentziarik handienak hautemandako osasun txarra zutenen artean egon ziren (III.1.2 taula). Osasun txarra izateko probabilitatea 14 bider handiagoa izan zen ezintasun iraunkorra zutenen artean, ezintasun hori ez zutenen artean baino; 9 bider handiagoa arazo kronikoren bat izan zutenen artea; 6 bider handiagoa depresio- eta antsietate-sintomak zituztenen artean; eta 4 bider handiagoa jardueran murrizketa iragankorra izatea aitortu zutenen artean.

III.1.2 taula. Osasun-ind ikatzaileak, sexuko hautemandako osasunaren arabera, 1997.

	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	%	OE _ψ ((IC 95%))	%	OE _ψ ((IC 95%))
Murrizketa iragankorra				
Ez	6,2	1	5,4	1
Bai	20,5	3,9 (2,3 - 6,3)	18,7	4,1 (1,5 - 6,5)
Ezintasuna				
Ez	3,3	1	3,6	1
Bai	35,4	16,1 (11,0 - 29,8)	31,6	12,5 (8,5 - 18,5)
Araz. Kronikoak				
Ez	1,5	1	1,9	1
Bai	14,6	11,4 (6,9 - 20,2)	11,6	6,7 (4,3 - 11,1)
Osasun Mental Txarra				
Ez	4,5	1	3,5	1
Bai	26,0	7,4 (4,5 - 18,5)	17,9	6,0 (4,1 - 8,8)

ψ adinaren arabera egokituta

Zerbitzu sanitarioetara ere askoz ere sarriago joatea gertatu zen osasun txarra aitortu zutenen artean. Osasun txarra zuten pertsonak hiru bider gehiago kontsultatu zioten medikuari, eta larrialdietako zerbitzu batera joateko edo ospitale batean ingresatzeko probabilitatea hiru bider handiagoa izan zuten, osasun ona zutela aitortu zutenek baino.

III.1.3 taula. Zerbitzu sanitarioen erabilera, hautemandako osasunaren arabera.

	Mediku-kontsultak pertsonako/urteko	Larrialdi-atentzioa		Ospitalizazioak	
	Batezbestekoa	%	OE _ψ (IC 95%)	%	OE (IC 95%)
Osasun ona _ψ	6,9	6,8	1	6,5	1
Osasun txarra	21,1	14,4	2,6 (1,9 – 3,6)	19,6	3,1 (2,2 – 3,3)
Gizonezkoak					
Osasun ona _ψ	6,1	6,8	1	6,1	1
Osasun txarra	21,3	14,4	2,7 (1,7 – 4,0)	13,5	3,8 (2,4 – 5,8)
Emakumezkoak					
Osasun ona _ψ	7,6	6,1	1	6,3	1
Osasun txarra	20,8	13,5	2,6 (1,7 – 4,0)	14,5	2,4 (1,5 – 3,9)

ψ adinaren arabera egokituta

Osasun-inkestak zeharkako diseinua duenez, garrantzizko mugapenak ditu bizitza-ohituren eta osasun-mailaren arteko erlazioa baloratzerakoan. Izan ere, aztertzen diren fenomenoetan denbora-sekuentzia determinatzea ezinezkoa gertatzen da; gainera, osasunak portaera batean eragina izan dezake, eta aldi berean, portaera batzuek osasun-mailan eragina izan dezakete. Adibidez, tabako-kontsumoko kasuan, erretzen hasteko hala nolako osasun-maila bat eduki behar da, eta alderantziz, erretzeari uzteko pertsonen arrazoia tabakoarekin erlazionatutako edo ez erlazionatutako osasun-arazoak izatea izan daiteke. Horrela azaltzen da paradoxa hau: zeharkako inkesta baten datuen arabera, erretzaileek osasun hobea izatea ez erretzaileek baino; edo, erretzaile izandakoek osasun txarragoa izatea erretzaileek baino.

Osasun-inkestan, erretzaileen, larregizko edaleen eta denbora librean fisikoki aktiboak zirenen proportzioa txikiagoa izan zen osasun txarra izatea aitortu zutenen artean. (III.1.4 taula).

III.1.4 taula. Erretzaileen, larregizko edaleen eta aktiboen proportzioa, osasunaren balorazioaren arabera.

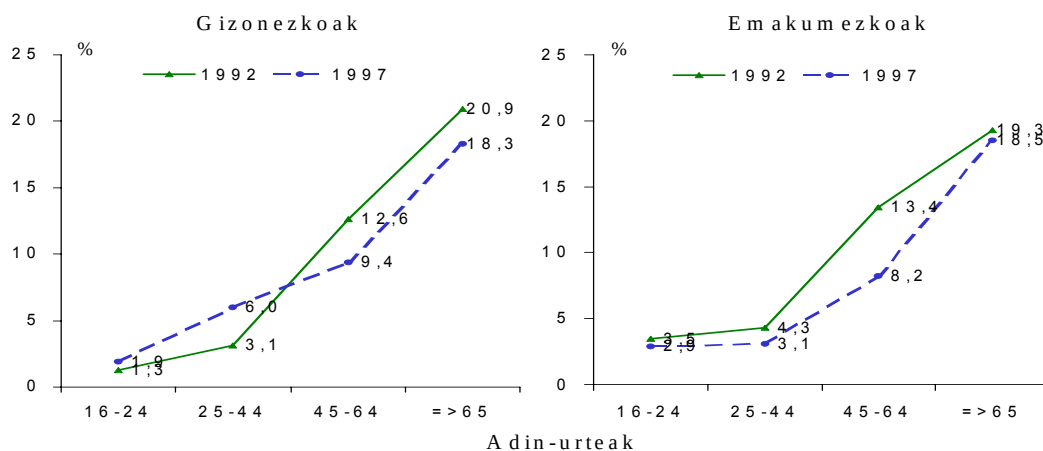
		Gizonezkoak		Emakumezkoak	
		Osasun ona	Osasun txarra	Osasun ona	Osasun txarra
Erretzailea	%	34,1	29,1	23,8	13,3
	OE ψ	1	1,0 (0,7-1,5)	1	1,1 (0,6-1,9)
Larregizko edalea	%	7,1	9,1	4,5	3,1
	OE	1	1,4 (0,7-2,5)	1	1,3 (0,4-3,2)
Aktiboak*	%	28,6	19,9	20,3	7,4
	OE	1	0,7 (0,4-1,0)	1	0,3 (0,2-0,6)

ψ Oportunitate Erlatiboa, erregresio logistikoko ereduen bidez lortutakoa, adinaren arabera egokituta;

1992tik 1997ra arteko eboluzioa

1992tik aurrera hobekuntza esanguratsua egon da biztanleriak hautemandako osasunean. 1992an, euskaldunen %8,6ak osasun txarra hauteman zuen; 1997an, berriz, %7,3ak. Hobekuntza hori argi azaldu zen emakumezkoetan, %9,4tik %7ra artekoa izan baitzen; gizonezkoetan, berriz, 45 urtetik gorakoetan bakarrik ikusi ziren aldaketa horiek, eta aldaketok gainera ez ziren izan estatistikaren aldetik oso esanguratsuak (III.1.5 irudia).

III.1.5 irudia. Hautemandako osasun txarraren prebalentzia, adin eta sexuaren arabera, 1992-1997.



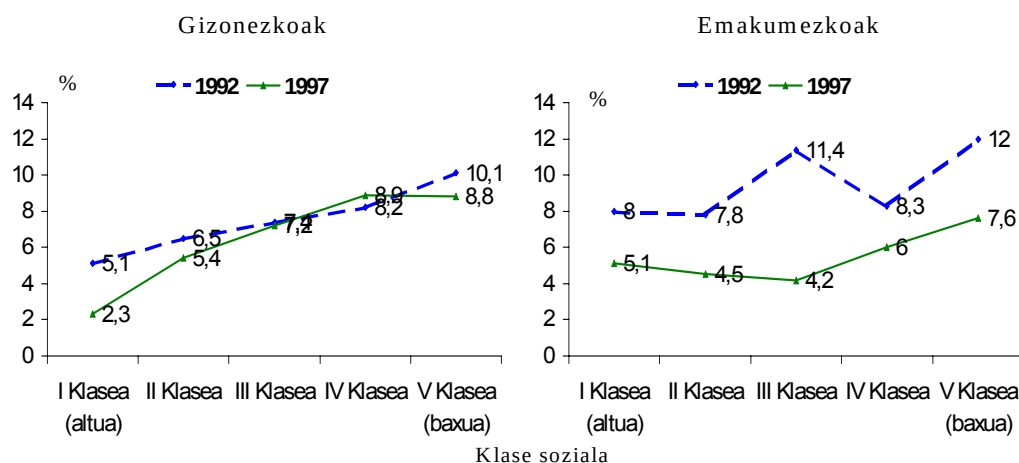
1992 eta 1997 urte bitartean, osasun txarra zutenak gutxitu ezezik, beren osasuna bikaintzat hauteman zutenak gehitu ere egin ziren; azken horiek %11tik %16ra pasa ziren. Hobekuntza hori gizonezkoetan eta emakumezkoetan, bietan, ikusi zen (III.1.5 taula) eta batez ere 16-24 urte bitarteko biztanlerian.

III.1.5 taula. Osasun oneko biztanleria, autobalorazio, adin eta sexuaren arabera, 1992-1997.

		Bikaina	Oso ona	Ona
Gizonezkoak	1992	12,1	55,7	32,2
	1997	17,6	48,6	33,9
Emakumezkoak	1992	10,4	54,0	35,6
	1997	14,9	48,6	36,5
Sexu biak	1992	11,3	54,8	33,9
	1997	16,2	48,6	35,2

Gizarte-diferentziei dagokienez, nahiz eta klase sozial guztietan osasunak balorazio hobea izan duen, gizarte-ezberdintasunak ez dira gutxitu eta emakumezkoen artean baino gizonezkoen artean handiagoak izaten jarraitzen dute (III.1.6 irudia).

III.1.6 irudia. **Hautemandako osasun txarraren prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera.**



Adierazle globala: SF-36a

Sarrera

SF-36a, osasun-galdesorta generiko bat da, eta erabilera indibidualerako eta kolektiborako diseinatuta dago. Bere kalitatea dela-eta gehien erabilitako osasun-adierazleetariko bat da; horregatik, adierazle horren bidez lortutako emaitzak bai maila nazionalean bai nazioartekoan konpara daitezke. SF-36a, praktika klinikoan erabiltzeko diseinatu zen, pazienteen bizitza-kalitatean osasun-arazoei eta tratamenduei dituzten ondorioak determinatzeko. Gainera, SF-36ak biltzen dituen biztanleria-balioak erabili dira elkarte batek hautemandako osasuna determinatzeko eta denboran zehar osasunak duen eboluzioa ikusteko, bai eta, elkarte bateko osasunean zerbitzu sanitarioen eragina orokorrean neurtzeko; hori guztia dela eta, balio handikoa da euskal biztanleriaren osasun-maila ezagutzeko.

Metodoak

SF-36a, 36 galderako galdesorta bat da; osasunaren osagai fisikoa eta mentala neurtzen ditu, ondoko zortzi dimentsioak oinarritzat hartuta: funtzio fisikoa (FF,10 item), rol fisikoaren mugapenak (RF,4 item), mina (GM,2), hautemandako osasun orokorra (OO,5), bizitasuna (BT,4), gizarte-funtzioa (GF,2), rol emozionalaren mugapenak (RE,3), osasun mentala (OM,5), denboran zeharkako osasun-aldaketa (1) (eranskina). Gaztelaniara balidatutako bertsio bat erabili da, bertsio horren barne-tinkotasuna eta erreproduzibilitatea onargarriak baitziren eta jatorrizko lanabesak zituenekin berdintsuak baitziren (Alonso, 1995).

Neurri horrek, bere zortzi eskalak osagai fisiko batean eta beste mental batean eranstea uzten du. Osagai horien kalkulua, gomendatuko gomendioei eta beren sortzaileen deskribapenari jarraituz egin zen (Ware, 1993). Erabilitako metodoa haxe izan zen: 36 itemak ponderatu ziren balio bat lortzeko, eta balio 0tik (balio txarrenetik) 100era (baliorik onenera) arteko eskala batean eraldatu zen. Horretarako, zortzi azpieskala bakoitzeko batezbesteko puntuazioak lortu ziren, eta analisi

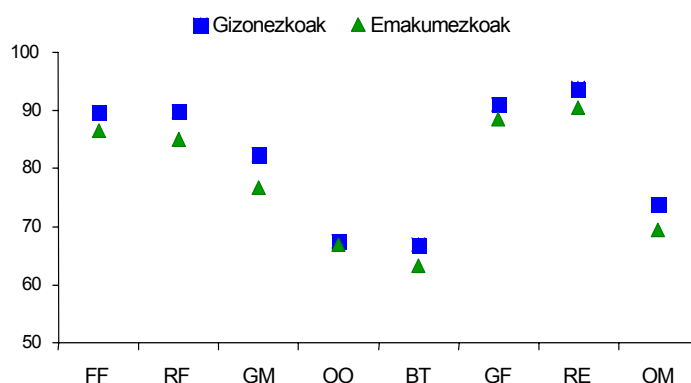
faktoriala egin zen (errotazio ortogonaleko osagairik printzipalenak aztertuz). Zortzi eskala guztiak normalizatu ziren biztanleria osoaren batezbestekoa eta desbiderapen tipikoa erabiliz. Puntuazio normalizatu bakoitza lortzeko kenketa bat egin zen, hots, puntuazio indibidual bakoitzari batezbesteko puntuazioa kendu zitzaion. Eskala bakoitzerako balioak kalkulatu ondoren, osagai fisikoaren eta mentalaren balio erantsiak kalkulatu ziren. Osagai fisikoari dagokionez, eskala bakoitzaren balio normalizatua bere pisua bider biderkatu zen (pisu hori faktoreen analisitik atera zelarik); gauza bera egin zen osagai mentaleko balioei dagokienez. Azkenik, balio horiek estandarizatu egin ziren t puntuazio baten arabera; t puntuazioaren neurria 50ean ezarri zen eta desbiderapena 10ean. Prozedura hori bere sortzaileek xehe-tasun handiagoaz azaldu dute (Ware, 1993).

Atal honen helburua da hautemandako osasunean ezaugarri soziodemografiko-koen erlazioa deskribatzea, osasun kontzeptuak biltzen dituen dimentsio ezberdinak kontuan hartuta. Halaber, patologia sarrienetarikoz batzuek bizitza-kalitatean duten eragina ere deskribatu eta konparatu nahi da.

1997ko osasun-inkesta

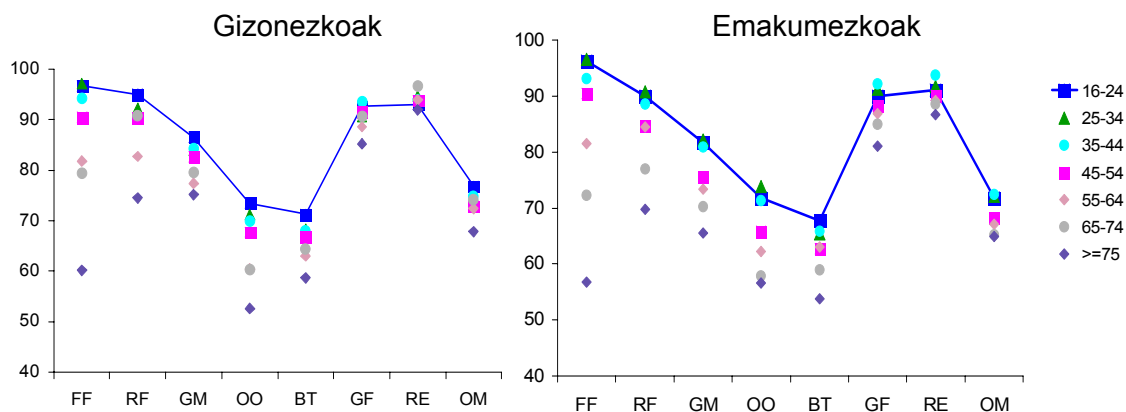
Emakumezkoek balio apur bat txikiagoak izan zituzten gizonezkoek baino eskala guztietan, hautemandako osasun orokorrean izan ezik. Minaren (GM) eta osasun mentalaren (OO) eskaletan gertatu ziren diferentzia erlatiborik handienak gizonezkoen eta emakumezkoen artean (III.1.7 irudia).

III.1.7 irudia. **SF-36aren zortzi eskaletako batezbesteko balioak, sexuaren arabera.**



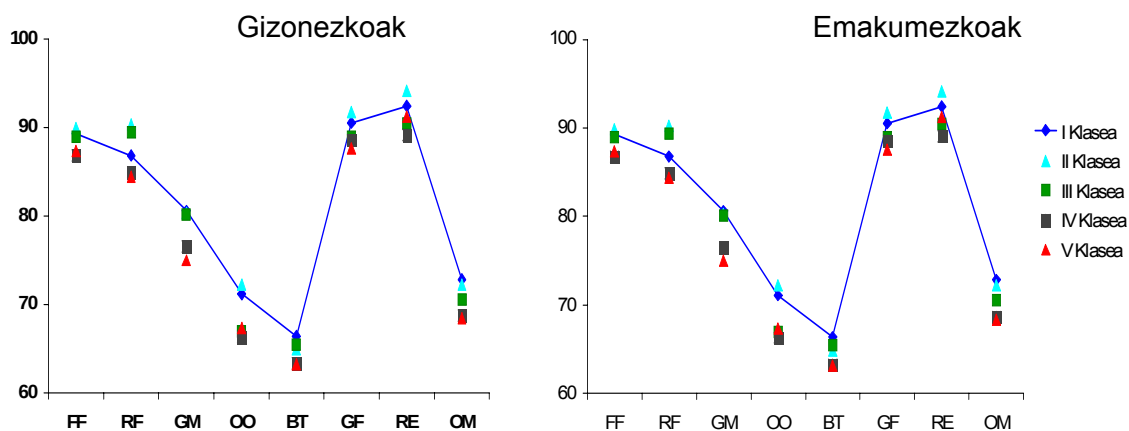
Azpieskala gehieneko puntuazioak handiagoak (hobeak) izan ziren gazteen artean. Dimentsio gehienetan puntuazioen adinaren arabeko gradientea monotonikoa izan zen eta nabariagoa funtzio fisiko, osasun orokor eta bizitasunaren eskaletan. Emakumezkoetan, azpieskala horietaz gain, gorputz-minean adinaren arabeko gradientea nabariago agertu zen gizonezkoetan baino. Rol emozionaleko eskalan eta gizarte-funtzioko eskalan agertu ziren adinaren arabeko diferentziarik txikienak (III.1.8 irudia).

III.1.8 irudia. Adinaren arabera SF-36ren eskalak.



Klase sozial faboratuenean balio hobeak lortu zituzten ia azpieskala guztietan. Gizarte-diferentziak handiagoak izan ziren gizonezkoetan emakumezkoetan baino. Gizonezkoetan gizarte-gradiente argiena ondoko eskaletan agertu zen: funtzio fisikoan, gorputz-minean eta osasun orokorrean; diferentziarik nabariena 45-64 urte bitarteko pertsonen artean ikusi zirelarik. Emakumezkoetan, gradiente oso argia zegoen minaren, osasun orokorraren eta osasun mentalaren azpieskaletan (III.1.9 irudia).

III.1.9 irudia. SF-36aren zortzi eskaletako batezbesteko balioak, klase sozialaren arabera (adinaren arabera estandarizatuta).

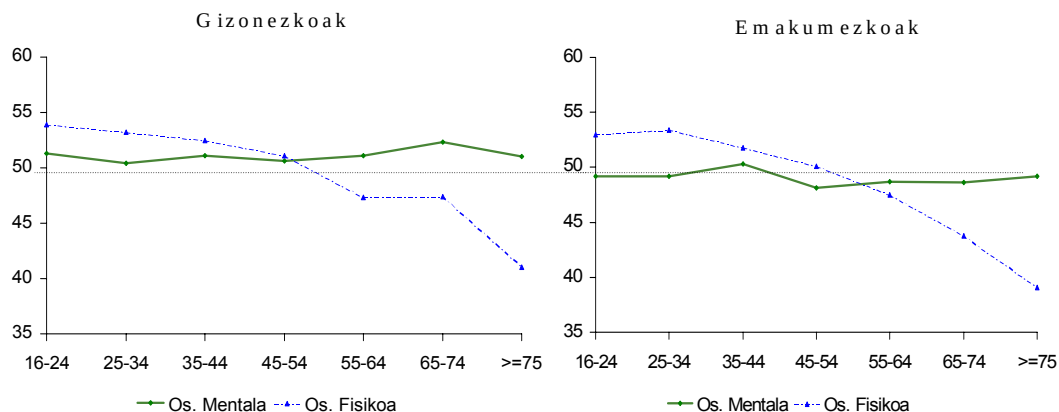


bera (adinaren arabera estandarizatuta).

Laburpen-adierazleak: osasun fisiko eta mentalaren osagaiak

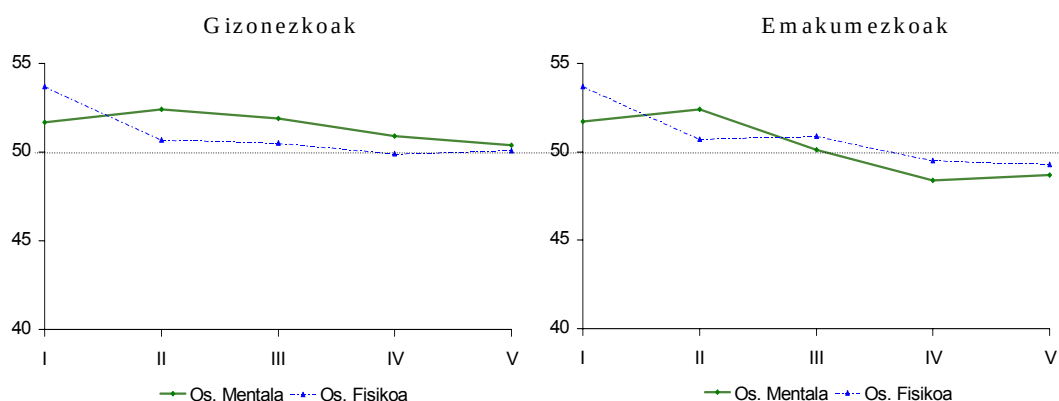
Zortzi eskalak bi laburpen-adierazletan erants daitezke. Bi adierazle horiek osagai fisikoari eta osagai mentalari dagozkie. Adierazle horiek gradiente monotono bat agertu zuten adinaren arabera osagai fisikoan sexu bietan. 16-54 urte bitarteko biztanleriaren balioak biztanleriaren batezbestekoaren gainetik egon ziren; eta ebaketa horretatik aurrera balioak txikiagoak izan ziren. Osasun mentalaren osagaiari dagokionez, adin guztietako gizonezkoak batezbestekoaren gainetik egon ziren eta emakumezkoak, berriz, beherago. Harrigarriena zera izan zen: osagai mentalean adinaren arabera gradiente ez egotea (III.1.10 irudia).

III.1.10 irudia. SF-36ren osagai fisikoa eta osagai mentala, adinaren arabera.



Gizarte-diferentziak adierazle horietan txikiak izan ziren. Gizonezkoetan klase guztietan bi adierazleen balioak biztanleriaren batezbestekoaren gainetik egon ziren; emakumezkoetan, berriz, I eta II klaseetako emakumezkoetan bakarrik egon ziren balioak biztanleriaren batezbestekoaren gainetik edo parean (III.1.11 irudia).

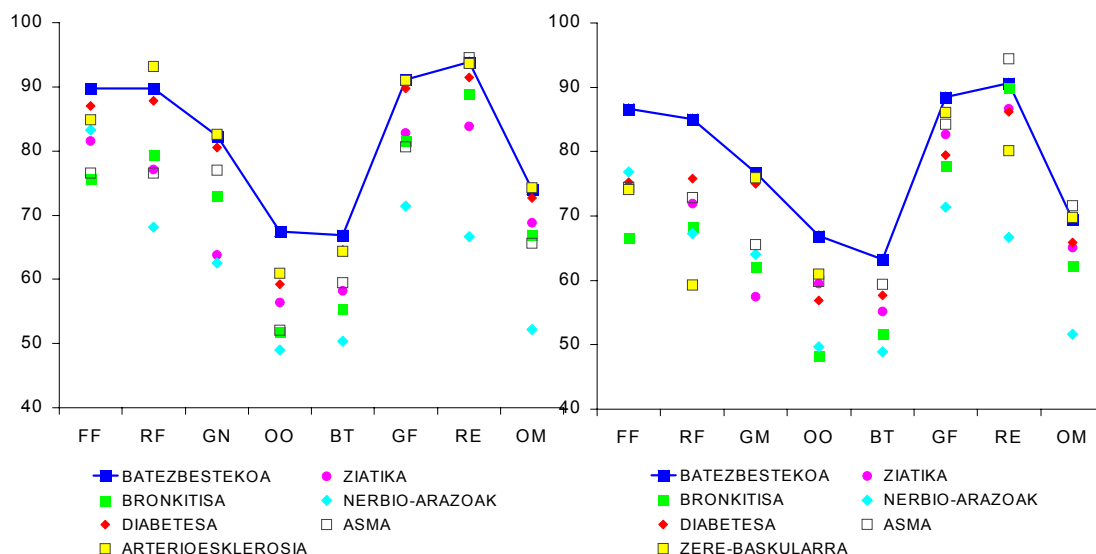
III.1.11 irudia. SF-36ren osagai fisikoa eta osagai mentala, klase sozialaren arabera.



Bizitza-kalitatean patologiek duten eragina

Asmak edo bronkitisak jotako pertsonak osasun-dimentsio guztietan afektatuta zeuden, baina batez ere dimentsio fisikoarekin erlazionatutako aspektuetan. Arazo horien ondorioak emakumezkoetan handiagoak izan ziren gizonezkoetan baino. Min osteomuskularrek edo ziatikak jotako pertsonak ia eskala guztietan, egoera emozionalarekin erlazionatutako eskaletan izan ezik, afektatuta zeudela aitortu zuten. Diabetesa zuten pertsonak osasun orokorraren eskaletan zeuden afektatuta batez ere. Oro har, pertsona horien bizitza-kalitatean eragina txikia izan zen. Osasun mentaleko arazoak zituzten pertsonak izan ziren beren osasuneko area gehiago afektatuta zutenak (III.1.12 irudia).

III.1.12 irudia. Biztanleria-balioak eta osasun-arazoak dituen biztanleriaren balioak (adinaren arabera egokituta)



Bizitza-itxaropena eta Ezintasun Funtzionala

Ezintasunik gabeko bizitza-itxaropena kalkulatzeko hauek konbinatu dira: bizitza-taula (Chiang, 1984) 1997ko hilkortasunari buruzko datuetan oinarrituta, eta ezintasunaren prebalentzia, 1997ko Osasun-inkestaren datuak kontuan harturik estimatuta (Sullivan 1971, Colvez 1983).

1997an erregistratutako heriotzen datuak eta Osasun-inkestan ezintasunari buruz lortutako datuak konbinatuz, posible izan da zera estimatzea: emakumezkoak, jaiotzean guztira duten bizitza-itxaropeneko 83,3 urteetatik, batezbeste 71,3 urte bizi izan direla ezintasunik gabe. Gizonezkoetan, jaiotzean bizitza-itxaropena 75,2 urtekoa izan zen, horietatik 65,1 izan ziren ezintasunik gabekoak. Beraz, gizonezkoak baino emakumezkoak urte gehiago bizi arren, ezgaituta ere denbora gehiago bizi dira.

Ezintasun funtzionala

Sarrera

Biztanleria orokorraren osasuna neurtzeko dauden dimentsio ezberdinen artean gehien erabiltzen direnak egoera funtzionalean oinarritzen dira. Egoera funtzionalaren neurketak adierazlerik objektiboenak eta komenigarrienak dira, biztanleria ezberdinetan osasun-arazoen ondorioak konparatzeko, eta osasun-zerbitzuen beharrezakoa identifikatzeko (McWhinnie 1982, Wilkin 1992). Arazo kronikoen sarrieraren gehikuntza dela-eta, enfasi gehiago ipini behar izan da gaixotasunen eragina ebaluatzen eta ezartzen, bizimodu normala egiteko pertsonen ezintasunaren murrizketa-terminoetan. Horrela bada, pertsona sanotzat hartzen da, nahi edo behar dituen gauzak egiteko fisikoki eta mentalki gai den pertsona. Euskal osasun-inkestan 1986tik aurrera ezintasun funtzionalaren bi indikatzaile-mota biltzen dira: jardueraren behin-behineko murrizketa eta ezintasun iraunkorra.

Metodologia

Behin-behineko murrizketak morbiditate akutuen ondorioak islatzen ditu. Osasun-inkestan, ea inkestaren datatik aurreko bi asteetan osasun-arazoren batek

jarduerak ohiko mailatik behera murriztu zituen galdetu zen (ohean geratzea, etxeko lanak murriztu beharra, ikastetxera edo lanera ez joatea). Bai eta, zenbat izan ziren ezintasun-egunak, eta zein osasun-arazok sortu zuen jardueren murrizketa ere galdetu ziren. Galdera horiek 1986tik aurrera formulazio berberaz familia-galdesortan sartu ziren eta lagin guztiari egin zitzaizkion.

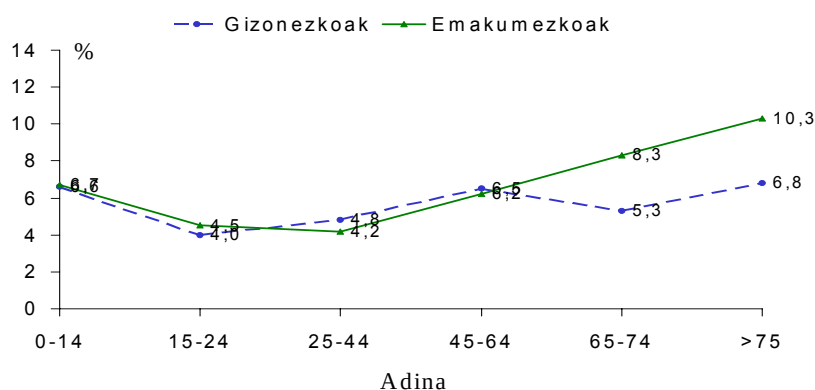
Ezintasun iraunkorrak islatzen ditu morbiditate kronikoak eta ezgaitasunek gaitasun funtzionalean dituzten ondorioak. Inkestatuaren adinaren arabera hiru galdera ezberdin egin ziren, pertsona bere adin eta sexuko funtzio normalak egiteko gai zen ala ez determinatzeko (eranskina). Bildutako informazioari jarraituz, biztanleria lau talde handitan sailkatu zen, hona hemen taldeok: jarduera printzipal bat egiteko ezindua; jarduera printzipal bat egiteko mugatua; beste jardueretarako mugatua; eta mugarik gabekoa. Atal horretan ere bildu ziren beste galdera batzuk: eguneroko bizimoduan oinarritzko jarduerak egiteko asistentzia-beharrianik zegoen ala ez (jateko, janzteko, bainatzeko...) edo bizitza independentea egiteko jarduerak beharrianik zegoen ala ez (arazo ekonomikoetarako, paper-kontugetarako, erosketak egiteko...). azkenik, atal honetan mugapenaren osasun-arazo sortzailea zein izan zen galdetu zen. Oro har, aztertutako indikatzailea hauxe izan da: edozein mugapen sortu duen osasun-arazoa egotea.

Jardueraren behin-behineko murrizketa.

1997ko osasun-inkesta

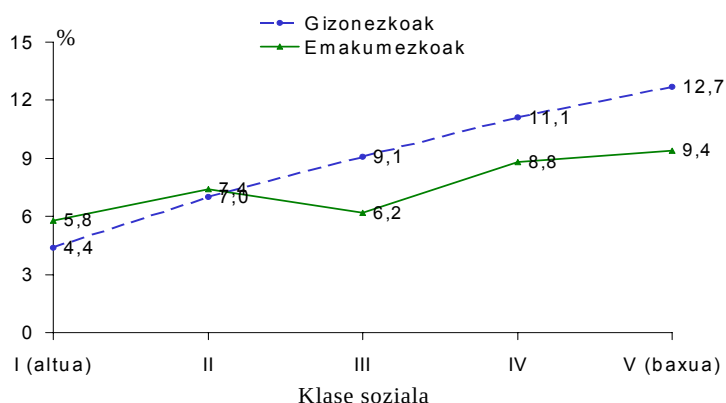
1997an, pertsonen %6ak aitortu zuen hamabost egunetik hamabost egunera bere ohiko jarduerak murriztu zituela osasun-arazo batengatik. Ez zen egon esateko diferentziarik gizonezkoen (%5,5) eta emakumezkoen (%5,9) artean.

III.1.13 irudia. Jardueraren behin-behineko murrizketa-prebalentzia, adinaren arabera. 1997.



1997an, ekonomiaren aldetik gutxien faboratutako pertsonetan gertatu zen jardueraren behin-behineko murrizketa-prebalentziarik handiena. Gizarte-diferentzia horiek nabariagoak izan ziren gizonezkoetan.

III.1.14 irudia. **Jardueraren behin-behineko murrizketa-prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1997.**



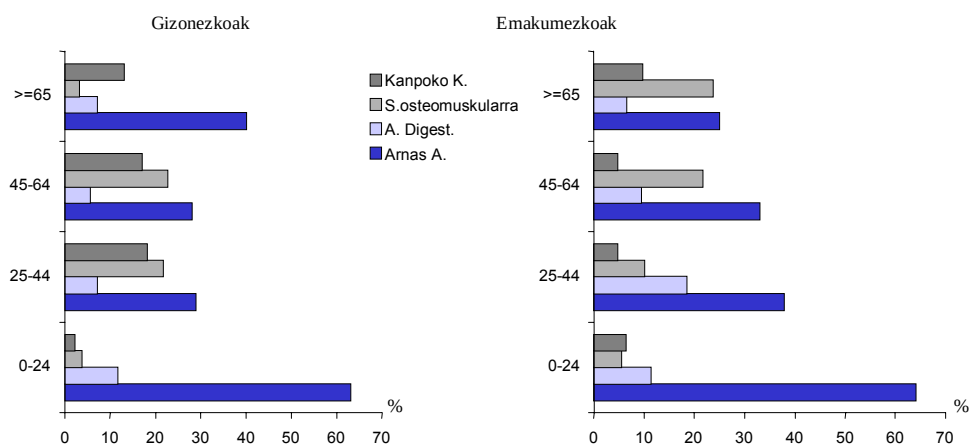
Pertsona bakoitzak, batez beste, urtean 7 egunetan murriztu zituen bere ohiko jarduerak; murrizketa-egun kopurua gehitu egin zen adinak gora egin zuen neurrian; eta 45 urtetik gora gizonezkoek murrizketa-egun gehiago izan zuten emakumezkoek baino (III.1.6 taula).

III.1.6 taula. **Jardueraren behin-behineko murrizketa-egunen batezbestekoa, adin eta sexuaren arabera, 1997.**

	0-	15-24	25-44	45-64	65-74	75 eta +	Totala
Gizonezkoak	4.1	5.4	7.3	8.2	8.4	9.8	7.1
Emakumezkoak	4.2	5.4	5.9	7.4	8.1	8.5	6.6
guztira	4.2	5.4	6.7	7.8	8.2	8.9	6.9

Jardueraren behin-behineko murrizketa sarrien sortu zuten arazoak, arnas arazoak, sistema osteomuskularreko arazoak eta istripu-lesioak izan ziren. Sexu bietako gazteen artean, digestio-arazoak izan ziren bigarren murrizketa-zergatia, eta 45 urtetik gora, arazo osteomuskularrak eta arnas arazoak parean daude, behin-behineko murrizketa-zergatia izatean (III.1.15 irudia).

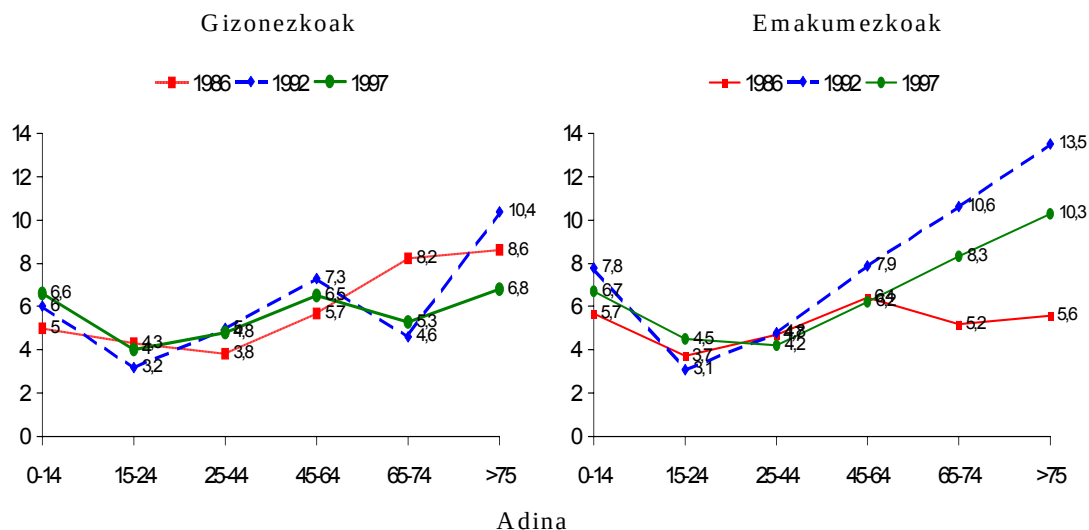
III.1.15 irudia. **Behin-behineko murrizketa sortzen duten osasun-arazoak, adinaren arabera, 1997.**



1986tik 1997ra arteko eboluzioa

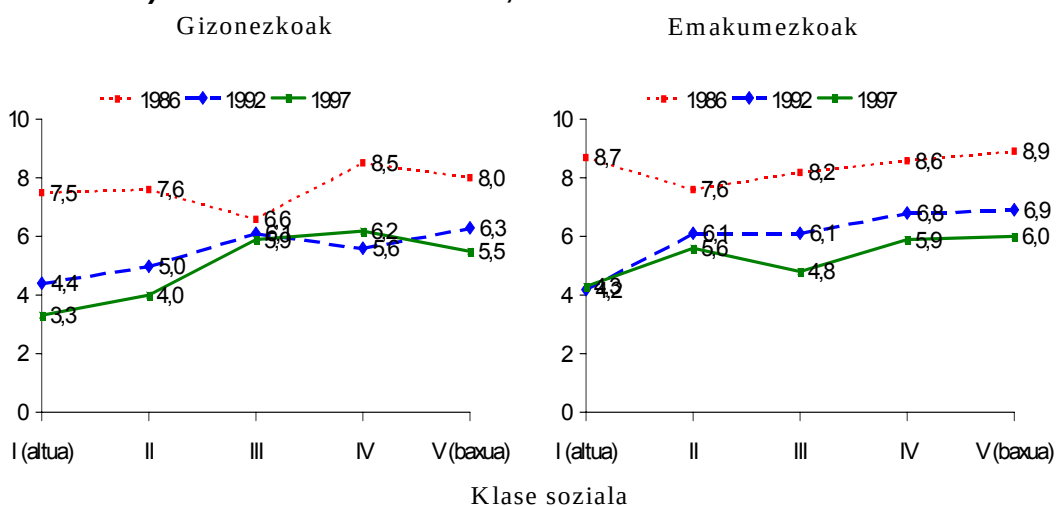
Gizonezkoetan, jardueraren behin-behineko murrizketak 1986tik aurrera izan duen eboluzioa antzekoa izan da adin-talde guztietan. Emakumezkoetan, ordea, eboluzioa ezberdina izan da 65 urtetik gorakoetan, 1986 urteari dagokionez gehitu egin baita, eta 1992 urteari dagokionez, berriz, gutxitu (III.1.16 irudia).

III.1.16 irudia. **Jardueraren behin-behineko murrizketa-prebalentzia, adinaren arabera, 1986-1992-1997**



Indikatzaile horren klase sozialaren arabeko eboluzioa aldatu egin da denboran zehar. 1986tik 1992ra arte gizarte-diferentziak gehitu egin ziren sexu bietan, eta 1997an diferentzia horiek gizonetzkoetan mantendu egiten dira, eta emakumezkoetan gutxitu egin direla dirudi (III.1.17 irudia).

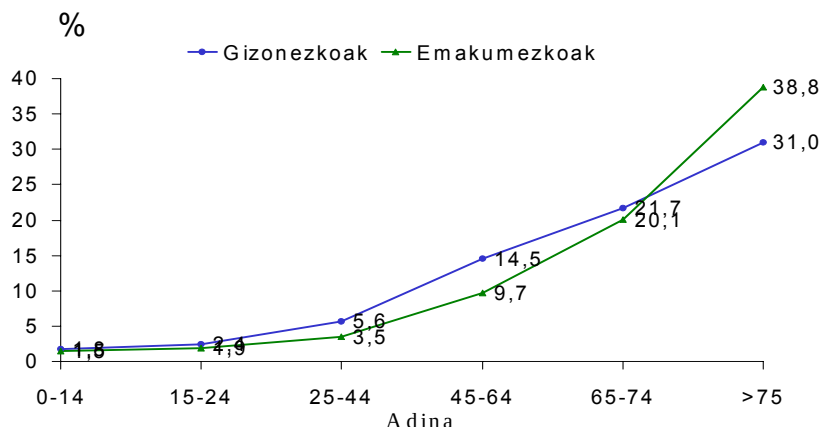
III.1.17 irudia. **Jardueraren behin-behineko murrizketa-prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1986-1992-1997.**



Ezintasun funtzionala

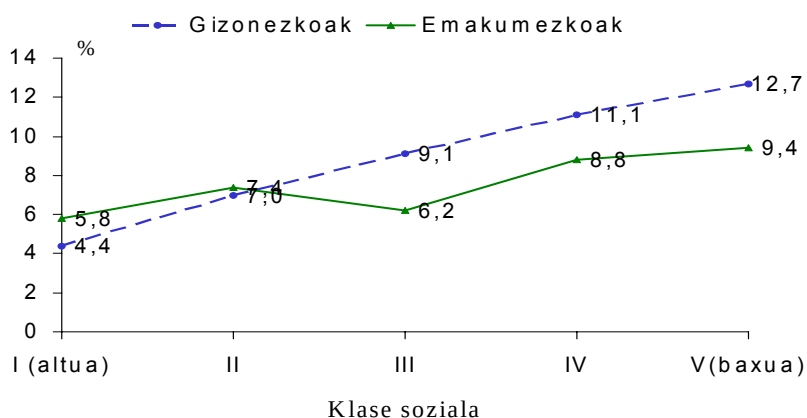
1997an pertsonen %9ak aitortu zuen bere gaitasun funtzionala mugatzen zuen osasun-arazoren bat zuela. Pertsona mugatuen kopurua gehitzen joan zen adinak gora egiten zuen neurrian: 65 urtetik gorakoetan prebalentzia hamar bider handiagoa izan zen 25 urtetik beherakoetan baino.

III.1.18 irudia. **Jarduerarako ezintasun iraunkorraren prebalentzia (%), adinaren arabera.**



Ekonomiaren aldetik faboratuenen artean askoz ere ezintasun gutxiago gertatu zen gutxien faboratutakoen aldean. I klase sozialeko (altuko) pertsonen ezintasun funtzionala izateko %50eko probabilitate txikiagoa izan zuten V klasekoek (baxukoek) baino. Gizarte diferentziak gizonezkoetan handiagoak izan ziren emakumezkoetan baino (III.1.19 irudia).

III.1.19 irudia. **Ezintasun iraunkorraren prebalentzia (%), klase sozialaren arabera (adinaren arabera estandarizatuta), 1997.**



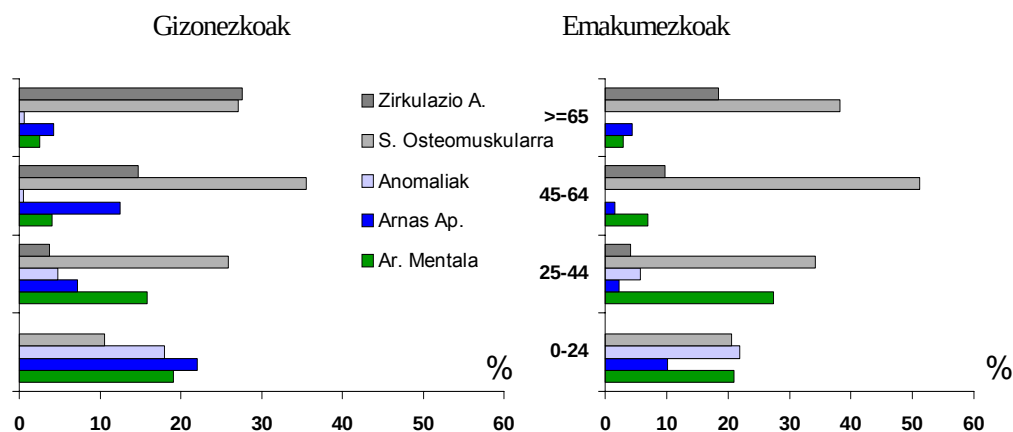
1997an 70 urtetik gorakoen %12ak aitortu zuen oinarrizko beharrak egiteko laguntza behar zuela: jateko, bainatzeko nahiz dutxatzeko, edo janzteko. 70 urtetik gorakoen %15ak eta 80 urtetik gorakoen laurdenak behar izan zuten laguntza bizitza independentea egiteko: arazoak konpontzeko, paper-arazoak eramateko, erosketak egiteko edo etxeko lanak egiteko.

III.1.7 taula. **Oinarrizko lanak egiteko eta independente bizitzeko laguntza behar duten 70 urtetik gorakoen proportzioa, 1992-1997.**

	Oinarrizko lanak		Independente bizitzea	
	1992	1997	1992	1997
Gizonezkoak	11,5	11,5	8,2	8,2
Emakumezkoak	15,3	12,3	17,7	17,1
Sexu biak	13,9	12,0	14,0	13,7

Ezintasun iraunkorra sortu zuten osasun-arazoak ezberdinak izan ziren adinaren eta sexuaren arabera. 24 urtetik beherako gizonezkoen artean, ezintasuna sortu zutenak hauek izan ziren: arnas arazoak, arazo mentalak eta sortzetiko anomaliak. 65 urtetik gorakoen artean, ordea, hauek: zirkulazio-aparatuko arazoak eta sistema osteomuskularrekoak (III.1.20 irudia). Emakumezkoen artean, berriz, arnas arazoengatiko ezintasuna gutxiagotan gertatu zen gizonezkoetan baino, eta sistema osteomuskularreko arazoengatiko ezintasuna sarriagotan.

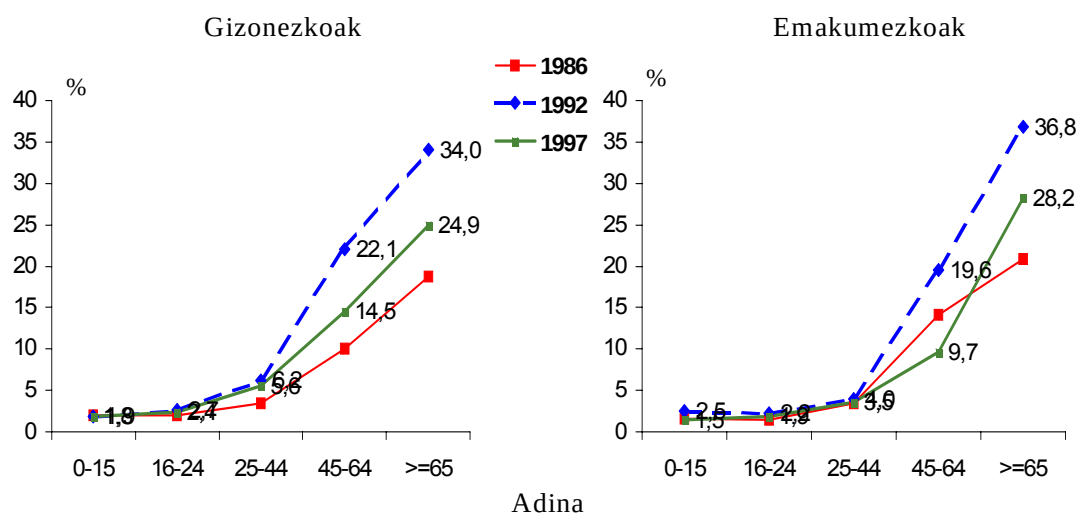
III.1.20 irudia. **Jardueraren ezintasun iraunkorra sortzen duten osasun-arazoek portzentaje-banaketa, adinaren arabera.**



1986tik 1992ra arteko eboluzioa

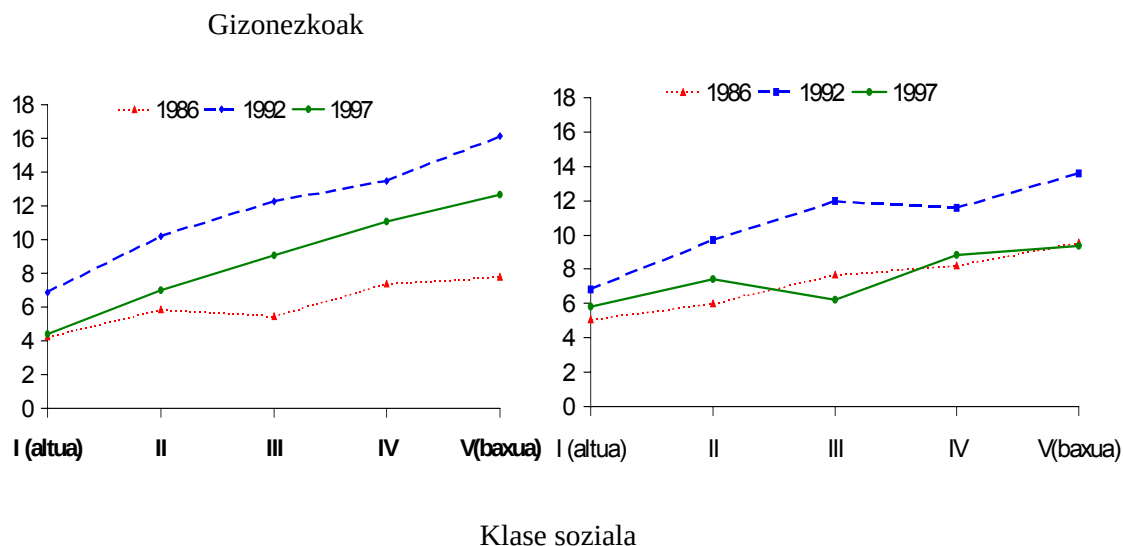
1986tik 1992ra arte ezintasun iraunkorra gehitu egin zen sexu bietan eta batez ere 45 urtetik gorakoetan. Gehikuntza handiagoa izan zen gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino. 1992tik aurrera, ezintasun iraunkorra murriztu egiten da, 1986ko mailatik apur bat gora egin duelarik (III.1.21 irudia).

III.1.21 irudia. **Jardueraren ezintasun iraunkorraren prebalentzia (%), adinaren arabera**



Klase sozialaren arabera ere eboluzio ezberdina izan zuen. 1986tik 1992ra arte, gizarte-ezberdintasunak gehitu egin ziren sexu bietan, baina 1992tik aurrera diferentzia horiek mantendu egiten direla dirudi. (III.1.22 irudia).

III.1.22 irudia. **Ezintasun iraunkorraren prebalentzia (%), klase sozialaren arabera (adinararen arabera estandarizatuta), 1986-1992-1997.**



Ondorioak

Kapitulu honetan hiru adierazle-mota (autobalorazioa, SF-36a eta ezintasun-indikatzaileak) aurkeztu dira. Eta nahiz eta adierazleok osasunaren aspektu ezberdinak neurtzen dituzten, hirurona diren seinale batzuk identifika daitezke. Euskal biztanleriaren osasunak onera egin du azken urteetan. Hautemandako osasunak, ordea, txarrera, adinak gora egiten duen neurrian. Klase sozial faboratuenetako pertsonak osasun hobea dute gainerakoek baino. Osasunaren gizarte-ezberdintasunei dagokienez, gizonezkoen artean daudenak mantendu egin dira, eta badiro emakumezkoetan gutxitu egin direla.

Adierazleen banan banako azterketak azpimarratzeko moduko zenbait aspektu azaltzen dizkigu. Osasunaren autobalorazioa hobetu egin da 1992tik aurrera, batez ere emakumezkoen osasunak onera egin duelako. Osasunaren autobaloraziko indikatzailearen arabera, 1997an emakumezkoen osasuna gizonezkoena baino hobea ezezik, beren osasunaren eboluzioa positiboagoa ere izan da.

SF-36aren emaitzen arabera, gizonezkoek balio hobeak izan zituzten emakumezkoek baino, gorputz-mina eta osasun mentala neurtzen dituzten eskaletan. Gainera, ikusten denez, osasun-arazoen ondorio ezberdinak izan zituzten pertsonen bizitza-kalitatean; eta ondorio horiek sexuaren arabera ere ezberdinak izan ziren. Nabarmen agertzen da osasun mentaleko arazoen bizitza-kalitatean izan zuten eragina.

Ezintasunik gabeko bizitza-itxaropenak erakusten digu emakumezkoak urte gehiago bizi direla; baina gainerako urte horien bizitza-kalitatea ez dela ona. Ezintasunaren prebalentzia gizonezkoetan handiagoa izan zen emakumezkoetan baino 65 urteetara arte, hau da, lan-adina bete arte. Gizonezkoen lan-kondizio fisiko txarragoak izan daitezke haien osasun txarragoaren zergatia, baina, gizonezkoek behar bada, ezintasun funtzional gehiago aitortzen dute, beren lanak gaitasun fisiko

handiagoak eskatzen dituelako. Emakumezko batek arazo osteomuskular bat izanda ere, ia ez du izango mugapenik zeregin bat hautatzeko; gizonezko batek, ordea, arazo berbera izanez gero, guztiz mugatuta aurkituko da. Azalpen hori indikatzaile honetan ikusitako gizarte-diferentziei ere aplika dakieke.

Beharrezkoa da gure elkarteko osasunaren determinatzaileak ondo ezagutzea. Osasun-inkesta informazio-iturri garrantzitsuenetariko bat da, aspektu hori argitzeko; izan ere, inkestaren bidez jakingo dugu zeintzuk diren hautemandako osasunaren aldagetak determinatzen dituzten faktoreak. Zentzu horretan, hautemandako osasunean gizonezkoen eta emakumezkoen artean dauden diferentziak, bai eta emakumezkoen osasun-indikatzaileetan agertutako sekulako hobekuntza ere, arreta bereziaz hartu beharko dira kontuan etorkizuneko azterlanetan.

Erreferentziak

1. ALONSO J, PRIETO L, ANTÓ JM. *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Med Clin (Bar) 1995;104:771-776.
2. BELLEROSE C, LAVALLÉE C, CHÉNARD L ET LEVASSEUR M. SANTÉ QUÉBEC. *Et la santé ça va en 1992-1993?*. Ministère de la Santé et des services sociaux, Publications Québec 1993.
3. CLEARY PD, EPSTEIN AM, OSTER G. *Health-related quality of life among patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty*. Medical Care 1991; 29:939-950.
4. COLVEZ A, BLANCHET B. *Potential gains in life expectancy free of disability: a tool for health planning*. Int J epidemiol 1983;224-229.
5. CHIANG CI. *The life table and its applications*. Malabar, Florida. Robert E Krieger Publishing Company 1984.
6. OSASUN SAILA. *Plan de Salud. Proyectos Osasuna Zainduz*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. 1994.
7. EMOND A, GUYON L, CAMIRAND F. *Et la santé ça va?. Rapport de l'enquête de Santé Québec 1987*. Ministère de la Santé et des services sociaux, Publications Québec 1988.
8. ERICKSON P, KENDALL EA, ANDERSON JP, KAPLAN RM. *Using composite health status measures to assess the nation's health*. Medical Care 1989; 27: S66-S67.
9. IDLER E, BEYAMINI Y. *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies*. J of Health and Social Behavior 1997; 38: 21-37.
10. IDLER EL, KASL S. *Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality?*. Journal of Gerontology 1991;46: S55-S65.
11. IDLER EL, RONALD JA. *Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic follow-up study*. AJPH 1990;80:446-452.
12. KAPLAN SH. *Patient reports of health and mortality; a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort*. American Journal of Epidemiology 1983;117:292-304.
13. MCWHINNIE. *Mesure de L'incapacité*. Organisation de coopération et de développement économiques. OCDE. Paris 1982.
14. MOSSEY JM, SHAPIRO E. *Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly*. American Journal of Public Health 1982;72:800-808.

15. REGIDOR E, GUTIERREZ FISAC JL, RODRIGUEZ C. *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid 1994. Diaz de Santos.
16. SEGOVIA J, BARTLETT RF, EDWARDS AC. *An Empirical analysis of the dimensions of health status measures*. Soc Sci Med 1989; 29:761-768.
17. SULLIVAN DF. *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Reports 1971;86:347-354.
18. WANNAMETHEE G AND SHAPER AG. *Self-assessment of health status and mortality in middle-aged british men*. International Journal of Epidemiology 1991;vol 20, no.1:239-245.
19. WARE JE, SHERBOURNE CD. *The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection*. Med Care 1992; 30: 473-483.
20. WARE JE, SNOW KK, KOSINSKI M, GANDEK B. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
21. WILKIN D, HALLAM L, DOGGETT MA. *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford medical publications 1992.

III.2. Osasun mentala

Cecilia Anitua

Sarrera

Azken urteetan osasun mentalean eta biztanleriak egiten zion gizarte-balorazioan funtsezko aldaketak egon dira. Osasun mentalaren eta ongizate emozionalaren gizarte-ikuspuntu berri horrekin batera joan dira asistentzia-eskariaren gehikuntza eta asistentzian gertatu diren funtsezko aldaketak. Laurogeiko hamarkada-erditik aurrera asistentzia psikiatrikoan eraldaketa sakonak ikusten ari gara; izan ere, psikiatria osasun orokorrean integratzeko prozesuan aurkitzen da.

Hala eta guztiz, erakundeetan bizi ez diren euskaldunen osasun mentalari buruzko datuak gutxi dira, eta are gutxiago suizidio-intentuei buruzkoak. Zentzu horretan, inkestako datuetan azterna batzuk ikus ditzakegu. Euskal biztanleriaren osasun mentalera hurbiltzeko, antsietatea eta depresioa neurtzen dituen adierazle batek lagundu zigun; eta suizidioa aztertzeko suizidio-asmoak hartu ziren kontuan. Azken aspektu horren eboluzioa ezin izan da aztertu, dagozkion galderak lehen aldiz 1997an sartu zirelako.

Atal hau bi alditan zatitu da. Lehen zatian, biztanleriaren osasun mentala aztertzen da, Mental Health Inventory delakoan oinarriturik. Metodo hori ongizate psikologikoa baloratzeko diseinatu zen, eta ez termino klinikoetan definitutako gai-xotasun mentala baloratzeko. Bigarren zatian, inoiz suizidio-asmorik izan duen biztanleriaren ezaugarriak aztertu dira.

Osasun mentala

Sarrera

Gaur egun, osasun hitzaren erreferentzia, arazo fisikorik ez izatea ezezik, biztanleriaren ongizate emozionala ere bada. Osasun mental ona gutxi definitutako kontzeptu bat da, eta zail gertatzen zaigu ongizate eta txartoizate emozionala bereizteko mugak jartzea. Osasun mentala pertsonen osasun globalaren funtsezko dimentsio bat da; baina horrez gain, oraintsuko azterlanetan erakutsienez, txartoizate emozionalak fisikoki gaixotzeko gaitasuna gehitzen du, eta herrian zabal hedatutako sineskera, hots, gaixotasuna arazo emozionalen ondorioa dela, gero eta sinesgarriago bihurtzen ari da. (Stewart-Brown 1998, Dinan G 1999).

Atal honetan, biztanleria-inkestetan erabiltzeko garatu den lanabes baten datuak aztertuko dira, ondoko helburuak lortzeko asmoaz: beharrianak identifikatzea, osasun mentaleko zerbitzuen erabilera aurreikustea eta biztanleriaren osasun psikosoziala baloratzea. Hala nolako nahierarako iritzi batean oinarriturik, osasun mentalik txarrena duen biztanleria determinatu da. Talde horren ezaugarriak identifikatzea, eta denboran izan duen eboluzioa ikustea laguntza onak izango dira, arrisku nagusiekiko talde esponituak identifikatzeko, eta jarduketak-estrategietan lehentasunak ezartzeko.

Metodologia

5 item-ko Mental Health Inventory 1982tik aurrera erabiltzen da biztanleriaren osasun mentala neurtzeko; baina ez du diagnostiko zehatza ematen, baizik eta biztanleriaren osasun mentala baloratzen du. (Berwick DM 1991, Ware JE 1992,

Wilkin 1992). Bost item erabili ziren hauek islatzeko: antsietatea, depresioa, kontrol emozionala eta oreka afektiboa. Item-puntuazioen eransketa, 5etik (balio hoberenetik) 30era arteko eskala bat lortuz egin zen (HEAEOI'92); gero, eskala hori 0tik 100era (balio hoberenera) arteko eskalara eraldatu zen, ulergarriagoa izan zedin. Depresio- eta antsietate-sintomak zituen biztanleria detektatzeko ere erabili zen, 17ko eta gehiagoko ebaketa-puntua erabiliz. Test horrek, behar bada depresio larria duten pertsonetatik 48 detektatzen ditu; bestalde, depresio larririk ez dutenen %44aren depresio larria detektatzen du (Berwick DM 1991). Beraz, ez da lanabes sentikorra eta espezifikoa diagnostikoan erabiltzeko, biztanleriaren osasun mentaleko datuak ezagutzeko egokia izan arren. Galdera horiek galdesorta indibidualean sartu ziren, eta 16 urteko eta goragoko pertsoneri egin zitzaizkien.

1997ko osasun-inkesta

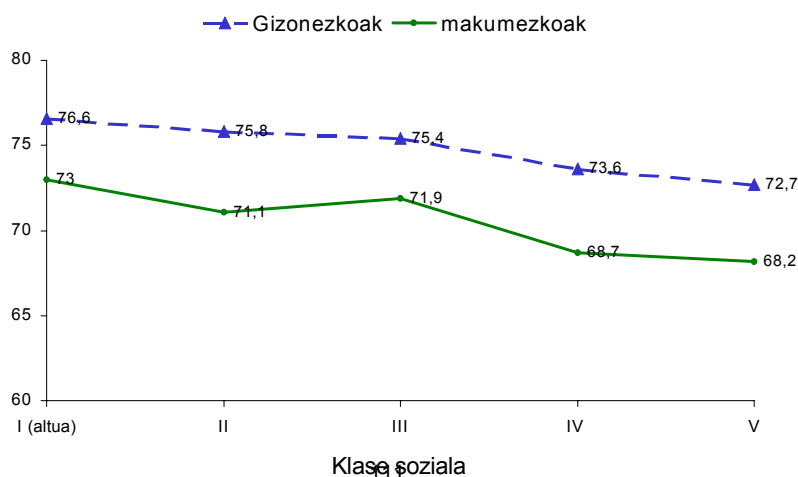
Osasun mentala 1997an gizonezkoetan hobe (batezbestekoa=74) izan zen emakumezkoetan baino (70). Adinaren arabera gradiente bat ikusi zen: adinak gora egin ahala, biztanleriaren osasun mentala apurka-apurka txarrera doa, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan (III.2.1 taula).

III.2.1 taula. **Osasun mentaleko adierazlearen pertzentilak eta batezbestekoa, adin eta sexuaren arabera, 1997.**

	P5	P10	P25	BATEZ.	P50	P75
Gizonezkoak						
16-24	52	56	68	77	80	88
25-44	48	52	64	75	76	88
45-64	40	52	60	73	76	88
65 eta +	40	48	60	72	76	84
Guztira	44	52	64	74	76	88
Emakumezkoak						
16-24	44	52	60	72	72	84
25-44	44	52	60	72	76	84
45-64	32	44	56	68	68	84
65 eta +	28	36	52	65	68	80
Guztira	36	44	60	70	72	84

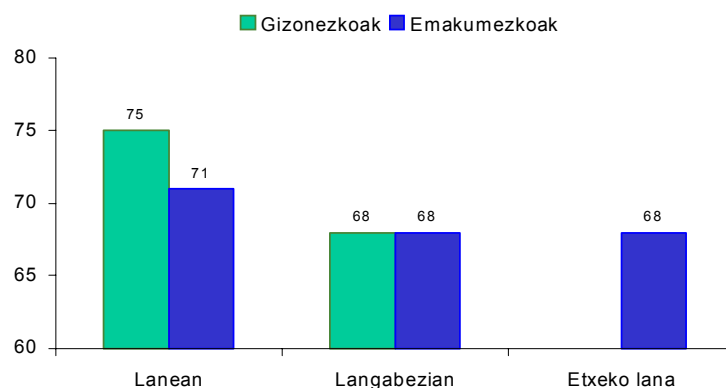
Ekonomiaren aldetik klaserik faboratuenek osasun mental hobe izan zuten desfaboratuenek baino, eta gizarte-diferentzia horiek handiagoak izan ziren emakumezkoetan (III.2.1 irudia).

III.2.1 irudia. **Osasun mentaleko adierazlea (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren eta sexuaren arabera, 1997.**



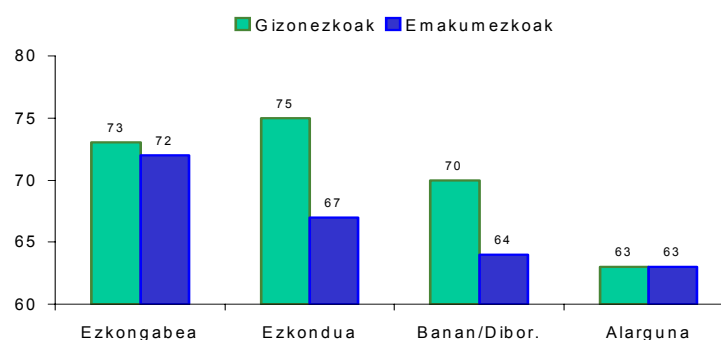
Lan-egoerari dagokionez, langileek izan zuten osasun mentalk onena; lan-gabezia zeuden pertsonak, ordea, izan zituzten adierazle baxuenak.

III.2.2 irudia. Osasun mentaleko adierazlea (adinaren arabera estandarizatuta) lan-egoeraren eta sexuaren arabera, 1997.



Gizonezko ezkontuek izan zituzten osasun mentaleko adierazle altuenak; emakumezkoetan, berriz, ezkongabeek (III.2.3 irudia).

III.2.3 irudia. Osasun mentaleko adierazlea (adinaren arabera estandarizatuta) egoera zibilararen eta sexuaren arabera, 1997.



“Nerbioetako arazoak” izatea aitortu zuten pertsonak osasun mentaleko adierazle askoz ere baxuagoak izan zituzten. Aipatutako elkarrizketako lokuzio hori, tekniko ez bada ere, osasun mental baxuarekin batera joan zen. Diferentziak iraunkor agertu ziren adin-talde guztietan eta sexu bietan (III.2.2 taula).

III.2.2 taula. Osasun mentaleko adierazleak (desbiderapen estandarra) adin eta sexuaren arabera, 1997.

	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	Nerbio-ar. gabe	Nerbio-ar.	Nerbio-ar. gabe	Nerbio-ar.
16-24	77(15)	56(11)	72(16)	47(6)
25-44	76(15)	52(25)	72(16)	58(13)
45-64	73(17)	57(25)	69(19)	46(21)
65 eta +	74(18)	54(21)	66(19)	54(18)

Alderantzizko erlazio lineal bat zegoen hauen artean: medikuari urtean egin-dako kontsulta-kopuruaren eta osasun mentaleko adierazlearen artean: zenbat eta

kontsulta gehiago, hainbat eta osasun mentaleko adierazle baxuago. Asoziazio hori egonkor agertu zen gizonezkoetan eta emakumezkoetan. (III.2.3 taula).

III.2.3 taula. **Osasun mentaleko adierazleak (desbiderapen estandarra) medikuari urtean egindako kontsulta-kopuruaren eta sexuaren arabera, 1997.**

	Gizonezkoak	Emakumezkoak
Bat ere ez	77,9(13,7)	73,2(16,5)
Bat edo bi	75,7(16,1)	71,5(17,2)
Hirutik bostera	73,3(17,7)	67,7(17,8)
Seitik bederatzira	70,4(18,6)	66,5(18,5)
Hamar-hamalaura	68,2(19,0)	64,5(20,6)
Hamabost eta +	62,7(20,6)	57,9(22,4)

Datu horietan nabari agertu zen osasun mentalaren eta osasunaren autobalorazioaren arteko erlazioa; autobalorazio horrek ere alderantzizko gradientea izan zuen, III.2.4 taulan islatzen dena.

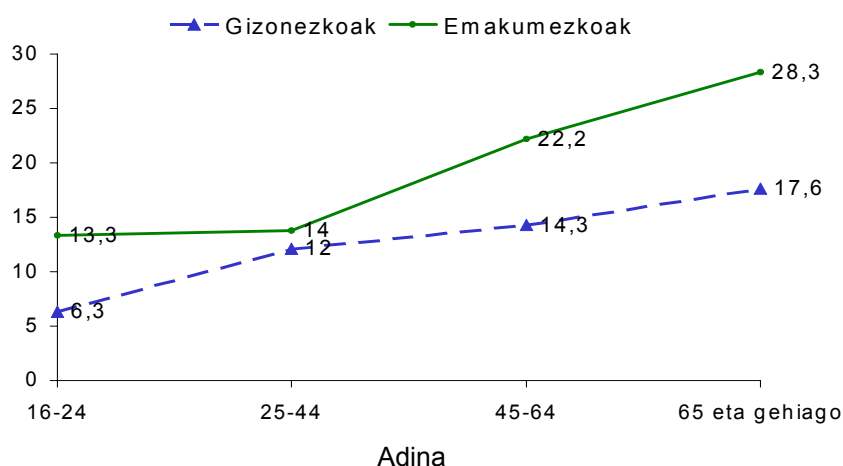
III.2.4 taula. **Osasun mentalaren adierazleak (desbiderapen estandarrek) osasunaren autobalorazioaren eta sexuaren arabera, 1997.**

	Gizonezkoak	Emakumezkoak
Oso ona	83,8(12,9)	78,9(14,3)
Ona	77,2(14,4)	73,3(16,1)
Normala	70,2(15,9)	64,2(17,2)
Txarra	56,1(22,1)	50,5(20,5)
Oso txarra	58,5(19,8)	40,9(21,0)

Antsietate- eta depresio-sintomak

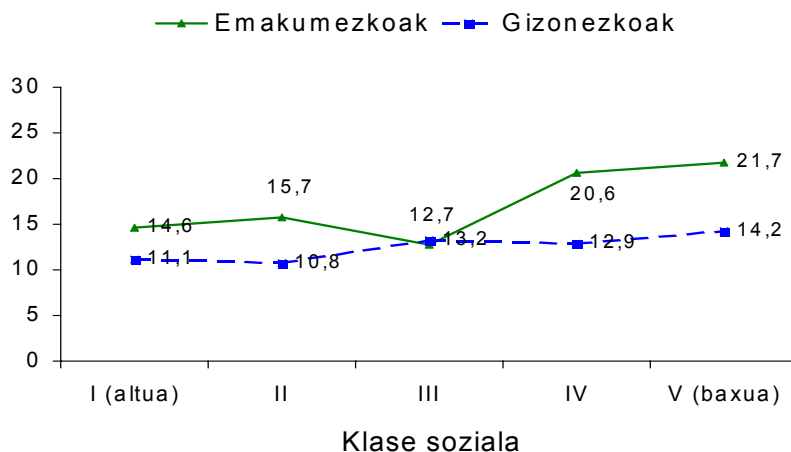
1997an, 16 urtetik gorako biztanleriaren %15,7ak depresio- eta antsietate-sintomak izan zituen. Sintoma horien prebalentzia emakumezkoetan handiagoa izan zen (%18,7) gizonezkoetan baino (%12,5) eta adinak gora egin ahala gehitu zen. Azpimarratzekoa da 45 urtetik gorako emakumezkoetan dagoen prebalentzia handia (III.2.4 irudia).

III.2.4 irudia. **Depresio- eta antsietate-sintomen prebalentzia, adinaren eta sexuaren arabera, 1997.**



Depresioaren prebalentzia ekonomiaren aldetik gutxien faboratutako klaseetan handiagoa izan zen; gizarte-diferentziok emakumezkoetan handiagoak izan ziren. (III.2.5 irudia).

III.2.5 irudia. **Antsietate- eta depresio-sintomen prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1997.**

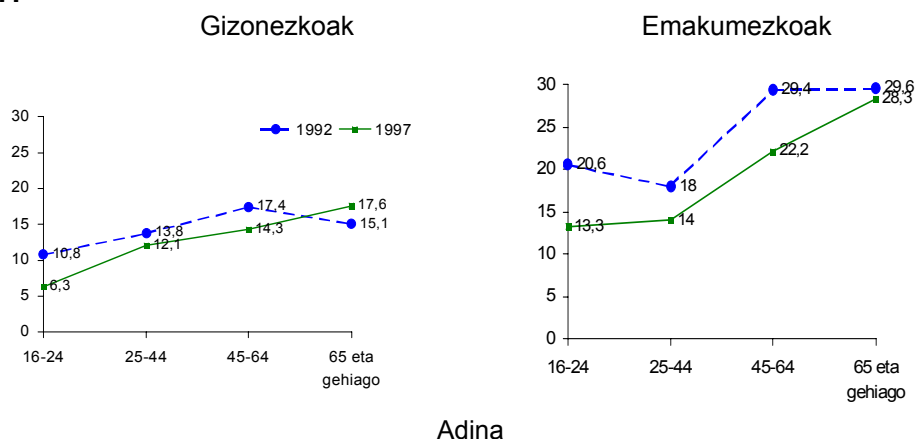


1992tik aurrerako eboluzioa

1992tik aurrera gizonezko eta emakumezkoen osasun mentalak onera egin zuen, emakumezkoen eboluzioa hobea izan zelarik (1992ko 66tik 1997ko 69,5ra artekoa). Hobekuntza hori batez ere 16-24 bitarteko gazteen artean ikusi zen (1992ko 70,8tik 1997ko 74,4ra artekoa).

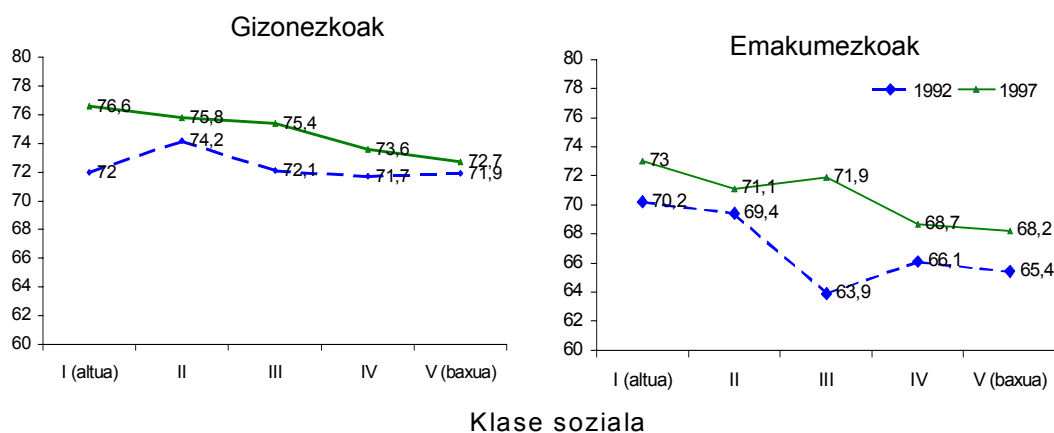
Depresio-sintomen prebalentziak behera egin zuen gizonezkoetan eta emakumezkoetan. Beheranzko joera emakumezkoetan hobeto ikusi zen gizonezkoetan baino (III.2.6 irudia).

III.2.6 irudia. **Depresio- eta antsietate-sintomen prebalentzia adinaren arabera, 1992-1997.**



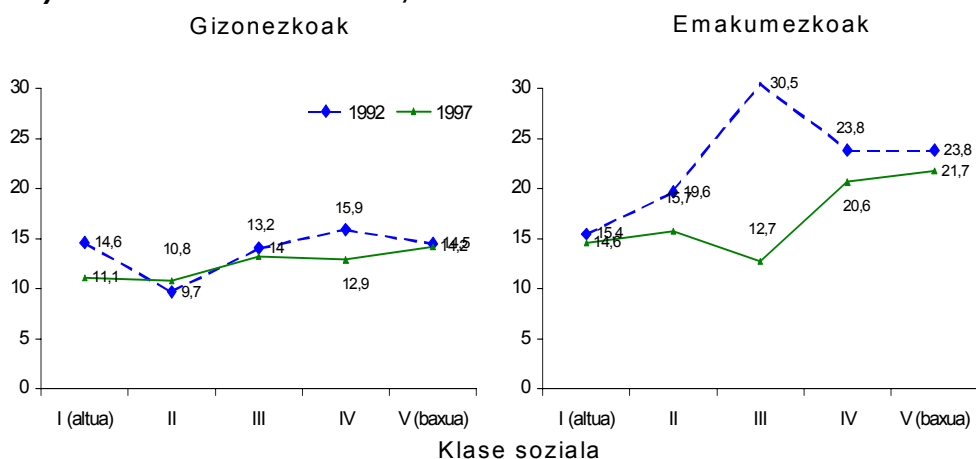
1997an, osasun mentaleko adierazlean gizarte-diferentziak gehitu egin ziren, gizarte-gradienteak ikusi zelarik; 1992an ez zegoen gradiente hori (III.2.7 irudia).

III.2.7 irudia. Osasun mentaleko adierazlea (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1992-1997.



Ez zen ikusi azpimarratzeko moduko aldaketarik gizarte-diferentzietan, antsi-etate- eta depresio-sintomen prebalentziari dagokionez (III.2.8 irudia).

III.2.8 irudia. Antsietate- eta depresio-sintomen prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1992-1997.



Suizidio-asmoak

Sarrera

Suizidioari buruz daturik ez zeudenez, eta fenomeno horretara hurbiltzeko nahian, inkestan suizidio-asmoei buruzko galderak sartu ziren. Azpimarratu behar dugu suizidio-asmoak egotea ez dela nahitaez suizidio-saio bihurtzen, baizik eta desoreka emozionalaren adierazle ona izan daitekeela.

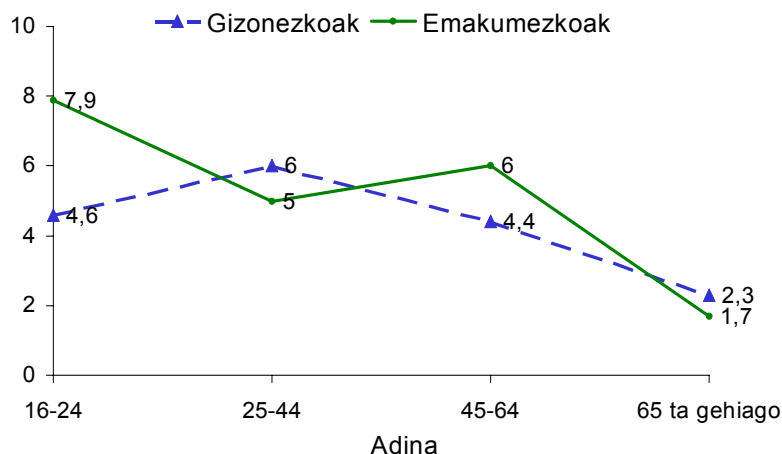
Metodologia

Suizidio-asmoei buruzko galderak galdesorta indibidualean sartu ziren eta 16 urtetik gorakoei zuzenduta zeuden. Galdera honela egin zen: "Inoiz, zure bizitzako momenturen batean, pentsatu al duzu benetan zure buruaz beste egitea? 3.890 pertsonaren datuak aztertu dira. Galdera horren erantzun-tasa oso baxua izan zen (%0,4), eta sarriago gertatu zen emakumezkoen eta gazteen artean. Gazteen arteko suizidio-asmoen prebalentzia handiagoak zera pentsatzera eramaten gaitu: behar bada, galdera horri erantzuterakoan oroimen-alborapena egon daitekeela.

1997ko osasun-inkesta

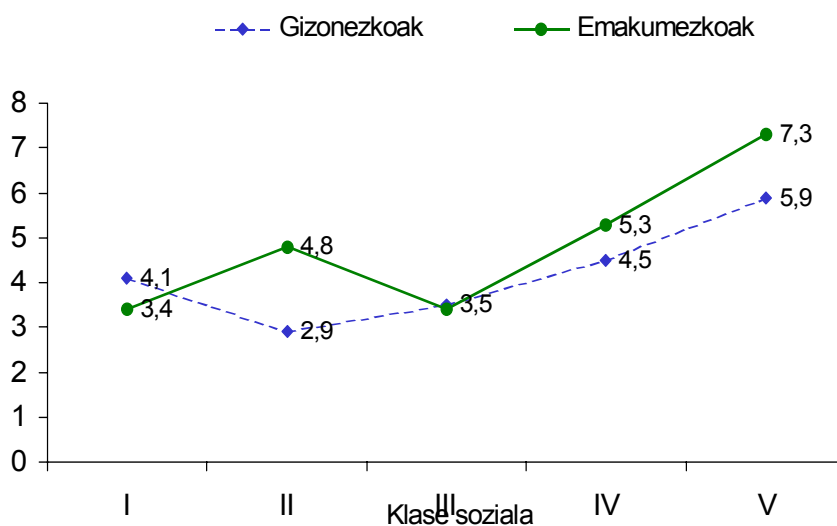
1997an, 16 urtetik gorakoen %5ak bere bizitzan inoiz pentsatu zuen bere bu-ruaz beste egitea. Gizonezko eta emakumezkoen suizidio-pentsamenduaren pre-balentziako diferentziak ez ziren esanguratsuak izan. Prebalentziarik txikiena 65 urtetik gorakoetan ikusi zen.

III.2.9 irudia. Suizidio-asmoen prebalentzia, adin eta sexuaren arabera, 1997.



Badirudi, asmo horiek izateko joera handiagoa egon zela klase sozialik des-faboratuenetan (III.2.10 irudia).

III.2.10 irudia. Suizidio-asmoen prebalentzia (adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1997.



Suizidio-asmoen, hautemandako osasunaren autobalorazioaren eta osasun mentalaren arteko erlazioa.

Suizidio-asmoak zituen pertsonaren osasun mentala txarragoa izan zen, horrelakorik ez zuten pertsonena baino. Eta hori bai gizonezkoetan eta bai emakumezkoetan gertatu zen. Antsietate- eta depresio-sintomak izatea, 5 bider handia-

goa izan zen suizidio-asmoak zituzten gizonezkoen artean; eta 3 bider handiagoa emakumezkoen artean. Hautemandako osasunari dagokionez ere, asmo horiek zituztenek balorazio txarragoa egin zuten. Hautemandako osasun txarra aitortzeko probabilitatea 4 bider handiagoa izan zen suizidio-asmoak zituzten gizonezkoen artean, horrelako asmorik ez zutenen artean baino, eta hiru bider handiagoa emakumezkoen artean (III.2.5 taula).

III.2.5 taula. Osasun orokorreko eta osasun mentaleko adierazleak, suizidio-asmoek dagozkienak, sexuaren arabera, 1997.

	Suizidio-asmoak		Suizidio-asmorik gabe	
	Gizonez.	Emakum.	Gizonez.	Emakumez.
<i>Osasun mentaleko adierazlea</i> (0-100 hoberena) Batezbestekoa	54,7	52,1	75,1	70,4
<i>Antsietate- eta depresio-sint.</i> %	52,1	49,9	10,3	16,8
<i>Hautemandako osasuna</i> Osasun txarra %	15,7	13,3	3,9	4,7

Ondorioak

Emakumezkoen osasun mentala txarragoa izan zen, nahiz eta 1992tik aurrera gizonezkoena baino gehiago hobetu zen. Pertsona langabeek, bananduek eta ekonomiaren aldetik klaserik defaboratuenetakoek osasun mental txarragoa izan zuten. Medikuari egindako kontsulten sarritasuna osasun mentalekin asoziatuta egon zen, mediku orokorraren kontsulta-kopururik handiena osasun mental txarragokoetan egon zelarik.

Emakumezkoek osasun mental txarragoa aurkezten dute gizonezkoek baino; badirudi, horren arrazoia, zati batean, lan-zama bikoiztuan eta birsortze-lanik gehiena egitean dagoela (House 1988, Escribá 1999). Izan ere, birsortze-lana definitzeko ezaugarri hauek aipatzen dira: familiaren eta gizartearen ongizatea mantentzearekin erlazionatutako lan ordaindegabea dela, eta gehienetan emakumezkoek egiten dutena. Sarritan, lan hori emakumezkoen "rol naturala" dela kontsideratzen da, eta ez ditu gizartearen esker onak hartzen. Lan horren ordutegiak ez du mugarik, eta biltzen dituen zereginak konplexuak, nekagarriak eta eskergaitzak dira (menpeko pertsonen zainketa, garbiketak, sukalde-lanak, plantxa, erosketak eta abar). Eskertasunik ez izate horrek, birsortze-lanean bakarrik ari diren emakumezkoetan bere eragina izaten du askotan: autoestima gutxiago izatea eta lanaren kontrola galtzea. Gainera, lan monotonoa, errutinaz egindakoa eta gizarte-kontaktu gutxikoa denez, gizarte-integrazioari trabak ipintzen dizkio. Kasu batzuetan, beste pertsona baten menpekotasun ekonomikoa dagoenez, norberaren bizitzako kontrola galtzen da. Beste batzuetan, eta goranzko joeran gainera, lan-zama bikoiztua eta estresantea da; izan ere, mugatugabeko lanaldiak batetik, eta lan produktiboa eta birsortze-lan hori bateratzeko zailtasunak bestetik, estresa sortzen dute. Bestalde, badago lan horretan beste aspektu estresante bat: emakumezkoak ezin dio bere buruari denborarik eman, zeren zama horiek konpartitzeko duen laguntza-mailaren menpe baitago. Inkognita bat da emakumezkoen osasun mentala hain onera egin duten faktoreak zeintzuk diren determinatzea. Etorkizuneko azterlanen helburu izan beharko dira.

Datu horietan nabaria izan zen faktore psikosozialen eta osasun mentalaren arteko erlazioa. Talde batzuen txartoizate psikologikoaren azalpena desenpleguan edo familia-inguruko arazoetan egon daiteke. Gizarte-diferentziak nabariak eta handiagoak dira emakumezkoetan, gizonezkoetan baino. Arazo emozional horiek sortzeko arrisku-baldintzak sarriago gertatzen dira klaserik baxuenetan (Bosna, 1999). Segurtasun-falta ekonomikoa, lan-baldintzak, gizarte-laguntzak, autoestima, egoeraren kontrola eta arazoei aurre emateko trebetasunak ezberdin banatzen dira gizarte-taldeen artean. Azpimarratu behar dugu, nahiz eta biztanleriaren osasun mentalak onera egitea gertatu den, osasun mentalean gizarte-diferentziak egonkor mantentzen direla.

Osasun mentalaren eta medikuari egindako kontsulten alderantzizko erlazioa ezaguna dugun tesi bati eusten diola dirudi. Tesi hori hauxe da: pertsonak txartoizate emozionala dutenean arazo horiek somatizatu egiten dituztela, eta zerbitzu mediko orokorretara jotzen dutela laguntza bila. Zerbitzu medikoen zama-zati handi bat arazo psikosozialetan sortutakoa izan daiteke. Arazo horiek elkarrikketa medikoan sarritan azaltzen ez direnez, ez zaie konponketarik bilatzen.

Gaixotasun mentalak murrizteko eta, oro har, osasun mentala hobetzeko proposatzen diren jarduketan artean hauek sartzen dira: pertsonarengan estres handia sortzen duten gizarte-faktoreak hobetzea (desenplegua, noizbehinkako lanak, emakumezkoen eta zaharren isolamendua); egoera mingarriei edo estresanteei aurre emateko mekanismoen dotazioa egitea edo neurriak eskura ipintzea; arazo mentalak, batez ere dementzia, dituzten pertsonen jagoleei euskarriez hornitzea; eta azkenik, osasun mental komunitarioko zerbitzu integralak garatzea (Desviat, 1999).

Eskerrak

Eskerrik asko Ana Gonzalez-Pinto andreari, kapitulu honen aurrekin bati egindako komentario baliotsuengatik.

Erreferentzia

1. BELLERSE C, LAVALLÉE C, CHÉNARD L ET LEVASSEUR M. SANTÉ QUÉBEC. *Et la santé ça va en 1992-1993?*. Ministère de la Santé et des services sociaux, Publications Québec 1993.
2. BERWICK DM, MURPHY JM, GOLDSMAN PA, ET AL. *Performance of a five-item mental health status measures*. Soc Sci Med 1989; 29: 761-768.
3. BOSNA H, MHEEN HD VAN DE, MACKENBACH JP. *Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes*. BMJ 1999; 318:18-22.
4. DINAN TG. *The physical consequences of depressive illness*. BMJ 1999; 18: 826.
5. DESVIAT M. Informe SESPAS. Objetivo: *Reducir las enfermedades mentales y suicidio*. 1999.
6. ESCRIBA AGUIR V, MÁS PONS.R, ROMITO P. *Division familiar de las tareas domesticas y del cuidado del hijo en las madres con hijos pequeños*. Revista Humana 1999 (prentsan).
7. HOUSE JS, LANDIS KR, UMBERSON D. *Social relationships and health*. Science 1988; 241:540-545.

8. STEWART-BROWN S. *Emotional wellbeing and its relation to health*. BMJ 1998; 317; 1608-9.
9. WARE JE, SHERBOURNE CD. *The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection*. Med Care 1992; 30: 473-483.
10. WILKIN D, HALLAM L, DOGGETT MA. *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford medical publications 1992.

III.3. Morbilitate espezifikoa

Morbilitate kronikoa eta Istripuak

Cecilia Anitua, Santiago Esnaola, Jon Zuazagoitia

Morbilitate kronikoa

Sarrera

III.1 atalean komentatu den bezala, osasun-adierazle orokorrekin abantaila handiak dituzte, biztanleriaren osasuna deskribatzeko eta monitorizatzeko; izan ere beraiei esker, patologia ezberdinetako pertsonetan osasun-mailak konpara daitezke. Hala ere, adierazle orokor horiekin ezin dira identifikatu zeintzuk diren biztanleriaren osasun-arazoak, hots, zeintzuk diren pertsonak beren eguneroko bizimoduan mugatzen dituzten arazoak, eta zeintzuk diren profesional sanitario batengana jotzeko moduko arazoak, edo medikamentuak kontsumitzeko modukoak. Sofritzen ditugun osasun-arazoetatik, gaixotasun kronikoetan (luzarokoetan) zainketa iraunkorrak behar dira. Horregatik gaixotasun horien agerrera zerbitzu sanitarioen eskaria aurreratzeko gaitasuna du. Gainera, biztanleriaren osasun-arazo kronikoak (morbilitate kronikoa) identifikatzea ezinbestekoa da, arazoon kontrol eta hobekuntzara zuzenduriko interbentzio-estrategiak ezarri ahal izateko. Zentzu horretan, gaur egun gero eta garrantzi handiagoa ematen zaio pertsona bakoitzak bere osasunari emandako balorazioari; izan ere, bera da epailarik onena bere ongizate fisiko eta mentala determinatzeko.

Osasun-arazo kronikoa zer den jakiteko ikuspuntua ezberdina da pertsona afektatuan eta profesional sanitarioan. Oro har, pertsona batek hautemandako osasun-arazoa medikuak diagnostikatutakoaren isla bat da. Zenbait azterlanetan erakutsi da osasun-arazo baten kontzientzia medikuak arazo hori diagnostikatu (etiketatu) ondoren hasten dela (Blaxter 1990, Heliövaara M 1993). Anitz faktorek azaltzen dituzte komunitate batek hautemandako morbiditatearen eta osasun-profesionalen diagnostikatutako morbiditatearen artean aurkitzen ditugun diferentziak. Posible da pertsona batek bere arazoaren kontzientziarik ez izatea, eta behin arazo hori diagnostikatu zaionean arazotzat ez hartzea, bere bizitza-kalitatean afektatzen ez diolako (esaterako, arterietako tentsio altua izatea). Beste batzuetan, pertsonak oso gogaikarritzat, ez ezigaitzailatzat eta garrantzitsutzat hautemandako arazoei ez dute profesionalaren atentzioa erakartzen, pazientearen bizitzarako arriskurik ez dutelako, edo profesionalak modu sintomatikoan baino arindu ezin duelako, ezin baitu arazoa errotik atera.

Profesional sanitarioen perspektibatik definitutako morbiditate kronikoaren sarritasuna eta ezaugarriak ezagutzeko, osasun-zerbitzuetako erregistroetako eta azterlan epidemiologiko espezifikoetako datuak ditugu. Biztanleriak **hautemandako morbiditate kronikoari** dagokionez, osasun-inkestek aldizka eta sistematikoki informazioa eskaintzen digute, sarrien hautemandako arazo kronikoak identifikatzeko. Pertsonaren ikuspuntutik arazoaren sarritasunaren halako ideia bat helitzen zaigu, baina ez dakigu ezer arazoon grabetateari dagokionez. Arazo horien identifikazioak asoziatuta egon daitezkeen faktoreetara hurbiltzen gaitu, arazoaren hobekuntzara zuzenduriko interbentzio-estrategiak ezarri ahal izateko. Atal honen helburua da: adin, sexu eta klase sozialaren arabera sarrien hautemandako arazo kronikoak deskribatzea.

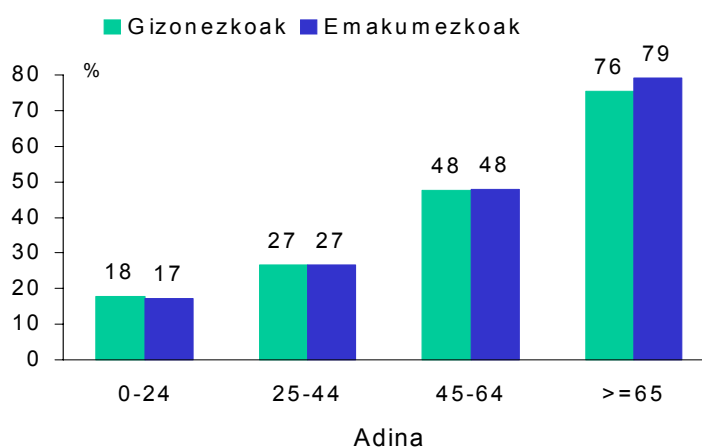
Metodologia

Partaideek beren osasun-arazo kronikoei buruz emandako erantzunetan oinarriturik lortu da biztanleriak **hautemandako morbiditate kronikoaren** neurria. Sarritasun mediko gehien sortzen duten arazo kronikoen zerrenda bat egin da. Inkestatzaileek osasun-arazoak banan-banan aipatuz, etxeko norbaitek holakorik duen edo arazoa ager ez dadin zerbait egiten dagoen (medikamentuak hartzen, dieta egiten, jarduera murrizten) galdetu dute. Galdera hori familiarentzako galdesortan egin zaie etxeko guztiei. Etxekoren bat aurrean egon ez denean, edo 14 urtetik beherako kasuan, beste hirugarren pertsona baten, normalean ezkontidearen edo amaren erantzuna onartu da.

1997ko osasun-inkesta

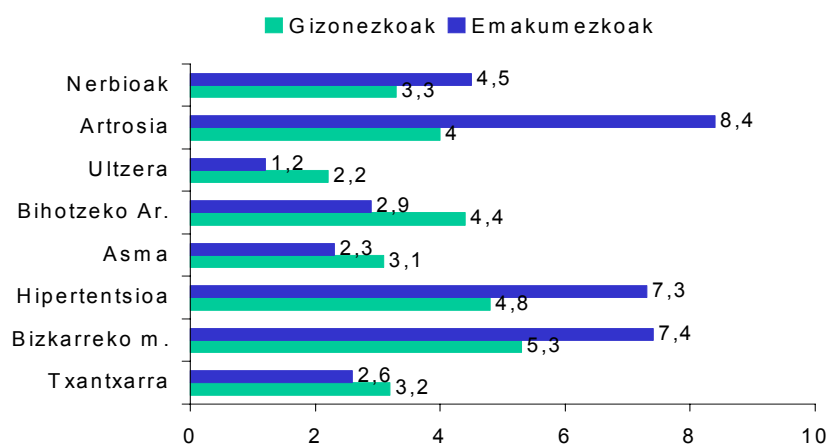
1997an biztanleriaren %37ak gutxienez osasun-arazo kroniko bat duela aitortu du. Arazo kronikoen prebalentzia handiago izan da emakumezkoen artean (%38) gizonezkoetan baino (%35), eta adinarekin gorantz joan da (III.3.1 irudia). Gizonezkoen %5ak eta emakumezkoen %6ak, gutxienez hiru arazo dituztela aitortu dute.

III.3.1 irudia. **Arazo kronikoen prebalentzia, adin eta sexuaren arabera, 1997.**



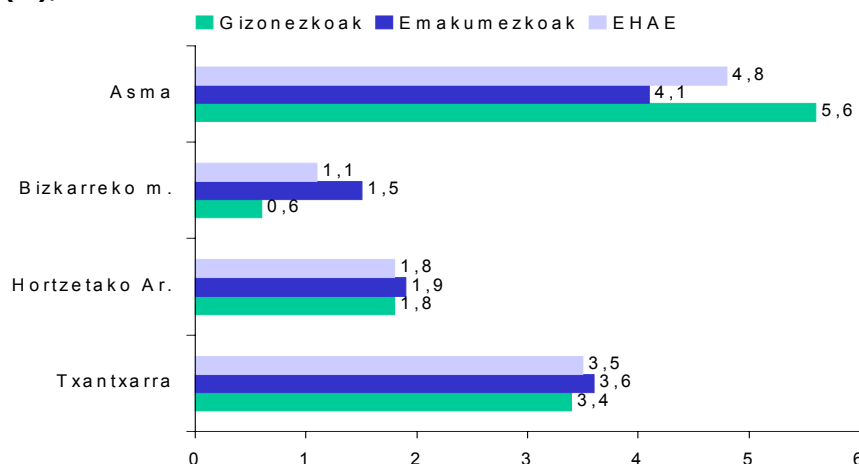
1997an, gizonezkoetan nekaldi kroniko sarrienak: ziatika, bizkarreko mina, hipertentsioa eta bihotzarekin erlazionatutako arazoak izan dira. Emakumezkoetan: artrosia, ziatika, bizkarreko mina eta hipertentsioa (III.3.2 irudia).

III.3.2 irudia. **Arazo kroniko sarrien prebalentzia (%), 1997.**



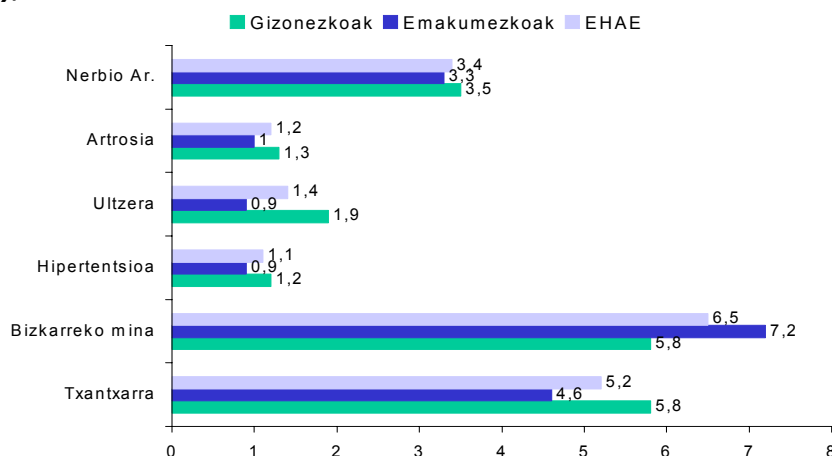
Arazo sarrienetan adinaren araberako aldaketak daude. 24 urtetik beherakoetan asma eta txantxarra dira sarrienak. Asma gizonezkoen artean sarriago gertatu da emakumezkoen artean baino (III.3.3 irudia).

III.3.3 irudia. 24 urtetik beherakoetan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia (%), 1997.



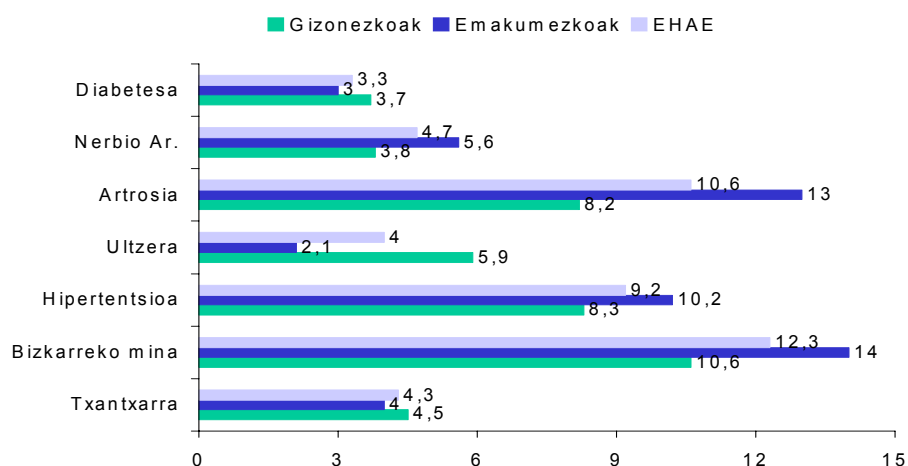
25-44 urte bitartekoetan bizkarreko mina, txantxarra eta nerbioetako arazoak izan dira sarrienak. Bizkarreko mina sarriago gertatu da emakumezkoen artean gizonezkoetan baino; azken horietan ultzera, txantxarra eta hipertentsioa gertatu dira sarriago (III.3.4 irudia).

III.3.4 irudia. 25-44 urte bitartekoetan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia (%), 1997.



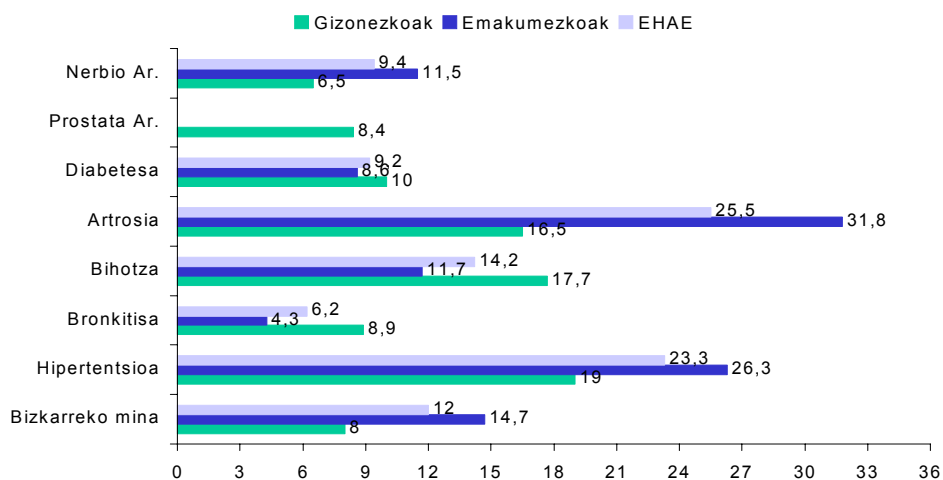
Artrosia, bizkarreko mina eta hipertentsioa izan dira arazo sarrienak 45-64 urte bitarteko pertsonen artean, batez ere emakumezkoetan. Diabetesa eta ultzera sarriago gertatu dira gizonezkoetan, emakumezkoetan baino (III.3.5 irudia).

III.3.5 irudia. 45-64 urte bitartekoetan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia (%), 1997.



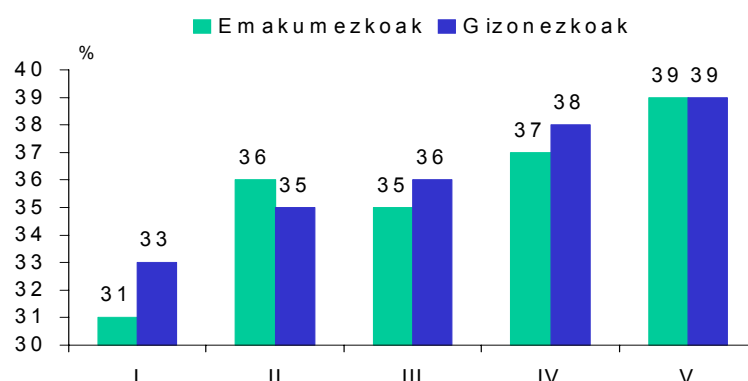
65 urtetik gorakoen artean artrosia, hipertentsioa eta bihotzeko arazoak izan dira arazorik sarrienak. Emakumezkoek artrosiaren eta bizkarreko minaren prebalentzia handiagoa izan dute; gizonezkoek, berriz, bihotzeko arazoarena eta bronkitis kronikoarena (III.3.6 irudia).

III.3.6 irudia. 65 eta goragoko urtekoetan sarrien gertatu diren arazo kronikoen prebalentzia (%), 1992-1997.



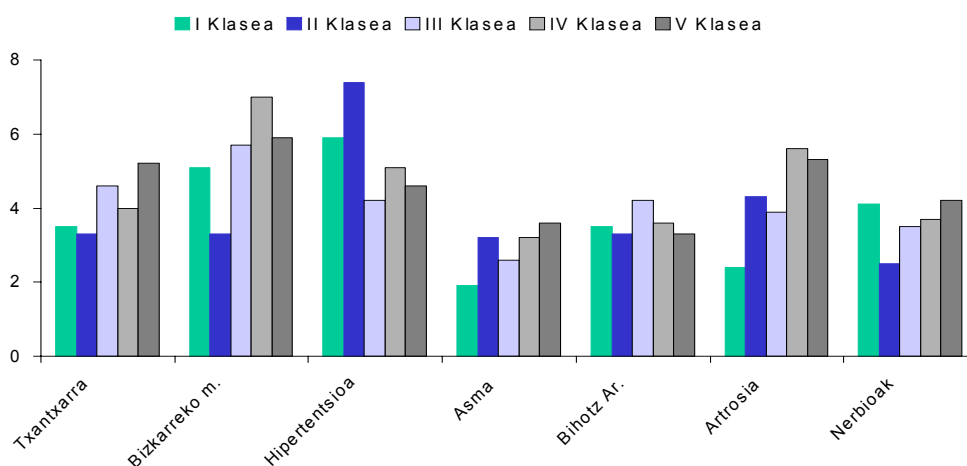
Arazo kronikoak hautemateko probabilitatea handiagoa izan da ekonomiaren aldetik klaserik desfavoratuenetan, bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan (III.3.7 irudia).

III.3.7 irudia. Arazo kronikoen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1997.



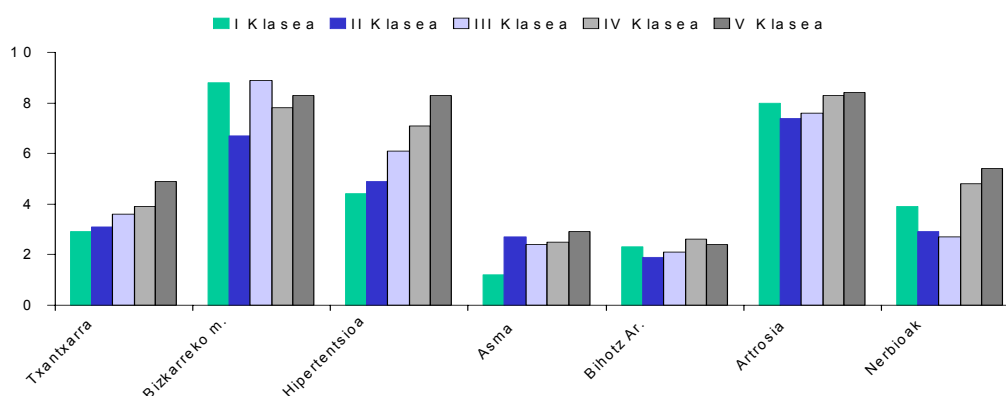
Gizarte-ezberdintasunak osasun-arazoen arabera aldatu dira, eta nabariago agertu dira emakumezkoetan gizonezkoetan baino. Gizonezkoetan klase sozialen arteko diferentziarik handienak txantxarraren, artrosiaren, asmaren eta nerbioetako arazoen prebalentzian azaldu dira. Horren ondoan azpimarratu behar da hipertentsio-sarritasunean ikusitako alderantzizko gradiente soziala (III.3.8. irudia).

III.3.8 irudia. Arazo kroniko sarrien prebalentzia (% adinaren arabera estandarizaturik) klase sozialaren arabera, 1997. Gizonezkoak



Emakumezkoetan argi ikusi da gradiente sozial hori txantxarrean, hipertentsioan eta nerbioetako arazoetan (III.3.9 irudia).

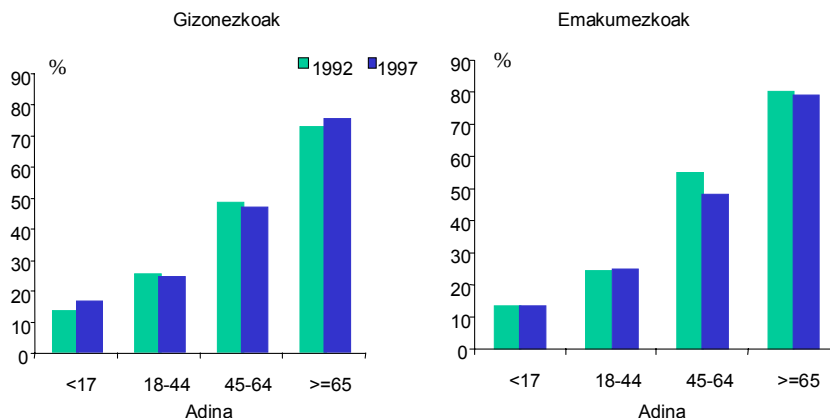
III.3.9 irudia. Arazo kroniko sarrien prebalentzia (% adinaren arabera estandarizaturik) klase sozialaren arabera, 1997. Emakumezkoak



1992tik aurrerako eboluzioa.

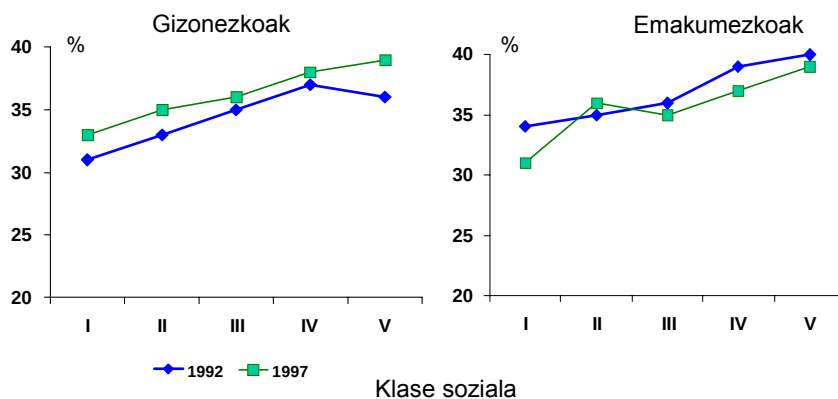
1992tik 1997ra arte ez da ikusten biztanleria orokorrean arazo kronikoen prebalentzia-aldaketarik, ez adin-taldearen ez sexuaren arabera (III.3.10 irudia).

III.3.10 irudia. **Arazo kronikoen prebalentzia (%) adin eta sexuaren arabera, 1992-1997.**



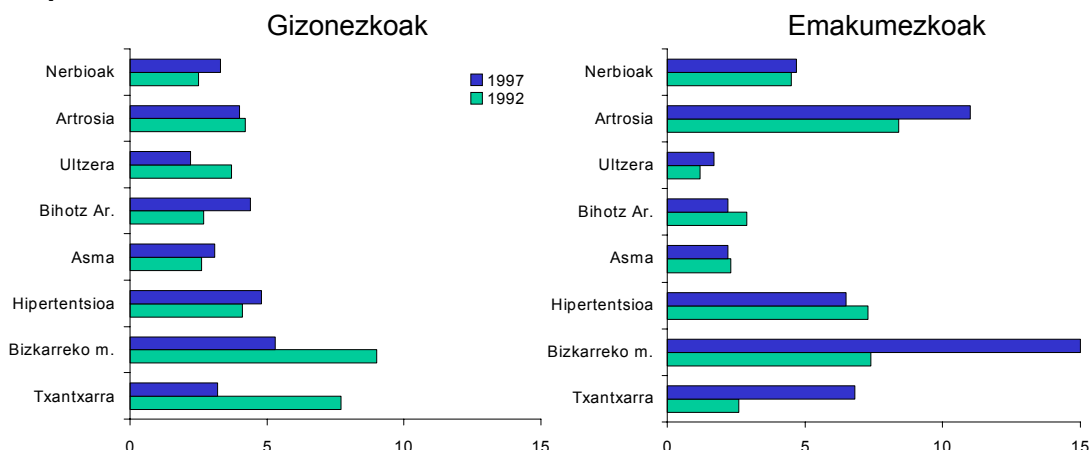
Eboluzio hori antzekoa izan da klase sozialaren arabera. 1992an ikusitako gizarte-diferentziak mantendu egin dira 1997an (III.3.11 irudia).

III.3.11 irudia. **Arazo kronikoen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatuta) klase sozialaren arabera, 1992-1997.**



Sarrien gertatutako arazoen prebalentzietan ez da ikusi aldaketarik. 1992tik aurrera bihotzeko arazoen eta hipertentsioaren prebalentziek gora egin dutela ikusten da eta ziatikarenak eta bizkarreko minarenak, ordea, behera (III.3.12 irudia).

III.3.12 irudia. Arazo kroniko sarrienen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizata), 1992-1997.



Ondorioak

Inkestatutakoen herenak baino gehiagok aitortu dute arazo kroniko bat gutxienez dutela. Eta %5 inguru bereziki afektatuta daude (3 arazo kroniko eta gehiago). Emakumezkoek arazo gehiago aitortu dituzte gizonezkoek baino, eta sexu bietako sarritasun-diferentziak handiagoak izan dira lokomozio-aparatuari eta arterietako hipertentsioari dagokienez.

Adin-taldeei begiratuz, azpimarratzekoa da 25 urtetik beherakoetan dagoen asma-prebalentzia altua. Hori bat dator oraintsuko azterlan epidemiologikoen emaitzekin. Azterlan horien arabera, Europako herrialde gehienetan azken hamarkadetan asma-intzidentzia gehitu egin da, nahiz eta gehikuntza horren zati handi baten azalpena arazo horien diagnostiko medikoen gehikuntzan egon daitekeen (Sunyer J et al 1999).

25-44 urte bitarteko pertsonetan, bizkarreko min eta ziatikaz gain, hortz-txantxarra eta osasun mentaleko arazoak nabarmendu dira. 45-64 urte bitartekoetan sarri gertatu ziren arazoak dira: lokomozio-aparatukoak, hipertentsioa, ultzera peptikoa eta osasun mentaleko arazoak. 65 urtetik gorakoetan nabarientak: artrosia, hipertentsioa eta bizkarreko mina izan dira. Azpimarratzekoa da lokomozio-aparatuko arazoen nagusitasuna 25 urtetik gora, bai eta osasun mentaleko arazoen sarritasun altua bizitzako adin ertainean.

Arazo kronikoen prebalentzia klase desfavoratuenetan handiagoa izan da, eta bai gizonezkoetan bai emakumezkoetan gradiente argi agertzen da, eskala sozialean beherantz goazen neurrian. Gizarte-diferentziak aldatu egiten dira osasun-arazoaren eta sexuaren arabera. Sexu bietan argi ikusi dira gizarte-diferentziak: txantxarrean, asman eta osasun mentaleko arazoetan. Gizonezkoetan ere argi ikusi dira gizarte-ezberdintasunak: artrosi eta bizkarreko minaren prebalentzian. Emakumezkoetan, berriz, gizarte-diferentziarik handienak hipertentsioan ikusi dira.

Nahiz eta gaur egun, gizarte-determinatzaileek osasunean duten zeregina eztabaidatzen ez den, patologiarekin araberako ezberdintasun horiek zenbait faktoreren garrantzia adierazten digute. Badakigu, faktoreok klase sozialean ezberdin banatzen direla, eta interbentzio-bide posibleak erakusten dizkigutela, gure komunitateko osasunean gizarte-diferentziak murrizteko. Osasuna eskuratzerakoan agertzen den finantza-barreren nabaritasuna. txantxarrean ikusitako gizarte-

diferentzietan baieztatzen da. Gizonezkoei dagokienez, artrosian eta bizkarreko minean dauden diferentziek lan-baldintza fisikoen eragina adierazten digute. Bizi dugun ingurugiro fisikoaren garrantzia islatuta geratzen da, sexu bietan ikusitako asma-prebalentzien ezberdintasunetan. Osasun mentaleko arazoetan dauden diferentziek, berriz, faktore psikosozialen eragina (lan-segurantzak, segurantzak ekonomikoak, bizitzarekin pozik egoteak, norberaren bizitza kontrolatzeak duten eragina) erakusten digute.

Pertsonei osasunean zeintzuk problema dituzten galdetu ondoren, gure komunitateko osasunaren informazioa lortzen dugu; baina informazio hori beste iturri batzuetan lortutakoarekin osatu egin behar da. Hilkortasun-datuek gure bizitza-iraupenean eragina duten osasun-arazoen berri ematen digute, bizi izandako urteen kalitatea kontuan hartu gabe. Morbilitatea kontuan hartzerakoan, profesionalen ikuspuntua osasun-zerbitzuetan diagnostikatutako eta tratatutako gaixotasunetan oinarrituta dago. Pertsonengana zuzenean jota datuak lortuzosatzen da koardoa.

Istripuak

Sarrera

Istripuak dira 40 urtera arteko euskaldunen heriotza-zergatirik printzipalena. Izan ere, 20-24 urte bitarteko gazteen heriotzetatik %70 istripuei leporatu behar zaizkie; bestalde, beraiek dira laugarren heriotza-zergatia biztanleria orokorrari dagokionez (Audicana 1999). Gainera istripuei leporatutako hilkortasun hori izeberg baten tontorra baino ez da, hots, istripuek daramaten benetako zama sozial eta sanitarioaren izeberg-tontorra. Horregatik, EHAEko Osasun Plana (Osasun Saila 1994) delakoaren lehentasunezko jarduketa-arloetariko bat da. Osasun publikoko arduradunen ustez, istripuak eta horien ondorioak ez dira nahitaezko gertakizunak edo zorte txarreko gertakizunak. Kasurik gehienetan giza-faktoreak eta inguru-faktoreak elkarrekin lotuta daude; eta faktore horien konbinazioak sortzen duen desorekaren ondorioz gertatzen dira istripu-lesioak. Istripuak sortzen dituzten zirkunstantziak ezagutu eta ulertzen diren neurrian, ezarri ahal izango dira interbentzio-estrategiak.

Metodologia

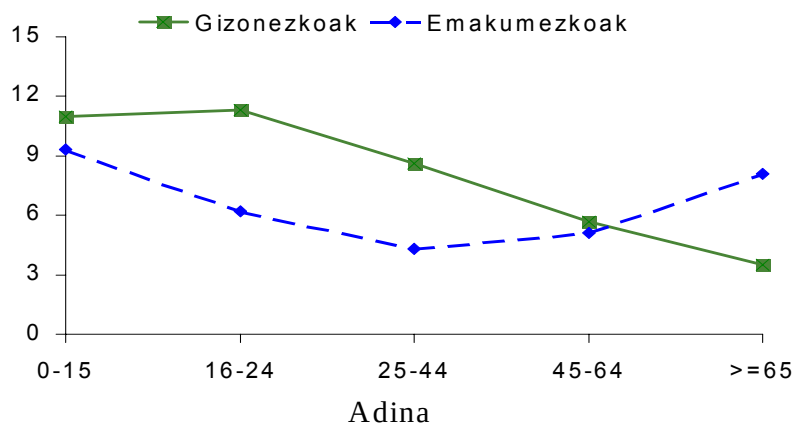
Istripuei buruzko galderak familiarentzako galdesortan sartu dira. Inkesta egin aurretiko hamabi hilabeteetan gertatutako istripuak, zerbitzu sanitarioa behar izan zutenak, bildu dira. Datu horietan ez daude istripuengatik hil ziren pertsonak. Galderarik gehien formulazioa antzekoa izan da 1992an eta 1997an, horregatik denboran zehar izan duen eboluzioa ezagutu ahal izan da. Kapitulu honen helburua da, batetik, istripuen prebalentzia ezartzea, ezaugarri demografiko eta sozioekonomikoen arabera; eta bestetik hauek guztiak deskribatzea: gertakizun-tokia, istripuen mekanismo sortaileak, afektatuta geratzen diren gorputz-atalak eta jardueretan eta zerbitzu sanitarioen erabileran dauden ondorioak.

Ezin izan da determinatu konfidantza-maila onargarri batekin istripu-mota ezberdinen eboluzioa. Jarraian grafikoetan aurkezten diren datuekin 1992 eta 1997 urteak konparatzen dira; horren helburua da: adinaren eta klase sozialaren arabera joeren erreproduktibitatea (konsistentzia) erakustea; izan ere, efektibo oso gutxi dago istripuen azterketa diferentziatua egiteko. Lagina handitu beharko litzateke denboran zehar egon diren aldaketak determinatzeko.

1997ko osasun-inkesta

1997an euskal biztanleriaren %7ak izan zuen istripuren bat azken 12 hilabe-teetan. Istripu-lesioak gizonetzkoetan sarriago gertatu ziren emakumezkoetan baino. Gizonetzkoetan adinaren arabera istripu-tasak behera egin zuen, adinak gora egin ahala; emakumezkoetan, berriz, tasa gehitu egin zen 25 urtetik aurrera (III.3.13 irudia).

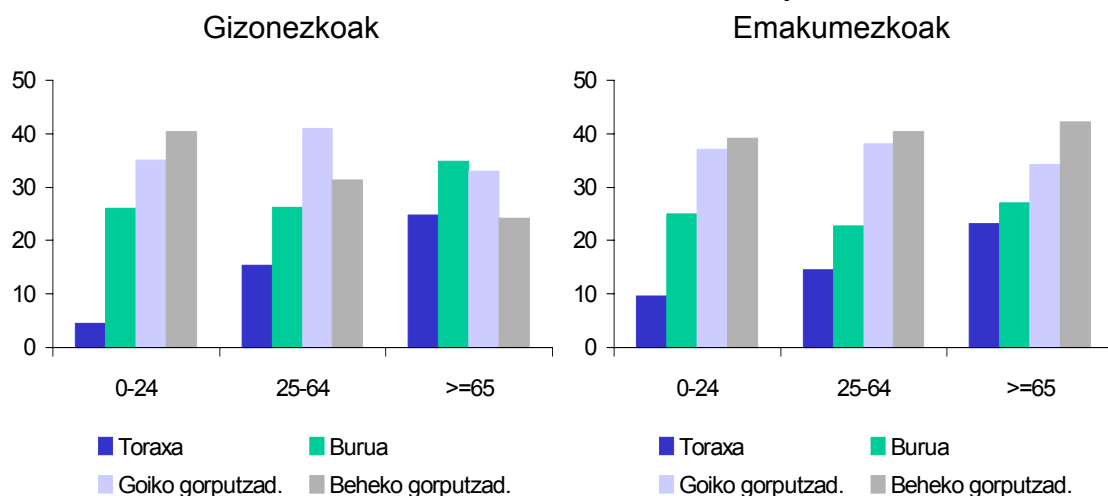
III.3.13 irudia. **Istripuen urteko tasa, 100 pertsonako, adin eta sexuaren arabera, 1997.**



Biztanleria orokorrari dagokionez, erorketek sortutako istripuak izan ziren nagusi (%50). Istripuen mekanismoek adinaren eta sexuaren arabera aldaketak izan zituzten. Erorketak sarriago gertatu ziren emakumezkoen artean (%54) gizonetzkoetan baino (%45), eta baita puntetako adin-taldeetan.

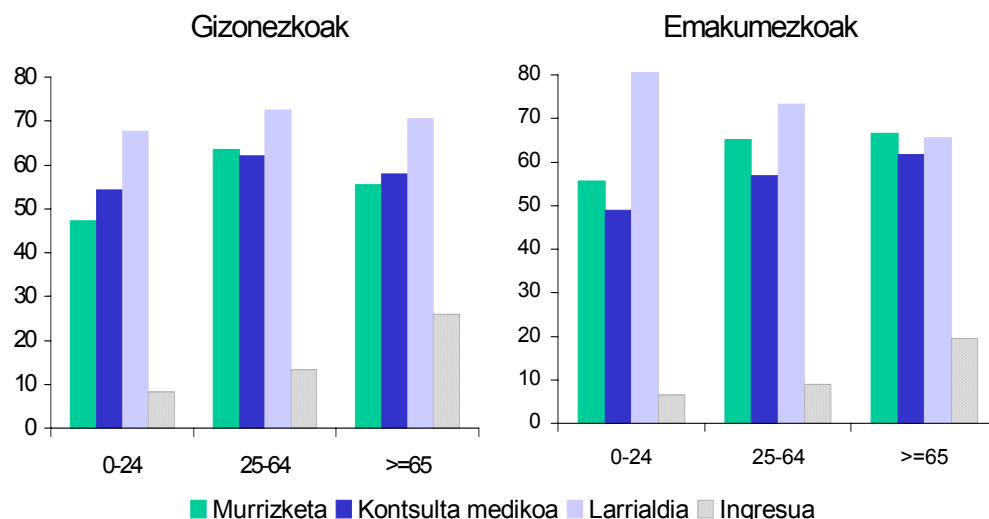
Gorputz-aldietatik sarrien afektatuta gertatu zirenak beheko eta goiko gorputzadarrak izan ziren. Istripuengatik afektatutako gorputz-aldietan adinaren eta sexuaren arabera aldaketak egon ziren. (III.3.14 irudia).

III.3.14 irudia. **Atal afektatuen eta adinaren arabera istripuak.**



Istripuetatik %72, larrialdiko zerbitzu batean atenditu ziren; %57, anbulatorioko kontsulta mediko batean. %59 kasutan jarduerak murriztu beharra egon zen eta %12tan ospitalean ingresatu beharra. Istripuen ondorioek adinaren eta sexuaren arabera aldatu ziren (III.3.14 irudia). Istripu baten ondorioz ospitalean ingratzeko edo larrialdiko zerbitzura jotzeko probabilitatea adinarekin gehitzen da, eta handiagoa da gizonezkoetan emakumezkoetan baino.

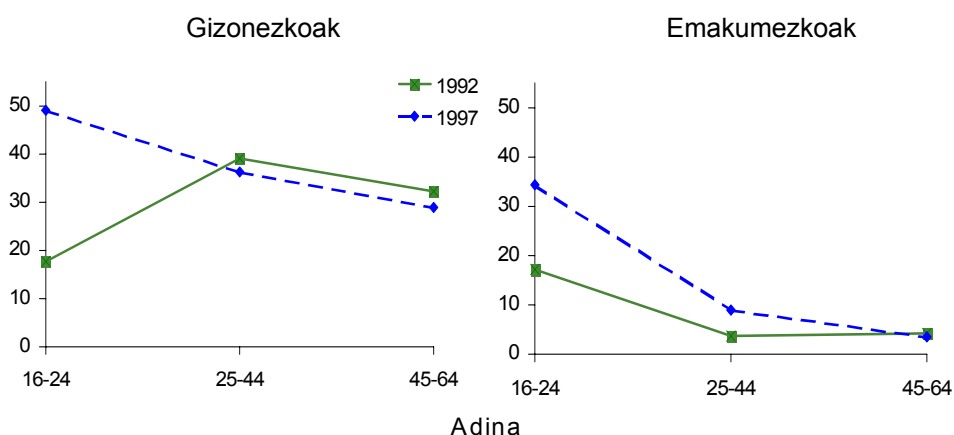
III.3.15 irudia. **Ondorioen eta adinaren arabera istripuak.**



Lan-istripuak

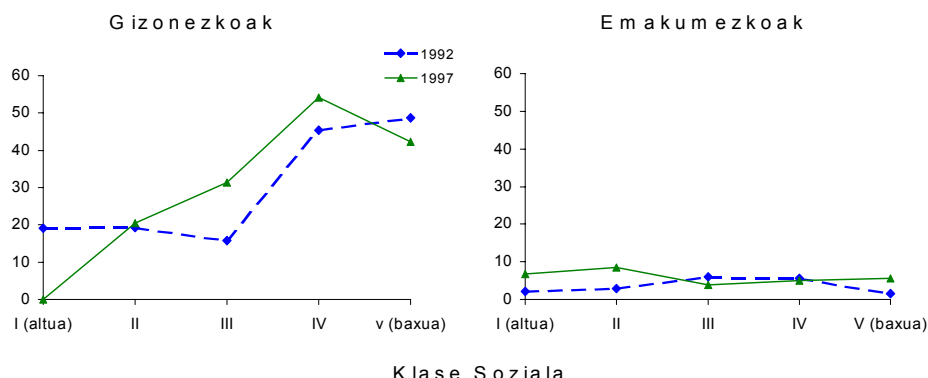
Biztanleria aktiboaren %2ak (gizonezkoen %3,5ak eta emakumezkoen %0,7ak) lan-istripu bat izan zuen inkestaren aurreko hamabi hilabeteetan. Lan-istripuak sarriago gertatu ziren gizonezkoetan, emakumezkoetan baino. Emakumezkoetan adina gehitzen den neurrian istripu horiek murriztu egiten dira (III.3.16 irudia).

III.3.16 irudia. **Lan-istripuen urteko tasa (1.000 pertsona aktibo bakoitzeko), adinaren arabera, 1992-1997.**



Gizonezkoetan lan-istripua izateko probabilitatea handiagoa da klase sozial desfavoratuenetan, eta gainera gradiente bat ikusten da eskala sozialean behe-rantz goazen neurrian (III.3.17 irudia). Emakumezkoetan gizarte-diferentzia horiek ez dira nabari agertzen.

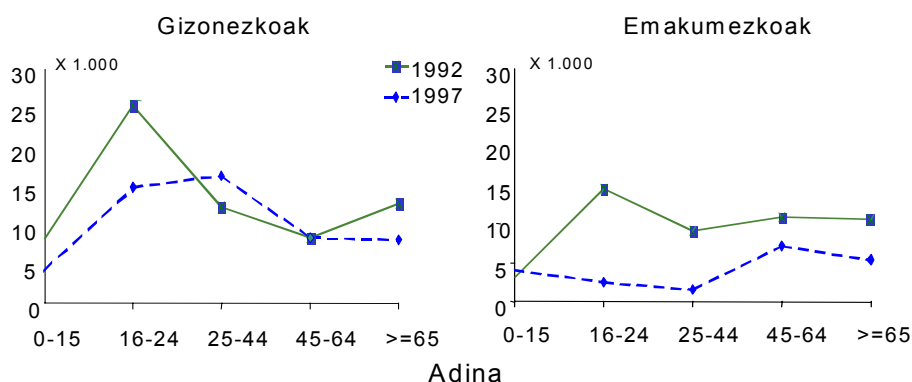
III.3.17 irudia. **Lan-istripuen prebalentzia (1.000 pertsona aktibo bakoitzeko) adinaren arabera estandarizatuta, klase sozialaren arabera, 1992-1997.**



Trafiko-istripuak

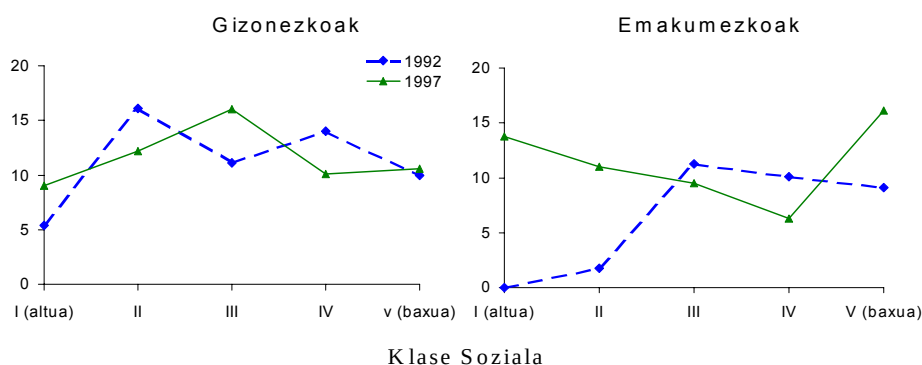
Trafiko-istripuak dira lesioengatiko heriotza-zergatirik printzipalena; batez ere gazteak afektatzen ditu, sexu bietako 15-24 urtekoen lehenengo heriotza-zergatia delarik. 1997an, mila inkestatutatik 10ek trafiko-istripu bat izan zutela aitortu zuten. Sarriago gertatu ziren gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino. 16-24 urte bitarteko gizonezkoek izan zuten istripu-mota hori izateko probabilitaterik handiena (III.3.18 irudia). Istripuaren ondorioz ingresatua izateko probabilitatea hiru bider handiagoa da bestelako istripuen ondoriozkoa baino.

III.3.18 irudia. **Trafiko-istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako), adinaren arabera, 1992-1997.**



1997an, ez ziren ikusi esateko gizarte-diferentziarik adierazle horri dagokionez ez gizonezkoetan eta ez emakumezkoetan (III.3.19 irudia).

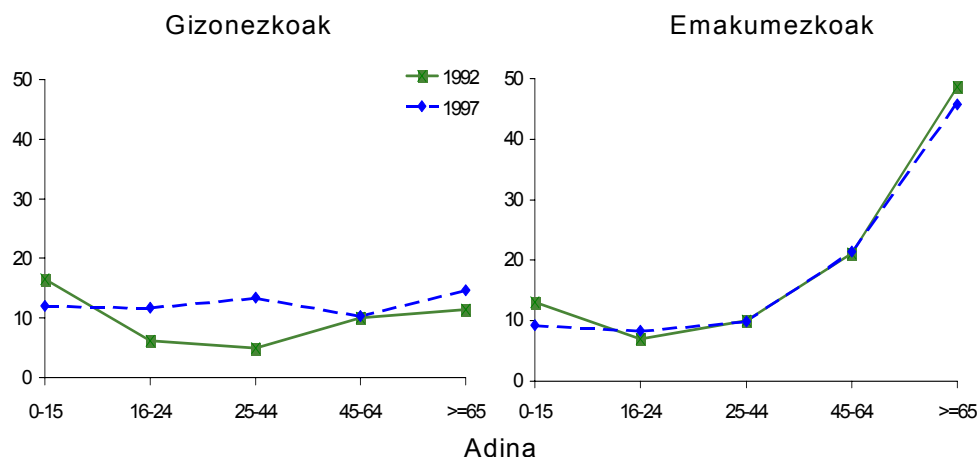
III.3.19 irudia. **Trafiko-istripuen prebalentzia (1.000 pertsonako) adinaren arabera estandarizatuta, adin eta klase sozialaren arabera.**



Etxeko istripuak

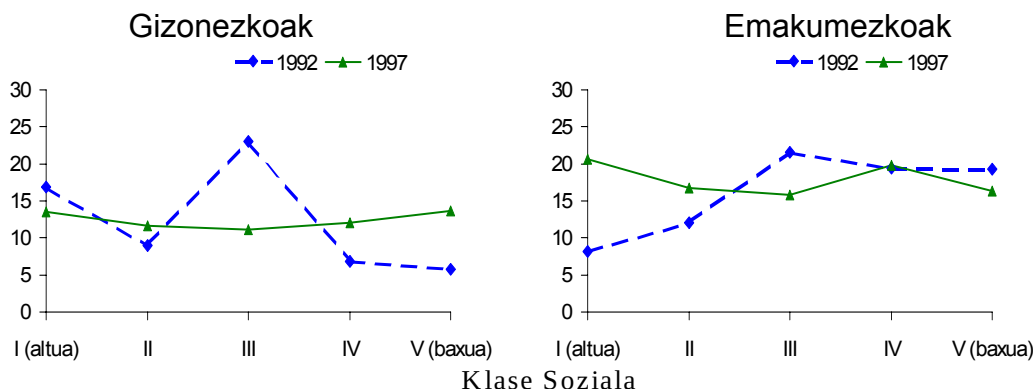
1997an, inkestatutakoen milako 15,5ak etxean istripu bat izan zuela aitortu zuen. Istripu horiek sarriagotan gertatu ziren emakumezkoen artean gizonezkoetan baino. Emakumezkoetan istripu horiek esponentzialki gehitu ziren adina gehitu neurrian. Gizonezkoetan, ordea, ez zen egon adinaren arabera joera argirik (III.3.20 irudia).

III.3.20 irudia. **Etxe-istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako), adin-taldearen arabera, 1992-1997.**



1997an ez zen egon gizarte diferentziarik etxeko istripu bat izateko probabilitatean (III.3.21 irudia); baina 1992an, gizarte-diferentziak emakumezkoetan ikusi ziren, eta kontrako zentzuan gizonezkoetan.

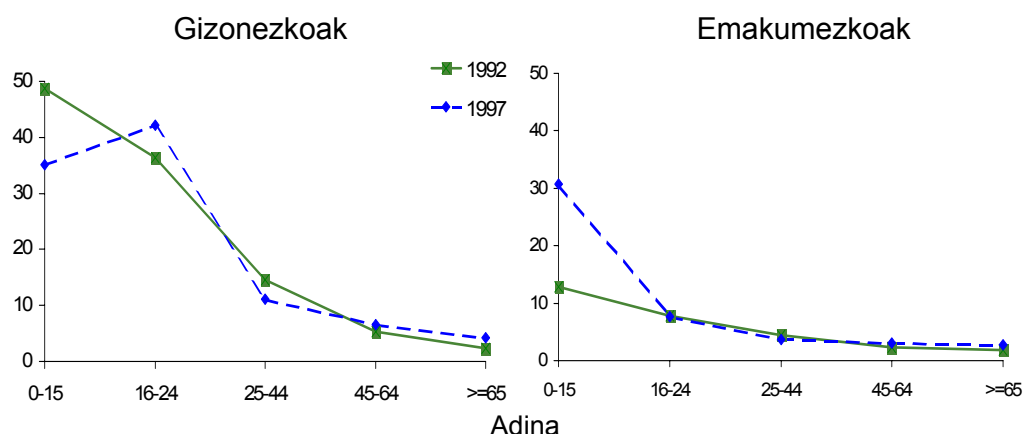
III.3.21 irudia. **Etxe-istripuen prebalentzia (1.000 pertsonako) adinaren arabera estandarizatuta, klase sozialaren arabera.**



Kirol-istripuak

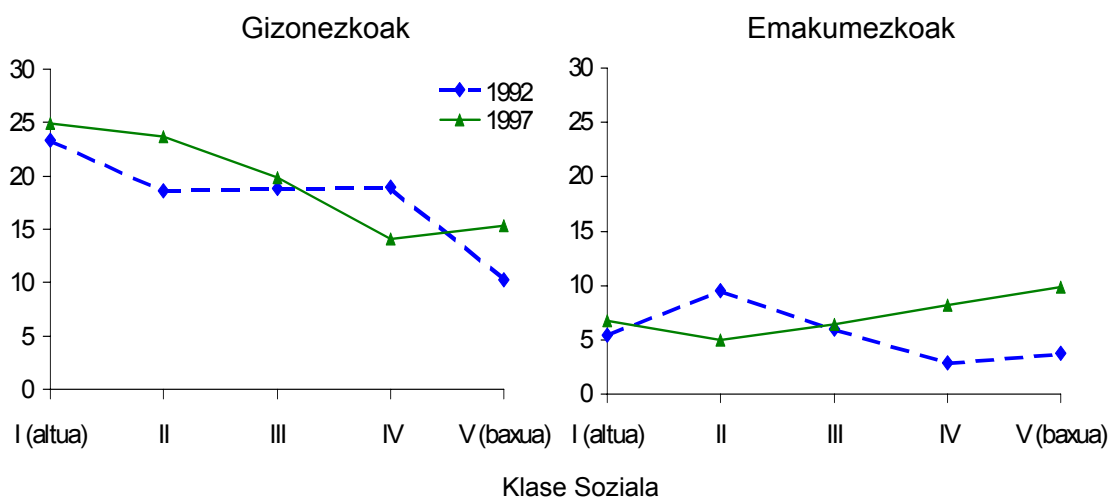
1997an mila inkestatutakoetatik 13k kirol-istripu bat izan zuten. Kirol-istripu bat izateko probabilitateari dagokionez, gizonezkoetan handiagoa izan zen (milako 18) batez ere gazteen artean (III.3.22 irudia).

III.3.22 irudia. **Kirol-istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako), adinaren arabera, 1992-1997.**



Gizonezkoetan, kirol-istripu bat izateko probabilitatea handiagoa izan zen klase sozial faboratuenen artean eta gainera gradiente bat agertu zen eskala sozialean beherantz goazen neurrian (III.3.23 irudia). Emakumezkoetan gizarte-diferentzia horiek ez ziren hain nabari agertu.

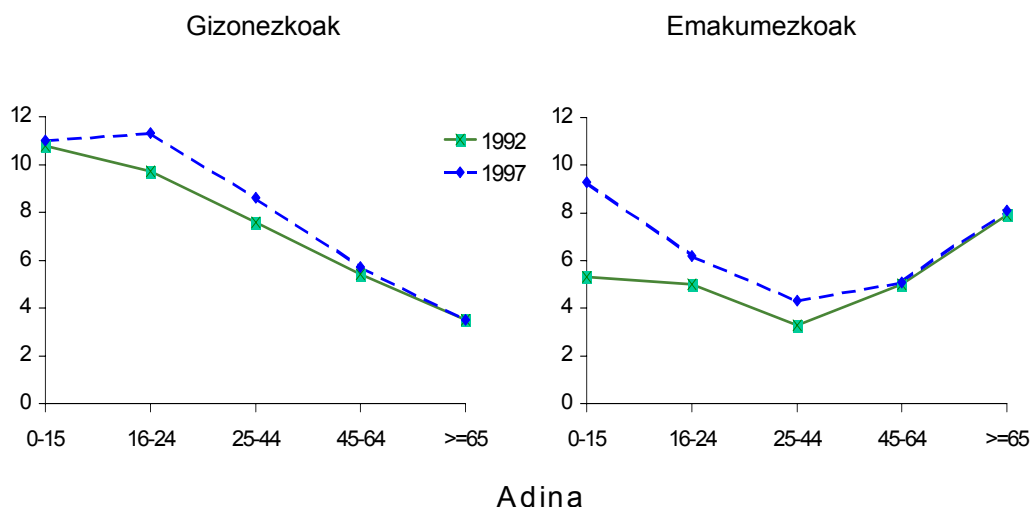
III.3.23 irudia. **Kirol-istripuen prebalentzia (1.000 pertsonako), adinaren arabera estandarizatuta, klase sozialaren arabera.**



1992-1997 eboluzioa

Adinaren arabera egokitu ondoren, %17ko gehikuntza ikusi zen (%22koa gizonezkoenetan eta %14koa emakumezkoetan) istripuen prebalentziari dagokionez (III.3.24 irudia). Gainera, adin-taldearen arabera eboluzioa ezberdina zela ikusi zen: gazteen taldean %30eko gehikuntza zegoen; beste taldeetan, ordea, ez zegoen esateko gehikuntzarik.

III.3.24 irudia. **100 pertsonako eta adinaren arabera istripuen urteko tasa, 1992-1997.**



Ondorioak

Euskal herrian bizi ziren %7ak 1997an istripu bat izan zuen. Beraz 1992 urtearen aldean %17ko gehikuntza egon zen. Istripuak sarriago gertatu ziren gizonezkoen artean, eta gazteen artean. Erorketak izan ziren istripu-motarik ugariak, eta gorputz-adarrak gorputz-ataletatik sarrien afektatuak. Istripuen ondorioz, istripua izandakoen %12 ingesatu behar izan ziren. Sarrien gertatu ziren istripuak etxeak eta toki publikoetakoak izan ziren. Trafiko-istripuak ez ziren izan ugariak, baina bai grabeak.

Datu horiek istripu-lesioen izaeraren eta ondorioen lehenengo zirriborroak dira. Baina, beharrezkoa da istripu-lesioengatik morbiditatea noraino hedatzen den hobeto ezagutzea. Horretarako beharrezkoa da ospitaleetako larrialdi-geletan bildutako datuak aztertu ahal izatea, bai eta mutuetan eta trafiko-unitateetan bildutakoak ere, zeren, datu horiekin arrisku-faktoreak, kolektibo bereziki kalteberak eta arrisku bereziko inguruak hobeto identifikatu baitira.

1997ko Euskal Herriko osasun-inkestaren datuen arabera, jadanik zabal hedatuta dauden praktikei ekin behar diegu eta praktikok geureganatzen saiatu behar gara; izan ere, istripu-lesioak murrizteko praktika horiek duten efikazia frogatuta dago, eta gainera, praktika horietatik asko legeak erregulatuta dauzka, esaterako segurtasun-uharen edo haurrak lotzeko sistemen erabilera. Inkesta horren arabera, pertsona helduen %61ak bakarrik erabiltzen zuten beti segurtasun-uhala hiriko bidaietan, eta %80ak errepideetako bidaietan. Gizarte-inguruaren garrantzia ere azaldu zen, praktika horretan gradiente sozial bat ikusi zenean, klase sozial faboratuenetako pertsonen artean handiagoa izan zelarik. Horrez gain, 5 urteko beherakoen gurasoen %51k bakarrik erabiltzen zituen beti haurra lotzeko sistematik, haurra kotxean zihoanean; datu hori honela banatuta dago: %57a klase altuetan dago eta %47a klase baxuetan. Hiritarrak arriskuak zeintzuk diren jakin arren portaera egokia ez badu ere, prebentzio-interbentzioetan erabiltzeko estrategiek ez dute hiritarra errudun egin behar. Baizik eta Interbentzio horiek gizarte- eta kultura-inguruko barrerak hartu behar dituzte kontuan, zeren horietan baitaude portaera pertsonala aldatzeko edo erabakitze zailtasuna eta mugak.

Erreferentziak

1. AUDICANA C. *Análisis de la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, 1997*. Osasunkaria 1999.
2. BLAXTER M. HEALTH AND LIFESTYLES. LONDON AND NEW YORK: TAVISTOCK/ROULEDGE. 1990.
3. OSASUN SAILA. *Plan de Salud. Proyectos Osasuna Zainduz*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jauriaritzaren Argitaralpen Zerbitzu Nagusia. 1994.
4. HELIÖVAARA M, AROMAA A, KLAUKKA T, KNEKT P, JOUKAMAA M, IMPIVAARA O. *Reliability and validity of interview data on chronic diseases. The mini-finland health survey*. J Clin Epidemiol 1993; 46: 181-191.
5. PLASENCIA A, MONCADA S. INFORME SESPAS 1999. ACCIDENTES.
6. SUNYER J, ANTÓ JM, TOBIAS A, BURNEY P. *Generational increase of self-reported first attack of asthma in fifteen industrialized countries. European Community Respiratory Health Study (ECRHS)*. Eur Respir J 1999; 14: 885-91.

IV. Zerbitzu Sanitarioak

IV. Zerbitzu sanitarioak

Sarrera

Oro har, zerbitzu sanitarioen erabilera biztanleriaren osasun-egoeraren ondorio zuzentzat hartzen dugu. Zehazki esateko, biztanleriak hautemandako osasunarena, berau baita hilkortasuna hobekien iragartzen duena (Helmer C et al 1999).

Hala ere, ez dago erlazio linealik osasun-egoeraren eta zerbitzu sanitarioen erabileraren artean. Gainera, osasunarengan beste faktore askok eragina izan dezakete, besteak beste, honako hauek aipatu direlarik: adina, sexua, ikasketamaila, bizilekua, maila sozioekonomikoa, kultur ingurunea, zerbitzuen eskaintza toki-mailan edo aipatutako zerbitzuen erabilerraztasuna (Freid VM et al 1998, Curtis KM; et al 1998, Nelson C et al 1998, Mustard CD et al 1998). Nolanahi ere, osasun-egoera da, batez ere, zerbitzuen erabilera zehazten duena (Berg-Weger M et al 1998, Benzeval M and Judge K 1994).

Bestalde, zerbitzuen erabileraren ondorio desiragarrien artean, osasun-egoeraren hobekuntzaz gain, honako hauek ditugu: erabiltzaileen gogobetetzea eta sistema sanitarioarekin izandako harremanetatik sortutako iritzia, jasotako aholkua betetzeko eta, beraz, horren eragingarritasunerako eragile garrantzitsua dena (Cleary PD, McNeil BJ 1998).

Osasun-inkestaren metodologiak, eremu desberdinei (anbulatorioa, urgentzi-etako zerbitzuak, erizaintza, hortz-zerbitzuak) buruzko faktore horiek guztiak batera aztertzeiko aukera ematen du. Horrez gain, adierazle horiek denboran izandako eboluzioa egiazta daiteke, inkestaren aurreko edizioetako datuekin konparatzen badira.

Azkenik, hemen aurkezten diren datuei buruzko bi ohar garrantzitsu: batetik, datuak biztanleria osoaren lagin adierazgarri batetik hartu dira; hortaz, zerbitzu pribatuei buruzko informazioa barne hartzen da, beste bide batzuk erabilia eskuratzen zaila dena. Bigarrenik, kontuan hartu behar da informazio hau lortzeko pertsona bati galdetzen zaiela, eta horrek esan nahi du gutxiegi edo gehiegi baloratzeko arriskua dagoela (Roberts RO et al 1992). Ez da artxibo klinikoetatik abiatuta egindako zenbaketa bat, eta ez ditu ordezkatu nahi zerbitzu sanitarioak hornitzen dituzten erakundeek erabiltzen dituzten jarduera ebaluatzeko sistemak.

Metodologia

Informazioa lortu zen, aukeratutako familietako kide guztiei egindako elkarriketa pertsonalaren bidez. Familiako kide guztiak momentu berean bildu ezin zirenean, familiako kide kualifikatu batek (normalean amak edo ezkontideak) erantzundakoa onartzen zen, iritzi-galderen kasuan izan ezik, kasu horretan interesdunak pertsonalki erantzun behar baitzuten. 14 urtetik beherako neska-mutikoentzako galderak, halaber, amek edo haien ardura zuten pertsonak erantzuten zituzten. Erreferentzia-aldia aldakorra izan zen, aztertu beharreko azterlanaren izaeraren arabera: kontsulta ambulatorioa -4 egun-, urgentzietara joatea -6 hilabete-, ospitalizazioa -12 hilabete. Iritzi-galderei erantzuteko, 5 item zituen eskala bat aukeratu zen, 'bikain'-etik hasi eta 'oso txarto'-raino hartzen zuena.

IV.1. Anbulatorioko atentzio medikoa

Felipe Aizpuru

Sarrera

Atal honetan sartu ditugu ospitaletik kanpo egiten den jarduera medikoaren datu guztiak, hots, medikuntza orokorreko kontsultei, pediatriari eta beste espezialitateei dagozkienak. Ez dugu hemen sartu ospitaletik kanpoko larrialdiko asistentzia.

Metodologia

Galderen erreferentzia-alditzat inkestaren aurreko 14 egunak hartu ziren. Aldi horretan espezialitate medikoko edo beste diziplinetako profesionalei egindako kontsulta-kopurua kuantifikatu zen, eta azken kontsultan gertatutakoan sakondu. Urteko kontsulta-kopuru totala, 1986an eta 1992an bezala, 14 egun horretan egindako bisitetatik extrapolatu zen.

Inkestako galderetan hauek galdetu ziren: kontsultaren arrazoia eta tokia; itxaron-denbora eta kontsultaren iraupena; asistentziaren aspektu ezberdinei buruzko iritzia. Kasurik gehienetan, galderak EHAEOlaren aurreko edizioetakoak aldatu gabe egin ziren, konparazioa errazteko. Kapituluaren zehar estimatzaile parametrikorik ohikoenak (batezbestekoa eta proportzioa) erabili dira, bildutako informazioa deskribatzeko. Denborei dagokienez, ordea, nahiago izan da mediana erabiltzea, puntako balio oso altuak baitaude.

Kapitulu honetan sartzeko informazioaren bolumen hain handia kontuan hartuta, kapituluak lau atal izango ditu: eskariaren ezaugarriak, denboren kudeaketa, eskuragarritasuna eta biztanleriaren iritzia.

Eskariaren ezaugarriak

1997ko osasun-inkesta

1997an, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko biztanle bakoitzeko kontsulta medikoen urteko batezbestekoa (inkestaren aurreko 14 egunetako informaziotik extrapolatua) 6,8koa izan zen. Sexu bietan, kontsulta-kopurua gehitu egiten da, adinak gora egiten duen neurrian, 15 urtetik beherakoetan izan ezik. Bizitzaren lehen urteetan mutikoek kontsulta-kopuru gehiago dute neskek baino; baina, 15 urte geroztik datu hori inbertitu egiten da: emakumezkoek adin guztietan gehiago kontsultatzen dute, 65 urtetik gorako taldean gizonezkoen batezbestekoa bikoiztu arte (IV.1.1 taula).

IV.1.1 taula. **Medikuari egindako kontsulten urteko batezbestekoa, adin-taldearen eta sexuaren arabera.**

	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	k*	batezbest.	k	batezbest.
≤ 14	852	7,0	839	6,5
15-24	1.086	3,2	1.005	4,0
25-44	1.997	4,7	1.978	5,5
45-64	1.518	7,3	1.550	9,4
≥ 65	773	11,3	1.125	22,0
Guztira	6.226	6,2	6.497	7,5

- Laginketa-tamaina

Biztanleriaren hiru laurdenak baino gehiagok (1.646.000 pertsonak) aldi horretan, gutxienez behin jo zuten medikuren batengana. Gehienak, %97ak, pertsonak berak jo zuen. Bitartekoren baten bidez jo zutenen kopurua 25 urtetik beherakoen eta 65 urtetik gorakoen artean erdi bitan zatituta dago.

Berrehun mila pertsonak aitortu dute azken hamabi hilabeteetan medikua-rengana 10 bider edo gehiagotan jo dutela. 'Sarritzaile handiak' deitzen diegunak dira. IV.1.2 taulan agertzen dira banatuta adinaren eta sexuaren arabera. Puntako adin-taldeetan ez da ikusten beste taldeetan dagoen korrelazioa, hots, kontsulten batezbesteko kopuruaren eta 'sarritzaile handien' proportzioaren artekoa: nesken artean sarritzaile handien proportzioa handiagoa da mutikoen artean baino, nahiz eta medikuarengana gutxiagotan joan (doazenak sarriagotan doaz mutikoak baino); 65 urtetik gorako emakumezkoen artean, sarritzaile handien proportzioa txikiagoa da adin-talde bereko gizonezkoetan baino, nahiz eta oro har, emakumezkoak medikuarengana gizonezkoak baino bi bider gehiago joan.

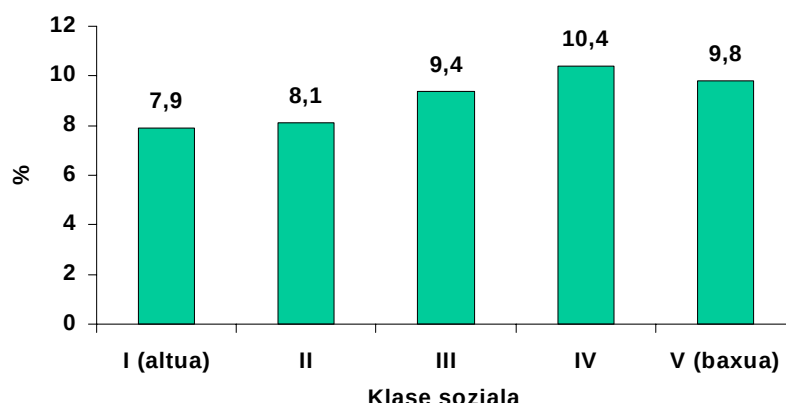
IV.1.2 taula. **Sarritzaile handiak, adin-talde eta sexuaren arabera.**

	Gizonezkoak		Emakumezkoak		Guztira	
	%	biztanleria*	%	biztanleria	%	biztanleria
≤ 14	8,3	11.595	9,7	13.370	9,0	24.965
15-24	2,1	3.704	4,0	6.692	3,0	10.396
25-44	5,2	17.140	6,9	22.516	6,1	39.656
45-64	10,6	26.534	12,9	33.012	11,8	59.546
≥ 65	21,2	26.993	20,7	38.440	20,9	65.433
Guztira	8,4	85.996	10,7	114.030	9,5	199.996

* estimatutako biztanleria

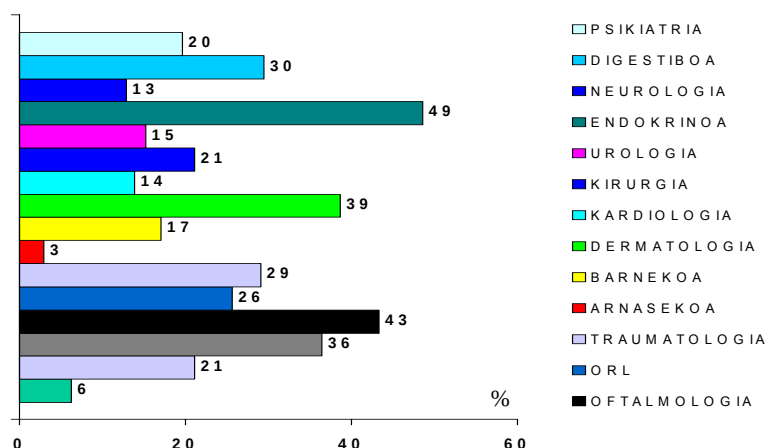
Gutxiago faboratutako kategoria sozioekonomikoetan, sarritzaile handien proportzioa handiagoa da (IV.1.1 irudia).

IV.1.1 irudia. **Sarritzaile handiak, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).**



Ehun bisitatatik 18, kontsulta pribatuan egin ziren. Klase sozialari dagokionez, proportzioa aldatu egiten da, V klaseko %10aren eta I klaseko %33aren bitartean. Zenbait espezialitatetan, kontsulta pribatuen proportzioa erdira hurbildu zen; medikuntza orokorrean, berriz, portzentajeak %6ra arte behera egiten du (IV.1.2 irudia).

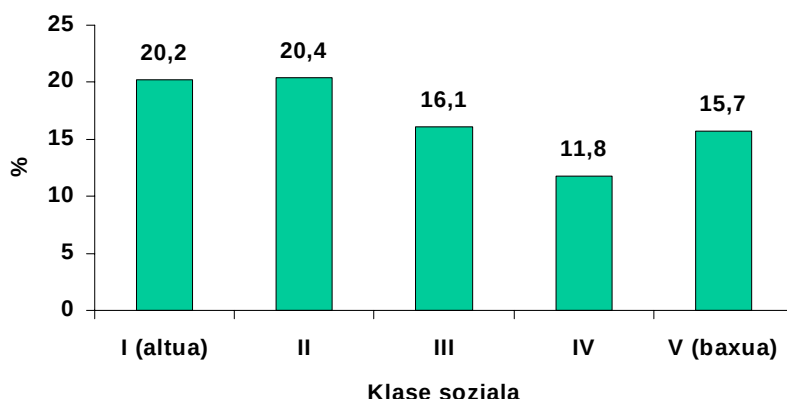
IV.1.2 irudia. **Kontsulta pribatuen proportzioa, espezialitate medikoen arabera.**



Kontsulta guztien hiru laurden baino gehiago osasun arazoren bat diagnostikatzeko, tratatzeko edo kontrolatzeko eskatu ziren; %15a prebentzio-arrazoiengatik; %7,6 administrazio-bisitak izan ziren: errezetak eskatzeko (%6,5), edo lan-ezgaitasun iragankorraren tramiteak egiteko (%1,1).

Klase sozialaren arabera, klase faboratuenean jo zuten gehien medikuarengana prebentzio-praktiketarako (IV.1.3 irudia).

IV.1. 3 irudia. **Prebentzio-kontsultak, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).**



Pazienteek diotenez, kontsultetara jo zutenen %5,2a bidali zen erizainarengana, asistentzia osatzeko; %8,8a, beste medikuren batengana, ia beti espezialistaren batengana; ia erdiari, %49,2ari, medikamentuak errezeta zizkieten; %31,9ak bizimoduari buruzko, hots, ohitura osasungarri, dieta, ariketa fisiko eta abarri buruzko aholkuren bat jaso zuen; %20,4ari osagarritzko froga bat edo gehiago agindu zizkieten (erradiografia, analisiak, espirometria, elektrokardiograma eta abar); eta %46,6ari beste zita bat eman zioten, azterketari jarraitzeko edo osasun-arazoaren eboluzioa ikusteko (IV.1.3 taula).

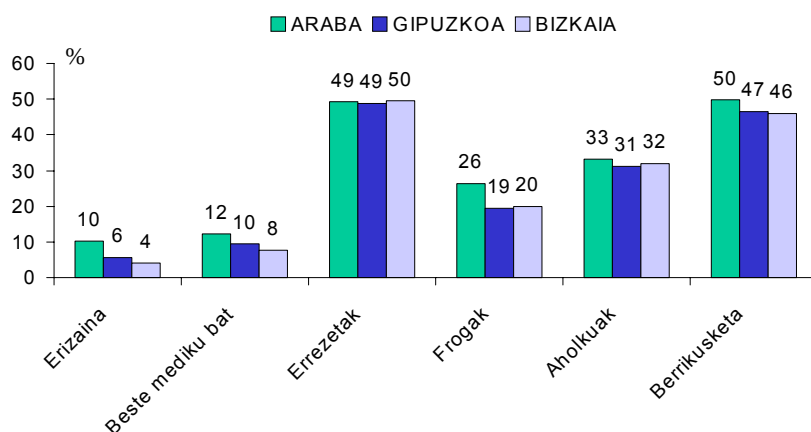
IV.1.3 taula. **Kontsulten ondorioak (%), adin-taldearen arabera.**

	Erizainarengana	Beste mediku batengana	Medikamentuen preskripzioa	Frogak	Osun-aholkuak	Arazoa berrikustea
≤ 14	5,6	4,3	46,6	11,4	32,6	31,8
15-24	4,2	10,7	49,1	18,7	32,2	32,6
25-44	5,1	7,2	45,4	24,3	34,0	50,4
45-64	5,4	10,1	49,3	22,8	30,7	50,0
≥ 65	5,5	10,8	54,5	20,6	30,8	54,3
Guztira	5,2	8,9	49,2	20,4	31,9	46,6

Taula horren arabera, adinak gora egiten duen neurrian hauek ere gehitu egin dira: batetik, medikamentuen preskripzioa, eta bestetik zita berriak, arazoa berrikusteko edo haren jarraipena egiteko; osagarritzko frogak, ordea, bizitzako adin ertainetan kokatzen dira batez ere.

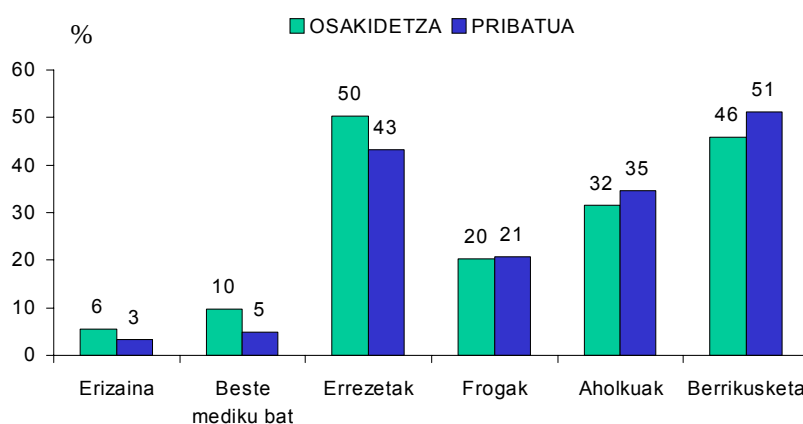
IV.1.4 irudian ikusten den bezala, EHAEko hiru lurralde historikoetako medikuek beren eskura zituzten baliabideen erabilera diferentziak daude. Arabako medikuek proportzio handiagoan deribatu dituzte pazienteak (beste medikuren batengana edo erizainarengana) Gipuzkoako medikuek baino, eta Bizkaikoek baino proportzio askoz handiagoan. Arabakoak ere dira osagarritzko froga gehien eskatzen dituztenak. Medikamenturen bat errezetatu edo bizitza osasungarriarekin erlazionatutako aholkuak ematen diren kontsulten proportzioa berdintsua izan zen hiru lurraldeetan.

IV.1.4 irudia. **Kontsulten proportzioa, beren ondorioen arabera eta lurralde historikoaren arabera.**



Kontsulta finantzatzen duen erakundeak badu zerikusia kontsulta horren ondorioekin: Osakidetza ente publikorako lanean ari diren medikuek joera handiagoa dute pazientea beste profesional batengana deribatzeke edo medikamentuak errezetatzeko, sektore pribatuko medikuek baino, IV.1.5 irudian ikusten diren datuen arabera.

IV.1.5 irudia. **Kontsulten banaketa, zerbitzuaren enpresa hornitzaile motaren arabera.**



1986-1992-1997ko eboluzioa

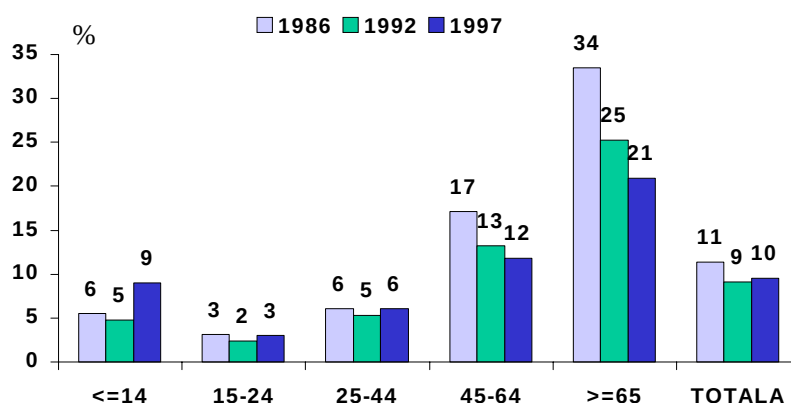
1986 eta 1992 bitarteko geldiuenearen ostean, (are gehiago, zenbait azpitaldetan gertatutako beherakadaren ostean), anbulatorioko asistentzia medikoaren eskariak gora egin du adin-talde guztietan, 14 urtetik beherako neskatxoetan izan ezik (VI.1.4 taula); horietan berdin mantentzen da, eskualde sanitario guztietan eta kategoria sozioekonomiko guztietako kideen artean.

IV.1.4 taula. **Kontsulta medikoen batezbestekoa, adin eta sexuaren arabera. 1986-1992-1997 eboluzioa.**

	Erizainaren- gana bidali- ta	Beste mediku batengana bidalita	Medikamentuen preskirpzioa	Probak	Osasun- aholkuak	Arazoen berrikusketa
≤ 14	5,6	4,3	46,6	11,4	32,6	31,8
15-24	4,2	10,7	49,1	18,7	32,2	32,6
25-44	5,1	7,2	45,4	24,3	34,0	50,4
45-64	5,4	10,1	49,3	22,8	30,7	50,0
≥ 65	5,5	10,8	54,5	20,6	30,8	54,3
Total	5,2	8,9	49,2	20,4	31,9	46,6

Urtean 10 bider edo gehiagotan kontsultara jotzen duten sarritzaile handien proportzio totalak, %9tik 10era arte igo zuen; hala ere, 1986koa baino txikiagoa da (%11,4). Igoera hori ez da berdina adin-talde guztietan. Txikienetan gertatu da gehien. 44tik gorakoetan eta batez ere 64tik gorakoetan, berriz, jaitsiera erlatibo nabarmena ikusten da (IV.1.6 irudia). Gizonezkoek eta emakumezkoek berdintsu portatu ziren zentzu horretan.

IV.1.6 irudia. **Sarritzaile handiak. 1986-1992-1997 eboluzioa.**



Errezetak eskatzeko bisita-kopuruak izan zuen beherakada, prebentzio-praktiketarako kontsultek izandako gehikuntzaren neurrikoa da (IV.1.5 taula).

IV.1.5 taula. Errezetak lortzeko eta prebentzio-praktikengatik egindako kontsulten portzentajea eta kopuru osoa. 1986-1992-1997 eboluzioa.

	1986*	1992	1997
	%	% (urteko kontsultak)	% (urteko kontsultak)
Errezetak	10,9	11,5 (1.099.540)	6,5 (644.540)
Prebentzioa	5,8	10,4 (995.176)	15,1 (1.495.546)

- Galdera hori 1992tik aurrera apur bat aldatu zenez, 1986 urtearekin konparatzerakoan kautelaz ibili behar da.

EHAEOIren azken bi edizioetan ikuskatutako ondorio posibleak 1992an sarriagotan eman ziren 1997an baino, IV.1.6 taulan ikusten den arabera. Nabarmen agertzen dira medikamentu-errezetak luzatzeko kontsulten beherakada eta osagarritzko frogen eskaera luzatzen duten kontsulten beherakada. 1986an ez ziren egin galdera horiek.

IV.1.5 taula. Ondorioen arabeko kontsulten proportzioa. 1992-1997 eboluzioa.

	1992	1997
Erizainarengana bidali	5,4	5,2
Beste medikuren batengana	9,5	8,9
Medikamentu-preskripzioa	60,8	49,2
Osagarritzko frogak	27,4	20,4
Osasun-aholkuak	42,7	31,9

Ondorioak

Anbulatorioko asistentzia sanitarioko eskaria orokorrean gehitu dela ikusi da. Gazteenen adin-taldeek dute gehikuntza erlatibo garrantzitsuena. Horregatik pentsa dezakegu eskariak gehitzeko duen joera hori mantendu egingo dela datozen urteetan. Gehikuntza hori ez du konpentsatzen burokrazia-arrazoiengatik kontsultetako beherakadak (behar bada, beherakada administrazio-unitateetan zurgatuta geratu baita). Horrek beste arazo bat planteatu diezaioke sistema sanitarioari; izan ere, sistema jadanik gainkargatuta dago, batetik, biztanleria zahartzen doalako, eta bestetik, biztanleriari eskaintzen zaion zerbitzu-karteran etenik gabe zerbitzu berriak sartzen direlako.

Datuek erraztasun handiagoa proposatzen dute Arabako asistentzia-zerbitzuetara heltzeko. Horrek esan nahi du espezialistarengana deribatze handiagoa dela eta proba osagarriak ere gehiago eskatzen direla.

Denboren kudeaketa

1997ko osasun-inkesta

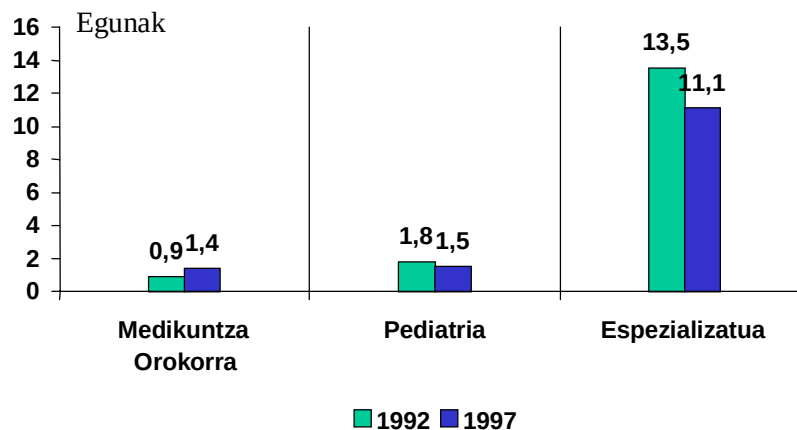
Pertsona batek, batez beste egun bat gehiago itxaron behar du sistema publikoko mediku orokor batekin zita lortzeko, kontsulta pribatuko zita bat lortzeko baino; zortzi egun gehiago, espezialistaren zita denean; eta egun erdi gutxiago pediatriako kasuan. Kontsultan sartzeari dagokionez, sistema publikoan bitik seira bitarteko minutu gehiago itxaron beharko du; eta kontsulta bera, bi eta zazpi bitarteko minutu gutxiagokoa izango da (IV.1.7 taula).

Bakoitzaren banaketen medianak hurbilago ipintzen ditu konparatutako bi finantzazio-motak.

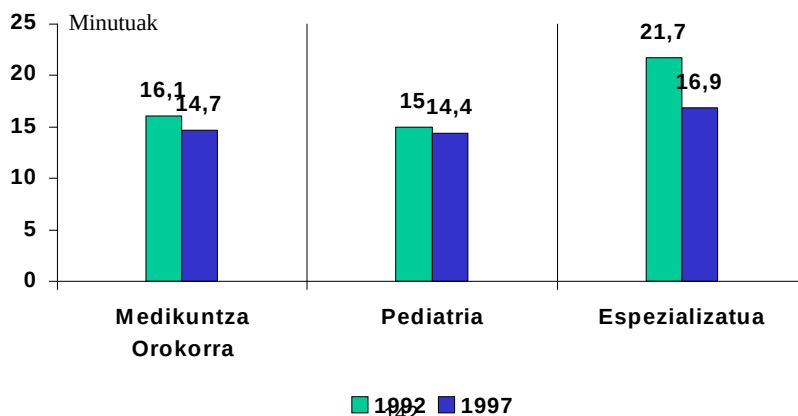
1992-1997 eboluzioa

IV.1.8 iruditik IV.1.10 irudira azaltzen dira aztertze aldi gertatutako aldaketak. Medikuntza orokorrean, zita bat lortzeko itxaron-denbora 0,9 egunetik 1,4ra igo zen; medikuak hartu arteko itxaron-denbora 16,1 minututik 14,7ra arte hobetu zen; kontsultaren iraupena 11,6 minututan finkatu zen. Pediatrian itxaron-egunak beherantz joan ziren 1,8tik 1,2ra arte; itxarongelako denbora, berriz, 15 minututik 14,4ra arte; kontsultaren iraupena 14 minututik 12 minutura arte jaitsi zen. Azkenik, atentzio espezializatuari dagokionez, itxaron-egunak 13,2tik 11,1era pasatu ziren; itxaron-denbora 21,7tik 16,9 minutura jaitsi zen; eta kontsultaren iraupena hobera joan zen pertsonako 16,6tik 18,4 minutura.

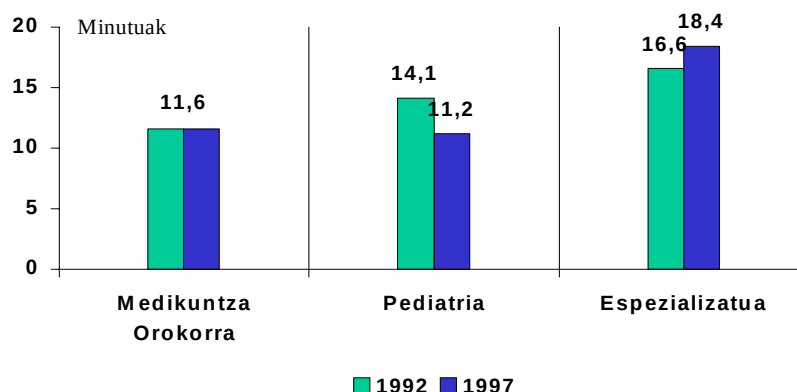
IV.1.8 irudia. Zita lortu arteko egunak, kontsulta-motaren arabera. 1992-1997 eboluzioa.



IV.1.9 irudia. Itxarongelako denbora, kontsulta-motaren arabera. 1992-1997 eboluzioa.



IV.1.10 irudia. **Kontsultaren iraupena, kontsulta-motaren arabera. 1992-1997 eboluzioa.**



Ondorioak

Oro har, zita lortu arteko itxaron-egunak murriztu egin dira (medikuntza orokorrean izan ezik), bai eta itxarongeletako denborak ere. Kontsultaren iraupena gehitu egin da atentzio espezializatuan, eta mantendu medikuntza orokorrean, nahiz eta aurrean komentatutako eskariak gorakada nabaria izan.

Eskuragarritasuna

1997ko osasun-inkesta

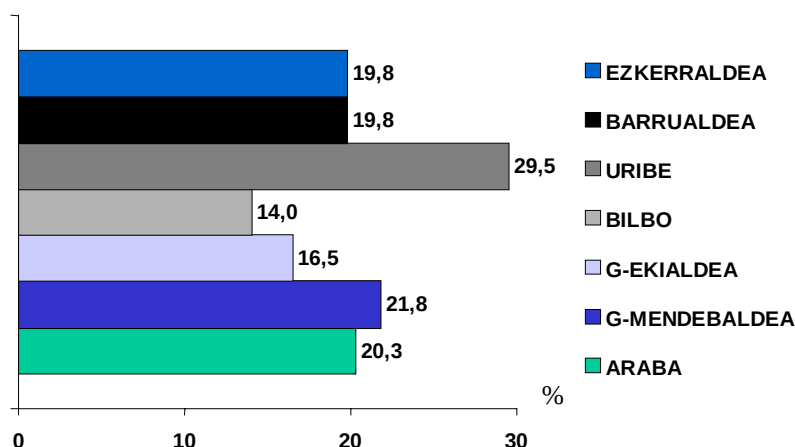
Anbulatorioko zerbitzuak darabiltzan biztanleriaren hiru laurden baino gehiagoren iritziaren arabera, normalean doazen zentroa beren etxeetatik hurbil edo oso hurbil dago. Adin- eta sexu-kategoriei dagokienez, ezin da ezarri patroia argi bat, nahiz eta dirudienez, gizonezko gazteenak aspektu horren kontra egon. (IV.1.7 taula).

IV.1.7 taula. **Zentroa urrun edo oso urrun dagoela esan duen biztanleriaren proportzioa, adin eta sexuaren arabera.**

		Urrun	Oso urrun
Gizonezkoak	≤ 14	18,8	3,1
	15-24	14,2	6,6
	25-44	17,0	1,5
	45-64	10,7	4,6
	≥ 65	11,8	5,7
	Guztira	14,0	4,2
Emakumezkoak	≤ 14	14,0	9,1
	15-24	9,4	4,3
	25-44	16,8	3,8
	45-64	16,4	1,8
	≥ 65	17,6	4,9
	Guztira	15,9	4,2

Eskualdearen arabera, Bilbo eta Gipuzkoa-ekialdea eskualdeetan gertatu zen hautemanik onena. Uribe eskualdean hamar pertsonatik hiruk esan zuten zentroa beren ohiko jarduera-lekutik urrun zegoela (V.1.11 irudia). Klase sozialaren araberrako proportzioetan aldaketak %19,4 eta %21,3 bitartean daude (hurrenez hurren IV eta III klaseetako proportzioen artean).

IV.1.11 irudia. Zentroa urrun edo oso urrun dagoela esan duten pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.



Zentroaren urruntasunari buruz biztanleriak hautemandakoari dagokionez, zentro pribatuetako erabiltzaileen artean proportzio handiagoa dago (30,1) Osakidetza zentroetako erabiltzaileen artean baino (18,1).

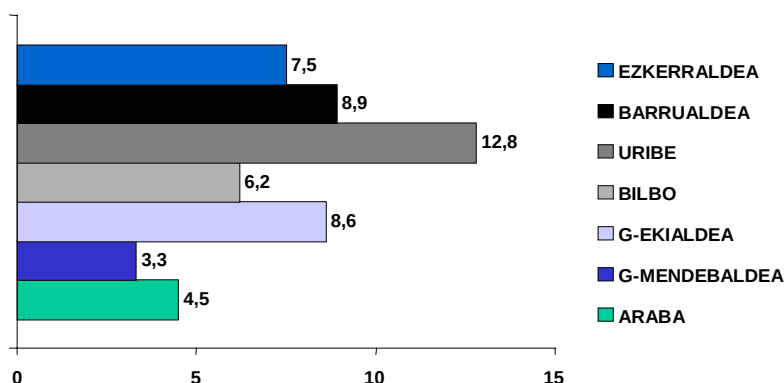
Ordu-eskuragarritasunari dagokionez, laginaren %90entzat egokia zen. Lan-adineko gizonezkoak, eta neurri txikiagoan emakumezkoak ez zeuden hain konforme eskaintako ordutegiarekin (IV.1.9 taula).

IV.1.9 taula. Kontsulta-ordutegia ez dela guztiz egokia edo oso desegokia dela esan duen biztanleriaren proportzioa, adin eta sexuaren arabera.

		Ez guztiz egok.	Oso desegok.
Gizonezkoak	≤ 14	5,0	1,9
	15-24	10,4	3,8
	25-44	8,9	2,0
	45-64	7,1	1,8
	≥ 65	3,1	0,4
	Guztira	6,6	1,7
Emakumezkoak	≤ 14	7,3	1,8
	15-24	8,5	0,0
	25-44	7,2	1,7
	45-64	3,6	0,8
	≥ 65	2,4	0,8
	Guztira	5,0	1,1

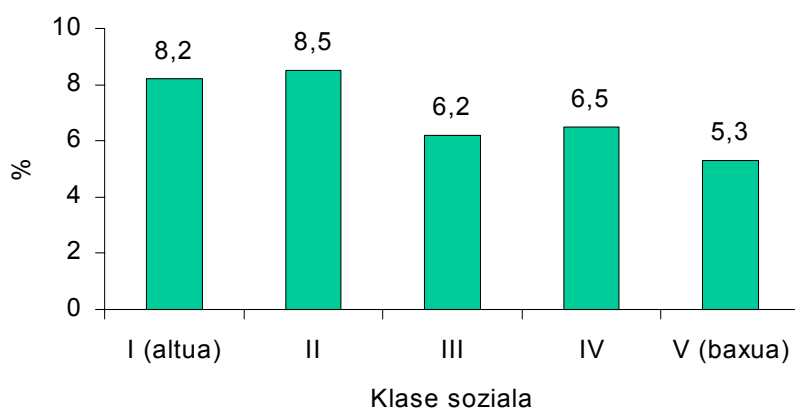
Uribe eskualdean egoitza zuten hamar pertsonatatik batek baino gehiagok esan zuen bere kontsultako ordutegia ez zela egokitzen bere ohiko beharretara. Araba eta Gipuzkoa-mendebaldea eskualdeetan portzentaje hori herenera jaisten da (IV.1.12 irudia).

IV.1.12 irudia. **Kontsultaren ordutegia desegokia dela esan duten pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.**



Soldatapeko langileak nagusi diren klase sozialetan arazo gutxiago haute-man ziren, ordu-eskuragarritasunari dagokionez; profesional liberalak, autono-moak edo enpresariak nagusi diren klaseetan proportzio handiagoa gertatu zen ordutegi desegokiaren alde. (IV.1.13 irudia).

IV.1.13 irudia. **Kontsultaren ordutegia desegokia dela esan duten pertsonen proportzioa, klase sozialaren arabera.**



Kontsulta-motari dagokionez, ordutegia desegokia zela esan zuten erabiltzai-leen artean antzeko proportzioa agertzen da, bai sektore publikoan (%7,0) bai pri-batuan (%6,6).

Ondorioak

Euskal osasun-sistemako kontsultetako ordu-eskuragarritasuna ontzat eman du biztanleriaren gehiengoak. Balorazio hori apur bat txarragoa da I klaseko Uribe eskualdeko biztanleriaren artean. Biztanleria horretan profesional liberalak eta en-presari txiki baina aktiboak dira nagusi, eta seguraski zaila da horientzako ordutegi egokia aurkitzea.

Eskuragarritasun geografikoari dagokionez, inkesta honetan ikusitako balo-razioa apur bat txarragoa da ordu-eskuragarritasunarena baino, Hala ere, ontzat eman daiteke.

Kontsulta pribatuei dagokienez, erabiltzaileek hautemandakoa askoz txarra goa da. Horrek baieztatzen du osasun-sistema publikoak bakarrik garantiza deza-keela zerbitzu sanitarioen hornikuntza unibertsala, ekitatiboa eta eskuragarritasun librekoa.

Biztanleriaren iritzia

1997ko osasun-inkesta

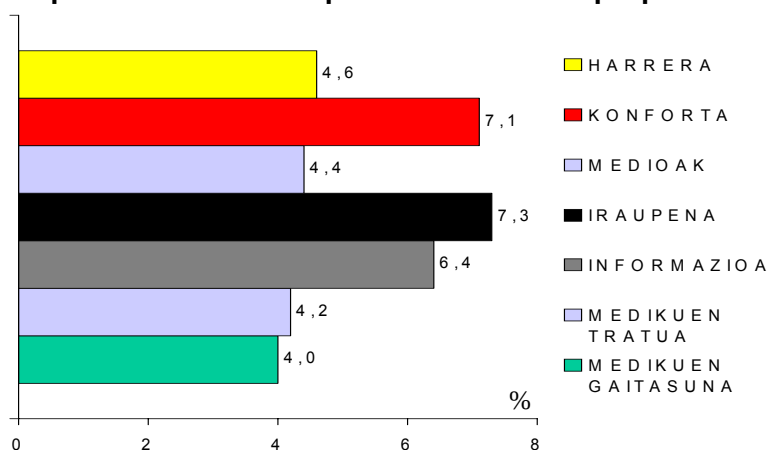
Oro har, medikuarengana jo zutenen %95 baino gehiago kontsultatik pozik ir-ten ziren. Totalaren laurdena, ordea, ez zen pozik irten aztertutako aspekturen batekin. Normalean deskribatzen den gradientea, hots, adinak gora egin ahala satisfazioa ere handiagoa izatea, hobeto ikusi zen bigarren ikuspuntu horrekin, batez ere haurren informazioa gurasoengandik lortu zela kontuan hartuta (IV.1.10 taula). Ez dago aldaketa handirik medikuntza orokor, espezializatu eta pediatria-ren artean. Sistema pribatuan kontsultatu zuten pertsonen artean, bai oro har bai aspekturen batekin pozik ez zeuden portzentajea txikiagoa izan zen (%1,9 eta %13,8 hurrenez hurren).

IV.1.10 taula. Kontsultarekin oro har edo kontsultaren aspekturen batekin pozik ez daudenen portzentajea, adin-taldean arabera.

	Kontsultarekin oro har pozik ez dauden %a	Aspekturen ba- tekin pozik ez dauden %a
≤ 14	3,6	24,9
15-24	7,0	36,0
25-44	6,8	31,5
45-64	3,9	25,8
≥ 65	3,2	16,5
Guztira	4,6	25,5

Inkestan ikuskatutako atalen artean, insatisfaziorik gehien eragin zuena itxa-ron-denbora izan zen, IV.1.14 irudian agertzen den bezala. Kontsultaren iraupena-rekin, instalazioetako erosotasunarekin eta jasotako informazioarekin pozik ez dauden proportzioa handiagoa da, beste aspektuekin pozik ez daudena baino. Aspektu teknikoagoak, esaterako baliabide erabilgarriak edo medikuaren gaitasuna, hobeto baloratu ziren, bai eta pertsonal medikoaren zein harrerako per-sonalaren giza-tratua ere.

IV.1.14 irudia. Aspektu ezberdinekin pozik ez daudenen proportzioa.



1992-1997 eboluzioa

Ikuskatutako aspektu guztietan pozik ez dauden en proportzioak behera egin du 1992tik aurrera, pediatriari, medikuaren tratuari eta instalazioen erosotasunari dagokienez izan ezik. Hala ere, hobekuntzarik nabarmenenak pediatrian ikusten dira, esaterako kontsultaren iraupenean, baliabide erabilgarrietan edo balorazio orokorrean. Azpimarratzekoak dira itxaron-denboran ikusten diren hobekuntzak, nahiz eta txartzen baloratutako aspektua izaten jarraitzen duen. Jasotako informazioari buruzko iritzian ere hobekuntza garrantzitsua egon da. (IV.1.11 taula).

IV.1.11 taula. Anbulatorioko asistentzia medikoaren aspektu ezberdinekin pozik ez dauden en portzentajea. 1992-1997 eboluzioa.

	Med. orokorra		Espezializatua		Pediatria	
	1992	1997	1992	1997	1992	1997
Medikuaren gaitasuna	4,4	3,4	4,6	4,6	6,4	5,6
Medikuaren tratua	3,7	3,5	4,8	4,7	6,7	7,1
Jasotako informazioa	8,2	6,0	11,0	6,7	10,9	7,6
Kontsultaren iraupena	8,7	6,5	9,1	8,4	14,3	7,6
Itxaron-denbora	16,8	11,9	20,8	13,6	18,3	14,2
Baliabide erabilgarriak	6,5	3,9	6,6	5,3	10,2	4,1
Instalazioetako erosotasuna	8,5	6,2	9,6	7,4	10,5	11,2
BALORAZIO GLOBALA	5,3	4,3	6,4	5,2	8,4	4,6

Ondorioak

Kontsidera daiteke euskal hiritarra pozik dagoela Osakidetzak nahiz sektore pribatuak eskaintzen dizkioten anbulatorio-zerbitzuekin. 1992tik aurrera hobekuntza nabari agertzen da, nahiz eta hasiera-puntu hori altu zegoen. Horrek ondo egingen du hitz aldi honetan martxan jarritako planen alde.

Aipamen berezia merezi du itxaron-denborakin pozik ez egoten jarraitzen dutenen portzentaje altuak. Asko hobetu bada ere, oraindik %10etik gora dago edozein esparrutan. Orain gauden testuinguruan, hots, eskariaren gehikuntzan, oso zaila da aspektu hori hobetzea, kontsulta-denboran eta asistentziaren kalitatean eraginik sortu gabe.

Azkenik, azpimarragarria da zerbitzu horien erabiltzaileek hautemandako satisfazio-maila altua.

Eskerrak

Elena Sanchezi eta Jon Letonari eskerrik asko, kapitulu honen aurreko bertsio bati egindako komentario baliotsuengatik.

Erreferentziak

1. BENZEVAL M, JUDGE K. *The determinants of hospital utilisation: implications for resource allocation in England*. Health Econ 1994; 3: 105-16.
2. BERG-WEGER M, GOCKEL J, RUBIO DM, DOUGLAS R. *Triage services: a profile of high utilization*. Soc Work Health Care 1998;27:15-31.

3. CLEARY PD, McNEIL BJ. *Patient satisfaction as an indicator of quality care.* Inquiry 1988; 25: 25-36.
4. CULLER SD, PARCHMAN ML, PRZYBYLSKI M. *Factors related to potentially preventable hospitalizations among the elderly.* Med Care 1998 Jun;36:804-17.
5. CURTIS KM, HILLIS SD, KIEKE BA, BRETT KM, MARCHBANKS PA, PETERSON HB. *Visits to emergency departments for gynecologic disorders in the United States, 1992-1994.* Obstet Gynecol 1998 Jun;91:1007-12.
6. FREID VM; MAKUC DM; ROOKS RN. *Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit.* Vital Health Stat 13 1998 May;(137):1-23.
7. GLANDON GL, COUNTÉ MA, TANCREDI D. *An analysis of physician utilization by elderly persons: systematic differences between self-report and archival information.* J Gerontol 1992;47:S245-52.
8. HELMER C. BARBERGER-GATEAU P. LETENNEUR L. DARTIGUES JF. *Subjective health and mortality in French elderly women and men.* Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences & Social Sciences 1999; 54:S84-92.
9. MUSTARD CA, KOZYRSKYJ AL, BARER ML, SHEPS S. *Emergency department use as a component of total ambulatory care: a population perspective.* CMAJ 1998;158:49-55.
10. NELSON C, WOODWELL D. *National Ambulatory Medical Care Survey: 1993 summary.* Vital Health Stat 13 1998 Apr;(136):iii-vi, 1-99.
11. ROBERTS RO, BERGSTRALH EJ, SCHMIDT L, JACOBSEN SJ. *Comparison of self-reported and medical record health care utilization measures.* J Clin Epidemiol 1996;49:989-95.

IV.2. Erizaintzako zerbitzuak

Felipe Aizpuru

Sarrera

Orain dela urte batzuetatik hona lehen mailako atentzioko erizaintza-jarduera eta medikuarena bereiztu egiten dira. izan ere, lehen erizaina-idazkariaren zereginak hauexek ziren: medikuaren kontsulta antolatzea, eta medikamentu-preskripzioko dokumentuak, lan-egaitasun iragankorrekarekin erlazionatutako dokumentuak eta kontsulta medikoko eguneroko jardueraren bestelako dokumentuak betetzea; gaur egun, berriz, erizaina profesionalizatu egin da, eta ondorioz, neurri batean independizatu. Orain ez da medikuaren laguntzaile bakarrik, baizik eta bere konpetentziak eta jarduera espezifikoa ditu asistentzia sanitarioko egin-beharretan. Osasun-arazo kronikoen kontrola, txertaketa-programak, tratamendu ortopedikoak, besteak beste, erizaintzaren ardurapean daude, bai bere ardurapean bakarrik, bai medikuarekin koordinazioan arituz, edo, batzuetan, medikua gainbegirale dela.

Jardueraren aldaketa hori dela-eta, erizainek beren kontsulta propioak dituzte medikuen kontsultetatik aparte, eta osasun-zentro bakoitzera adskribitutako biztanleriaren osasunaren erantzukizuna konpartitzen dute medikuekin. Horregatik, 1992ko EHAEOItik aurrera, beste inkesta espezifikoko bat sartzen da, kontsulta horien aspektu ezberdinak aztertzeko, kontsulta medikoekin egiten den bezala.

Metodologia

Galderetako erreferentzia-aldia inkestaren aurreko 14 egunak izan ziren. Oraingo honetan, 1992an bezala, hauek bildu ziren: kontsulta-tokia, zita lortu arteko atzerapen-egunak, itxarongelako itxaron-denbora, kontsultaren arrazoirik printzipalena (arazo kronikoaren kontrola, haurdunaldiko kontrola, hezkuntza sanitarioa, administrazio prozedurak, terapia-prozedurak, osasun-arazorik gabeko azterketa, errehabilitazioa, beste batzuk). Kontsultaren zenbait aspekturi buruz erabiltzaileek zuten iritzia ere ikuskatu zen. Aspektu horiek izan ziren: asistentzia orokorrean hartuta, konpetentzia profesionala, jasotako informazioa, kontsultaren iraupena, itxaron-denbora eta baliabide erabilgarriak. Gainera, eta aurreko atalean deskribatutako erizaintza-jardueran egon diren aldaketen koadro zehatzagoa lortzeko, EHAEOlren edizio honetan zera bildu da, kontsultaren jatorriari buruzko informazioa (medikuak bidalitakoa, erizainak berak esandakoa, eskari espontaneoa).

1997ko osasun-inkesta

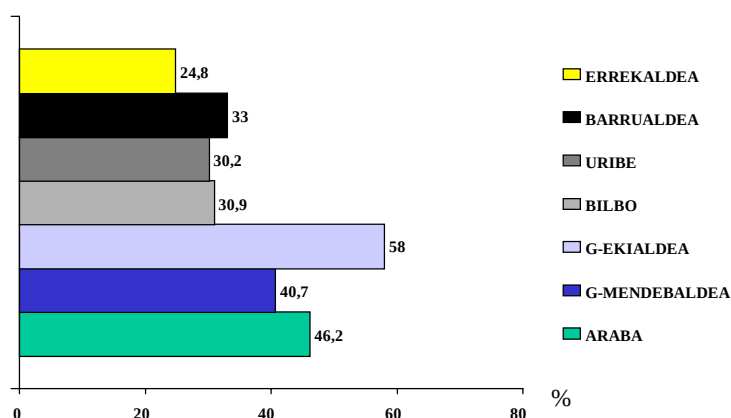
800.000 pertsonak, biztanleriaren %38,6k, jo zuten espresuki erizaintza-kontsulta batera 1997an. Sarritasunik handiena puntako adin-taldeetan ikusi da, eta emakumezkoetan handiagoa da gizonezkoetan baino (IV.2.1 taula).

IV.2.1 taula. 1997an, erizaintza-konsultetara jo zutenen pertsonen estimazioa eta proportzioa, adin eta sexuaren arabera.

	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	estimazioa	%	estimazioa	%
≤ 14	65.991	47,0	63.413	46,2
15-24	47.758	26,7	44.998	27,2
25-44	76.642	23,3	98.751	30,3
45-64	96.605	38,6	121.574	47,6
≥ 65	75.296	59,1	116.629	63,0
Guztira	362.292	35,3	445.365	41,7

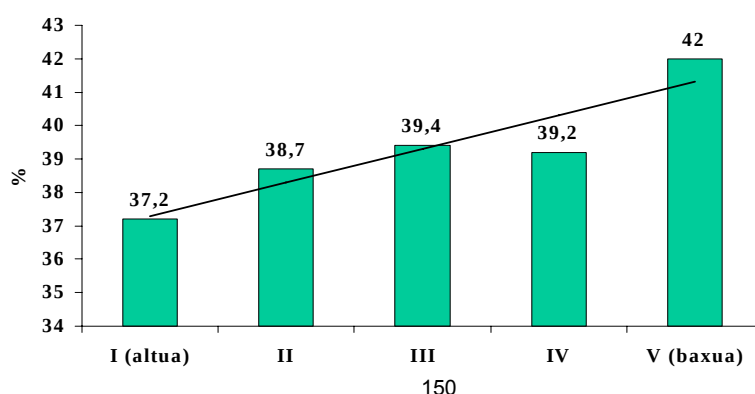
Egoitzaren arabera, erizaintza-konsultak gutxiago erabili dira Bizkaiko Barrutiko lau eskualdeetan. Alderantziz, sarritasun handiena Gipuzkoa-ekialde eskualdean dago; hemen, bost biztanletatik ia hiruk jo zuten urtean zehar konsulta horietara (IV.2.1 irudia). Datu horiek bat datoz zerbitzu horiek eskualde sanitario ezberdinetan duten ezarpen-mailarekin.

IV.2.1 irudia. Erizaintza-konsultetara jo dutenen pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.



Bestalde, klase sozialaren arabera ikusten den gradiente ez oso handiaren arabera: gutxien faboratutako klaseetako pertsonak gehiago darabiltzate erizaintza-konsultak, klase altuetakoek baino. (IV.2.2 irudia).

IV.2.2 irudia. Erizaintza-konsulten erabiltzaileak, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).



Kasuen ia herenean, lehen mailako atentzio-unitateko medikuak pazienteak erizaintza-konsultara deribatu zuen; proportzio horretan ez dago sartuta medikuak agindutako frogak egitera joan zirenen portzentajea (IV.2.2 taula).

IV.2.2 taula. **Erizaintza-konsulten jatorria.**

	k*	%
Medikua	213	30,1
Erizaina	136	19,2
Errezetak	154	21,8
Eskari espontaneoak	154	21,8
Osagarritzko frogak	50	7,1

*Laginketa-tamaina

Erizainari kontsultatzeko gehien erabilitako arrazoiak hauek izan ziren: terapia-prozedurak, injekzioak eta abar administratzea. Kontsulta-kopuru osoaren ia erdia arrazoi horiek sortu zuten. Administrazio-prozedurak edo arazo kronikoen kontrola ere oso sarri erabilitako arrazoiak dira, erizainaren asistentzia eskatzera-koan (IV.2.3 taula).

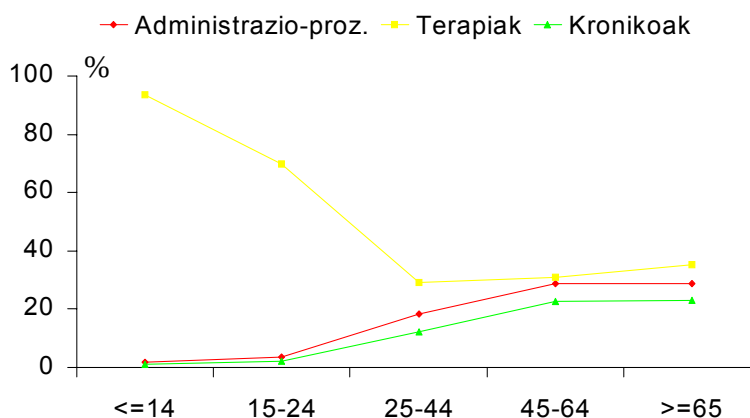
IV.2.3 taula. **Erizaintza-konsultara jotzeko arrazoiak.**

	k*	%
Haurdunaldiko kontrola	18	2,6
Hezkuntza sanitarioa	3	0,4
Administrazio-prozedurak	142	20,2
Arazo kronikoa	112	15,9
Osasun-arazorik gabeko berrikusketa	53	7,6
Terapia-prozedurak	329	46,8
Errehabilitazioa	45	6,4

*Laginketa-tamaina

IV.2.3 irudian ikusten den bezala, banaketa hori aldatu egiten da adin-taldearen arabera aztertzerakoan. Adinak gora egiten duen neurrian, administrazio-prozedurengatik (errezetengatik) kontsultek eta osasun-arazo kronikoen kontrolerako kontsultek gora egiten dute. Aldi berean, terapia-prozeduretarako kontsultek behera egiten dute; izan ere, terapia-prozedurak bizitzako lehen urteetan erabiltzen dira. Zirkunstantzia hori berdin gertatzen da sexu bietan, nahiz eta grafikoak ez erakutsi.

IV.2.3 irudia. **Erizaintza-konsulten arrazoiak, adin-taldearen arabera.**



Lehen mailako atentzio-zerbitzuetan erizaintza-kontsulta lortzeko batezbesteko atzerapena egun bat eta erdikoa baino handiagoa izan zen, nahiz eta biztanleriaren erdia egunean bertan atenditu zen. Bizkaiko barruti sanitarioan kontsulta eskatzen dutenentzako batezbesteko hori handiagoa izan zen. Mediana, oster, berdintsua da. Horrek esan nahi du barruti horretan balio oso altuak dituen azpitalde bat dagoela. Ez daukagu eskura, eskualde sanitarioen arabera analisi hori egiteko behar beste lagin. Izatea balitz, gai hori hobeto azalduta geratuko lirateke.

Zentroko gelara behin helduta itxaroteko denborari dagokionez, EHAE guztirako batezbestekoa 8,7 minutukoa izan zen. Araba da itxaron-denbora gehien duen lurralde historikoa (IV.2.4 taula).

IV.2.4 taula. **Erizaintza-kontsultetarako itxaron-denbora, lurralde historikoaren arabera.**

	Itxaron-egunak	Itxaron-minutuak
ARABA	0.75	11.8
GIPUZKOA	0.89	8.2
BIZKAIA	2.87	8.4
Guztira	1.65	8.7

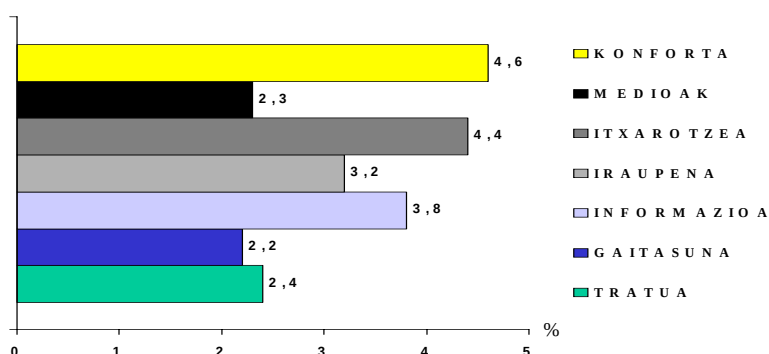
Oro har, erizaintza-kontsultarekin pozik ez dauden en proportzioa %2,3koa izan zen (IV.2.5 taula). Galdesortan ikuskatutako aspekturen batekin pozik ez dauden en portzentajea %11koa. Kasu biotan, ertaineko adin-taldeak izan ziren satisfazio-portzentaje apur bat handiagoak izan zutenak.

IV.2.5 taula. **Erizaintza-kontsultekin pozik ez dauden en proportzioa.**

	Kontsultarekin orokorrean pozik ez dauden en %a	Aspekturen batekin pozik ez dauden en %a
< 14	1,0	8,0
15-24	1,2	8,5
25-44	4,9	13,2
45-64	3,2	17,3
≥ 65	1,7	7,8
GUZTIRA	2,3	11,1

Aztertutako aspektuetariko bakoitzaren informazioa desglosatuz, pozik ez zeuden en proportziorik handiena instalazioen erosotasunean eta itxaron-denboran ikusten da (IV.2.4 irudia). Hala ere satisfazio handirako joera orokorra ikusten da.

IV.2.4 irudia. **Erizaintza-atentzioaren aspektu batzuekin pozik ez dauden en proportzioa.**



1992-1997 eboluzioa

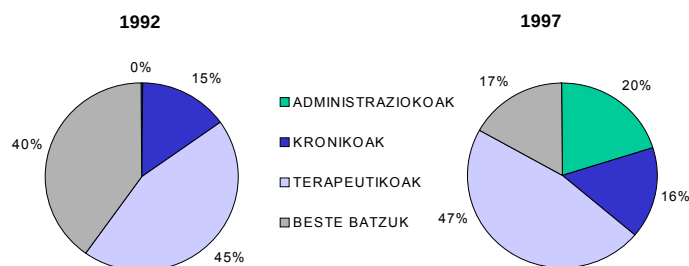
Hiru pertsonetatik bat baino gehiago, 800.000 pertsona baino gehiago, joan ziren 1997an EHAEko lehen mailako atentzioko erizaintza-konsulta batera. Beraz, 1992an baino 650.000 pertsona gehiago, Erizaintza-konsulta batera espresuki joan diren pertsonen proportzioak gora egin du 1992tik aurrera adin-talde guztietan eta sexu bietan. Gauza bera esan daiteke kategoria sozialari eta barruti sanitario bakoitzari dagokienez. Salbuespen batzuk eginda, gehikuntza homogeneoa izan da, 5/1 eta 6/1 artean aldatzen den 92/97 ratiokoa izan delarik.

IV.2.6 taula. **1992an eta 1997an erizaintza-konsultara jo dutenen pertsona-kopurua (%) adin, sexu, klase sozial eta barruti sanitarioaren arabera.**

		1992		1997	
		estimazioa	%	estimazioa	%
Adina	≤ 14	17.184	4,7	129.404	46,6
	15-24	17.055	4,8	92.755	26,9
	25-44	42.972	6,8	175.393	26,8
	45-64	43.264	8,8	218.178	43,2
	≥ 65	35.062	13,4	191.924	61,4
Sexua	Gizonezkoak	66.396	6,4	362.291	35,3
	Emakumezkoak	89.141	8,3	445.364	41,7
Klase soziala	I (altua)	15.084	6,4	114.701	36,4
	II	13.321	6,5	96.695	36,5
	III	24.206	8,3	96.488	39,7
	IV	65.677	7,5	363.663	38,3
	V (baxua)	37.249	7,5	136.106	42,3
Probintzia	Araba	23.843	8,6	126.122	45,1
	Gipuzkoa	69.708	10,3	341.796	50,4
	Bizkaia	61.986	5,4	339.738	29,9
Guztira		155.537	7,4	807.654	38,6

1992tik 1997ra administrazio-prozeduretarako bisita-proportzioa gehitu egin da, 'beste batzuk' (haurdunaldiko kontrola, hezkuntza sanitarioa...) atalean bildutako arrazoi-multzooan ikusten den beherakadaren antzeko neurrian (IV.2.5 irudia). Hala ere, kontuan izan behar da, aldi horretan erizaintza-jardueran gertatu den aldaketa. Gaur egun erizainek, besteak beste, errezetak (luzarokoak) luzatzeko gaitasuna dute; horrez gain, erizainaren kontsultak 1992an baino autonomia handiagoa du, medikuaren kontsultaren autonomiarekin konparatuz

IV.2.5 irudia. **Erizainari kontsultatzeko arrazoiak, 1992-1997.**



Zita lortu arteko atzerapen-denborak eta kontsultan sartu arteko itxaron-denborak apur bat hobetu egin dira 1992koen aldean, IV.2.7 taulan ikusten den bezala.

IV.2.7 taula. Zitaren arteko atzerapena eta itxarongelako itxaron-denbora. 1992-1997 eboluzioa.

	1992		1997	
	batezb.	mediana	batezb.	mediana
Zitaren arteko atzer. (egunak)	1,67	0	1,65	0
Itxaron-denbora (minutuak)	8,97	5	8,64	5

Kontsultako aspekturik instrumentalenak dira sentikorrenak kudeaketa-hobekuntzak ikusteko (baliabide erabilgarriak, denborak, jasotako informazioa). Horien balorazioaren arabera, hobetu egin dira 1992tik; profesionalen gaitasun pertsonalarekin erlacionatutako aspektuek, ostera, alderantzizko potaera izan dute, apur bat txarrera joan baitira. Horregatik, erabiltzaileek kontsulta horiei oro har balorazio baxuagoa eman diete. Dena dela, ikusitako satisfazio-mailek oso altuak izaten jarraitzen dute.

IV.2.8 taula. Anbulatorioko erizaintza-asistentziaren aspektu ezberdinekin pozik ez daudenen portzentajea. 1992-1997 eboluzioa.

	1992 (%)	1997 (%)
Erizainaren gaitasuna	1,0	2,2
Erizainaren tratua	1,5	2,4
Jasotako informazioa	5,1	3,8
Kontsultaren iraupena	5,2	3,2
Itxaron-denbora	5,7	4,4
Baliabide erabilgarriak	5,1	2,3
Instalazioen erosotasuna	---*	6,2
BALORAZIO GLOBALA	2,0	2,3

* 1992an ez zen galdetu

Ondorioak

Itzelezko gehikuntza ikusten da asistentziaren eskarian. Sekulako gehikuntza hori ikusita, galdetu beharra daukagu ia guztiz erreala den, zeren, erreala bada, sistema kolapsatuta geratuko zen, aztertutako aldian plantilan paraleloki hazierarik ez zen gertatu-eta. Behar bada, orain erizain-kontsultatzat deklaritzen den zati handi bat 1992an medikuaren kontsultan sartzen zen (esaterako administrazio-prozedurak). Kontuan izan behar dugu, orduan erizaina ez zegoela identifikatuta profesional independente gisa, medikuaren laguntzaile gisa baizik.

Atzerapen-denborak eta itxaron-denborak aldatu egin dira (hobera) ia igarri ere egin gabe; beraz, emaitza bikaintzat jo behar da, jardueraren gehikuntza kontuan hartuta, gehikuntza hori erreala bada, behintzat.

Zerbitzu horiei buruz erabiltzaileek ematen duten iritzia, oro har, oso ona da. Nahiz eta aurkeztutako emaitzetan mugapenak egon, laginaren tamaina oso handia izan ez delako, badirudi erizaintzako profesionalari gehiago exijitu dakiokela, asistentzia sanitarioaren prozesu globalaren talde osagaia eta identifikagarria delako.

IV.3. Larrialdiko asistentzia

Felipe Aizpuru

Sarrera

Kapitulu honetan larrialdiko atentzio sanitarioari dagozkion datuak aztertzen dira. Larrialdiko asistentzia sektore konplexuenetariko bat da; izan ere, sektore horretan faktore asko biltzen dira: biztanleriaren joerak, hautemandako grabetasuna, zerbitzuen eskuragarritasuna, inplikaturako erakunde-kopurua... Gainera sektore hori zerbitzu sanitarioetatik antolatu denez, azken 15 urteetan gorabeherak izan ditu. Esan daiteke, egitura oraintsu finkatu dela, ondoko hiru kontzeptuok oinarritzat hartuta: emergentzia sanitarioei buruzko asistentzia, emergentziako garraio-unitateen bidez burutzen dena (EGU); atentzio iraunkorra, 24 orduetan biztanleriari asistentzia medikoa eskaintzen diona eta atentzio iraunkorreko puntuetan errepresentatuta dagoena (AIP); eta ospitaleetako larrialdi-zerbitzuak, zerbitzuok aurreko egitura bion eta ekipo mediko eta kirurgiko espezializatuen arteko aurkitze-puntua direlarik.

Metodologia

Inkestatuei inkestaren aurreko sei hilabeteetan larrialdiko zerbitzu sanitarioekin ea kontakturik izan zuten galdetu zitzaizkien. Zerbitzuok inoiz erabili zutenei hauek guztiak galdetu zitzaizkien: larrialdi-zergatia, larrialdia sortu zuen osasun-arazoa, asistentzia lortu arteko itxaron-denbora, asistentziaren emaitza (ospitale-ingresua, etxera bueltatzea, beste zentro batera bidaltzea), eta asistentziaren zenbait fazetari buruzko iritzia. Azken atal horrek (iritziak) funtsezko aldaketa izan du EHAEOIko aurreko edizioaren aldean (1986an ez zen galdetu larrialdi asistentziagatik); beraz, ez da posible denboran izan duen eboluzioa guztiz aztertzea.

Eskariaren ezaugarriak

1997ko osasun-inkesta

Inkestaren aurreko sei hilabeteetan, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko 236.406 pertsonak eskatu zuten larrialdiko atentzio sanitarioa. Urtean zehar larrialdiko atentzio sanitarioekin 700.000 kontaktu egin ziren (batzuek behin baino gehiagotan jo zuten). Batez beste: hiru pertsonetatik batek jo zuen zerbitzu horietara.

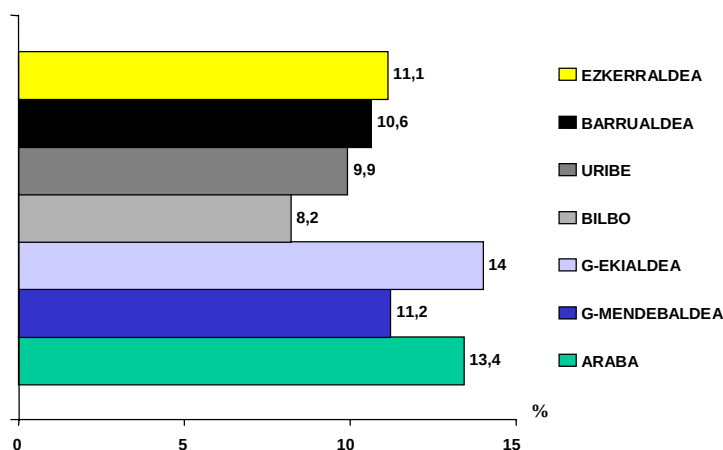
Sexu bietan, larrialdi-atentzioko eskariaren proportziorik handiena haurren artean ikusten da, gero behera egiten du bizitzako azken urteetara arte, eta hor berriz apur bat gorantz doa (IV.3.1 taula).

IV.3.1 taula. Azken sei hilabeteetan larrialdietara jo duen biztanleria-portzentajea eta biztanleria-kopurua, adin eta sexuaren arabera.

	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	%	biztanleria	%	biztanleria
≤ 14	17,1	24.009	15,4	21.250
15-24	11,6	20.757	10,1	16.699
25-44	10,7	35.216	8,8	28.594
45-64	10,0	24.936	9,7	24.697
≥ 65	12,2	15.512	13,3	24.736

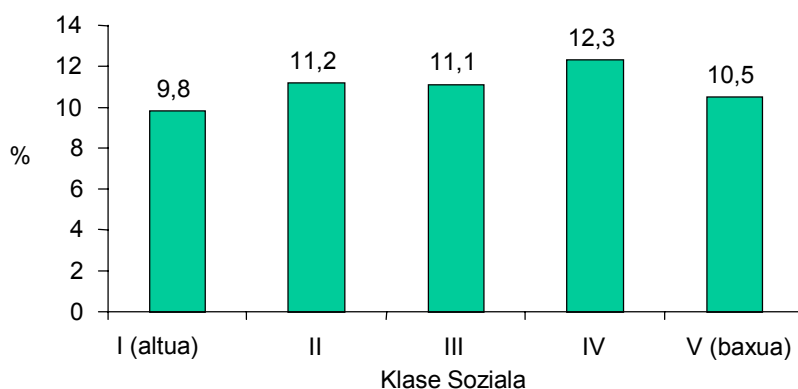
Arabian eta Donostian eta bere inguruan (Gipuzkoa-ekialdean) bizi direnen artean dago proportziorik handiena, larrialdi-zerbitzuetara jotzeari dagokionez. Bizkaiko hiri-eskualdeetan (Bilbon eta Uriben), bizi direnak, ordea, gutxien joan direnak dira. (IV.3.1 irudia).

IV.3.1 irudia. **Larrialdiko atentzio sanitarioa eskatzen duten pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.**



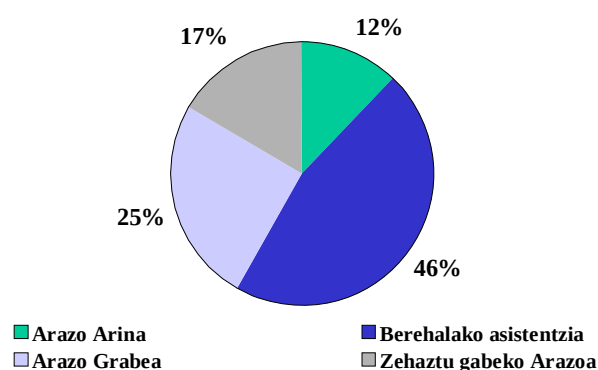
Klase sozialaren arabera, ez dira ikusten estatistikaren aldetik esateko diferentziarik (IV.3.2 irudia).

IV.3.2 irudia. **Larrialdiko atentzio sanitarioa eskatzen duten pertsonen proportzioa, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).**



Larrialdi-zerbitzuetara jotzen dutenen ia kopuru-erdiak (%45,9) esan du bere osasun-arazoak berehalako asistentzia behar izateagatik joan dela, nahiz eta arazoa arina izan. %25,2ak arazo grabea hauteman duelako eta %16,7ak ezin du baloratu larrialdietara jotzeko izan zuen arazoaren garrantzia. %12,1 itxaron-zerrenda aldaratzeko joan ziren larrialdietara (IV.3.3 irudia).

IV.3.3 irudia. Larrialdiko atentzio sanitarioko zerbitzuetara jotzeko lehen arrazoia.



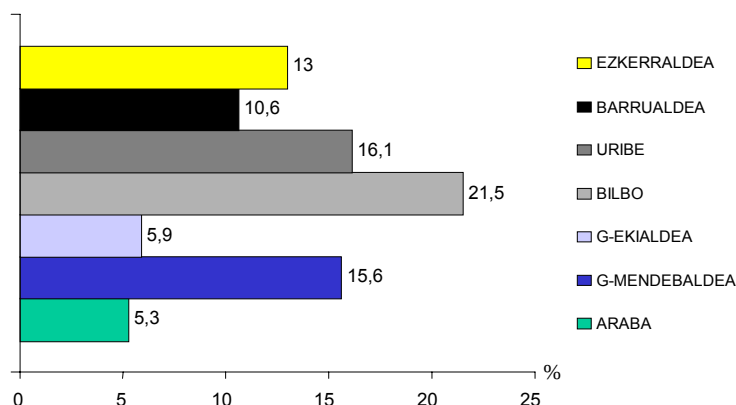
Biztanleria-talde guztien artean, sexu bietako haurren eta 15-24 urte bitarteko gazteen taldeetan gertatzen da gehien fenomeno hori; hala ere, ez da bereizten patroia argirik (IV.3.2 taula).

IV.3.2 taula. Itxaron-zerrenda ebitatzeko larrialdietara jotzen duen biztanleria-portzentajea, adin eta sexuaren arabera.

	Gizonezkoak	Emakumezkoak
≤ 14	14,5	17,1
15-24	16,1	11,8
25-44	11,3	11,3
45-64	9,3	12,0
≥ 65	11,7	8,7
Guztira	12,4	12,0

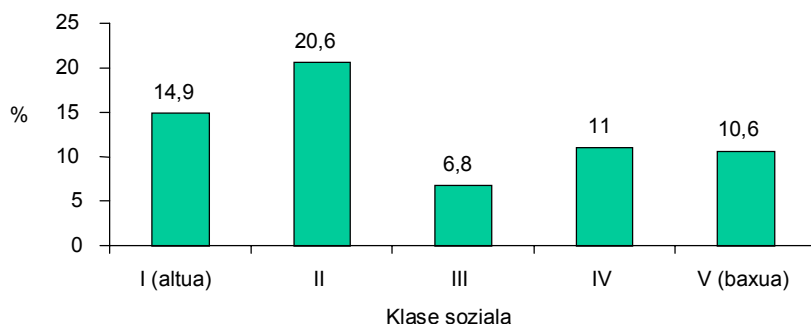
Arabian eta Gipuzkoa-ekialdean 20 larrialditatik bat itxaron-zerrenda ebitatzeko egin zen. Proporzio hori bi bider handiagotu zen Barrualdean; hiru bider Gipuzkoa-mendebaldean eta Uriben; eta lau bider beste eskualde batzuetan, esaterako Bilbon (IV.3.4 irudia).

IV.3.4 irudia. Itxaron-zerrenda ebitatzeko larrialdiko atentzio sanitarioa eskatzen duten pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.



Klase sozialaren arabera ere ikusten dira nahiko diferentzia, kategoria batzuen eta besteen artean; baina ezin da bereiztu diferentziok azaltzeko moduko patroirik (IV.3.5 irudia).

IV.3.5 irudia. **Itxaron-zerrenda ebitatzeko larrialdiko atentzio sanitarioa eskatzen duten pertsonen proportzioa, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).**



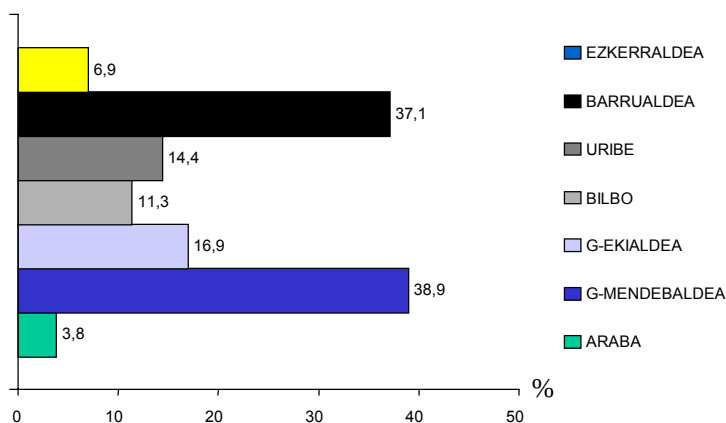
Larrialdi sanitarioen %77,9a ospitale-esparruan atenditu zen; %18,6a ambulatorio-esparruan. Gizonezkoei dagokienez, ospitale-kanpoko zerbitzuetara jo zutenen proportzioa hainbat eta handiagoa izan zen, gazteagoak ziren heinean; emakumezkoen artean ez zen ikusi gradiente hori (IV.3.3 taula).

IV.3.3 taula. **Ospitale-kanpoko larrialdiko zerbitzuetara jo duten pertsonen proportzioa, adin eta sexuaren arabera.**

	Gizonezkoak	Emakumezkoak
≤ 14	22,8	19,4
15-24	20,6	28,7
25-44	16,8	12,7
45-64	17,2	24,8
≥ 65	10,5	14,1
Guztira	17,9	19,1

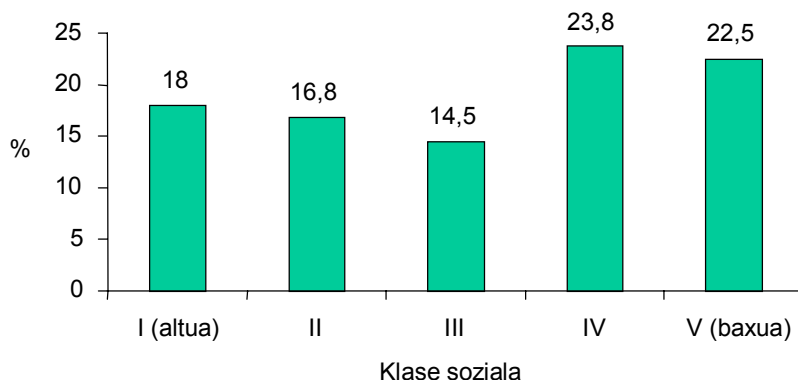
Egoitza-tokiaren arabera, ospitale-kanpoko zerbitzuak gehiago erabili ziren (totalaren herena baino gehiago) autonomia erkidegoko nekazaritza-eskualdeetan: Gipuzkoa-mendebaldean eta Barnealdean. Araban, larrialdiko asistentzia-eskabideen %93,9a ospitaleetan asistitu zen (IV.3.6 irudia).

IV.3.6 irudia. **Ospitale-kanpoko larrialdiko zerbitzuetara jo duten pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.**



Bestalde, ospitale-kanpoko larrialdi-asistentziaren eskari handiagoa izan zen IV eta V klase sozialetako pertsonen artean (IV.3.7 irudia).

IV.3.7 irudia. **Ospitale-kanpoko larrialdiko zerbitzuetara jo duten pertsonen proportzioa, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).**



Larrialdiko atentzioa eskatu zenetik atentzio hori lortu arteko batezbesteko itxaron-denbora 23 minutukoa da. Nolanahi ere, erabiltzaileen erdiak ez zuen 10 minutu baino gahiago itxaron behar izan. Denbora hori laburragoa izan zen erabiltzaileak grabetzat hautemandako larrialdietan (IV.3.4 taula) eta ospitale-kanpoko zentroetan atenditu ziren larrialdietan (IV.3.5 taula).

IV.3.4 taula. **Batezbesteko itxaron-denbora (minutuak), erabiltzaileak larritasun hautemandakoaren arabera.**

arina	berehalakoa	grabea	zehaztugabea
23	23	21	23

IV.3.5 taula. **Batezbesteko itxaron-denbora (minutuak), larrialdiko asistentzia-tokiaren arabera.**

Ospitalea	Anbulatorioa/AIP	besterik
25	11	32

Larrialdiko asistentzia eskatu zuten pertsonetatik %17,1 ospitalean ingesatuta geratu ziren; %1,3 beste zentro aproposagora bidali ziren; %81,5 etxera bueltatu ziren, larrialdia sortu zuen episodioa konpondu ondoren. Proportzio hori handiagoa egin zen ospitalean bertan asistentzia eskatu zutenen artean, adinak gora egiten duen neurrian (haurrak kontatu gabe), eta arazoa grabetzat hauteman zutenen artean. Azken horietatik %60,4 etxera bueltatu ziren larrialdietara eraman zituen episodioa gainditu ondoren. Adin guztietan, 24-45 urte bitarteko taldean izan ezik, emakumezkoak proportzio txikiagoan geratu ziren ingesatuta (IV.3.5 eta IV.3.6 taulak).

IV.3.6 taula. **Ospitalizazioan amaitzen diren larrialdien portzentajea, adin-taldearen eta sexuaren arabera.**

	Gizonezkoak	Emakumezkoak
≤14	13,7	7,0
15-24	8,7	4,0
25-44	15,5	17,9
45-64	25,3	13,3
≥ 65	39,4	28,7
Guztira	19,1	15,2

IV.3. 7 taula. **Larrialdiaren ondorioa, larrialdi-zergatiaren eta asistentzia-tokiaren arabera.**

	ospitalizazioa	bere etxera	beste zent.ra
<i>Larrialdiaren zergatia</i>			
Arazo arina	3,4	93,7	2,9
Berehalako arazoa	9,0	89,8	1,2
Arazo larria	39,6	59,3	1,1
Zehaztu gabeko arazoa	14,6	84,1	1,3
<i>Asistentzia-tokia</i>			
Ospitalea	20,3	79,0	0,7
Anbulatorioa/AIP	4,5	91,8	3,7
Beste batzuk	11,8	88,2	0,0

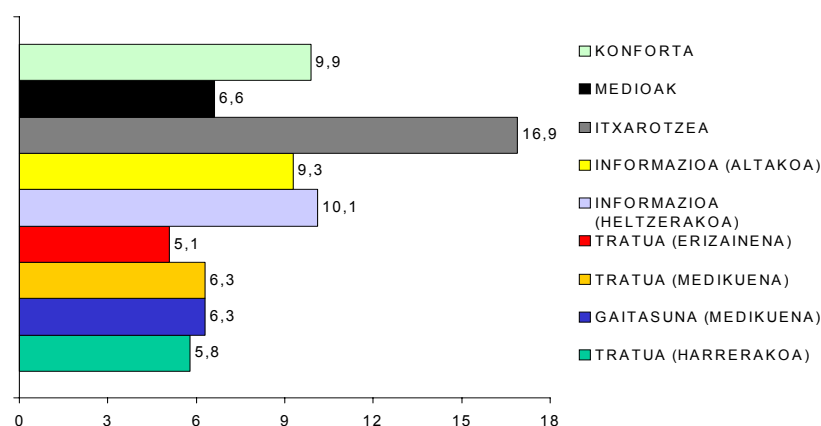
Larrialdietako zerbitzuen erabiltzaileen %93,7 pozik zeuden, oro har, hartutako atentzioarekin. Aspekturik aspektu begiratzuz, hirutik ia bat ez zegoen pozik inkestan galdetzen zen aspekturen batekin. Pertsona helduek erakutsi zuten asistentziarekin konformitaterik handiena, nahiz eta patroia hori gizonezkoetan guztiz betetzen ez den. Oro har, emakumezkoen satisfaziorik eza apur bat handiagoa izan zen gizonezkoena baino (IV.3.8 taula).

IV.3.8 taula. **Oro har hartutako asistentziarekin edo asistentziaren aspektu konkretu batekin pozik ez zeudenen portzentajea, adin-taldearen eta sexuaren arabera.**

	Kontsultarekin, oro har, pozik ez daudenen %a		Aspekturen batekin pozik ez daudenen %a	
	gizonezkoak	emakumezkoak	gizonezkoak	emakumezkoak
≤ 14	4,0	8,3	27,0	39,8
15-24	8,7	8,2	39,4	29,0
25-44	3,3	7,7	33,5	36,6
45-64	7,1	6,2	35,2	31,4
≥ 65	8,8	3,8	16,4	16,0
Guztira	5,8	6,9	32,0	31,2

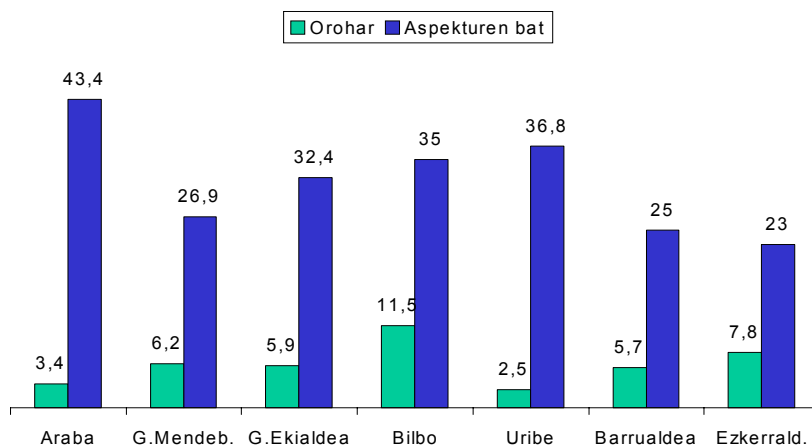
Itxaron-denbora eta informazioa dira erabiltzaileen artean satisfazio ezik handienak eragin zuten aspektuak, zentrorra helderakoan eta alta ematerakoan (IV.3.8 irudia).

IV.3.8 irudia. Larrialdiko atentzioko aspekturen batekin pozik ez daudenaren proportzioa.



Eskualdeen arabera, Bilbo eskualdekoak izan ziren hartutako atentzio orokorrekin satisfazio ezik handiena zutenak. Satisfazio-mailarik handienak Uribe eta Araba eskualdeetan egon ziren, nahiz eta erabiltzaile arabarren ia erdia galdere-tako aspekturen batengatik pozik ez egon (IV.3.9 irudia). Klase sozialaren ar-bera, ez dira ikusi diferentzia handirik, ezta diferentziok azaltzeko beste den pa-troirik.

IV.3.9 irudia. Oro har hartutako larrialdi-asistentziarekin edo asistentziaren aspektu-ren batekin pozik ez dauden pertsonen proportzioa (%), eskualde sanitarioaren arabera.



1992-1997 eboluzioa

Larrialdietako zerbitzuetara jo zuen biztanleriaren proportzioa 1992tik aurrera gorantz joan da, bai eta biztanleko eta urteko asistentzien batezbestekoa eta asis-tentzia-kopurua ere (IV.3.9 taula).

IV.3.9 taula. Azken sei hilabeteetan larrialdiko asistentzia sanitarioa eskatu duen biztanleria (biztanleria estimatua); biztanleko eta urteko larrialdien batezbestekoa (EHAeko urteko larrialdi-kopuru totalaren estimazioa).

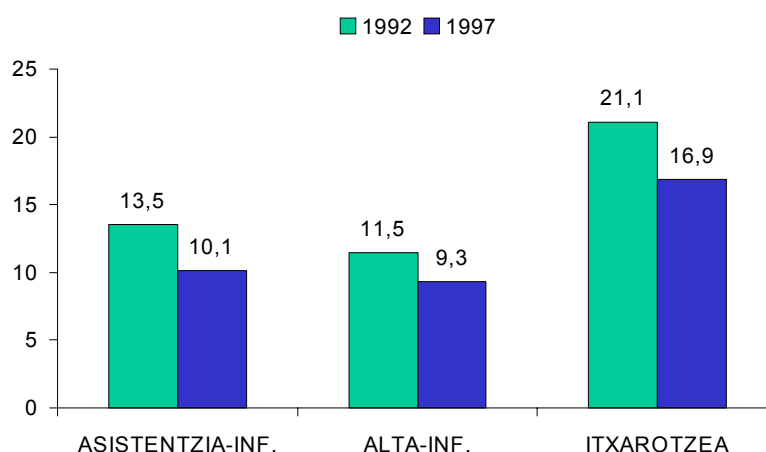
	%	Biztanleria-estimazioa	bizt/urte/larr	Urte/larrialdien estimazioa
1992	9,5	200.082	0,23	492.518
1997	11,3	236.406	0,33	695.847

1992tik aurrera, ospitale-kanpoko zentroetako larrialdien portzentajea behe-rantz joan da %21,9tik %18,6ra arte. Kirurgiako zerrendetan itxarotzen egotea au-rrezteko edo proba osagarriak egiteko larrialdi-atentzioaren eskaria ere behe-rantz joan da %15,7tik %12,1era arte. Ospitalean ingresatuta geratutako erabiltzaileen proportzioak gora egin du %16,6tik %17,1era arte.

Atenditu arteko itxaron-denbora 23 minutu eta erditik 23 minutura jaitsi da. Banaketa horren medianak gora egin du 6 minututik 10minutura arte.

Jasotako informazioarekiko satisfazioa (asistentzian eta alta ematerakoan) eta itxaron-denborarekiko satisfazioa hobetu egin dira 1992tik aurrera. Horiek zi-ren inkestaren edizio bietan errepikatu ziren aspektu bakarrek (IV.3.10 irudia).

IV.3.10 irudia. **Aspektu ezberdinekin pozik ez zeuden en proportzioa. 1992-1997 ebo-luzioa.**



Ondorioak

Argitalpen honetan aztertutako beste asistentzia-esparru guztietan ikusten den bezala, larrialdiko asistentzia-esparruan ere eskariaren gehikuntza nahiko handia ikusten da. Eskari horren ezaugarriak ez dira aldatu asko 1992tik aurrera. Benetako larrialdien portzentajea, hots, ospitalean ingresatuta geratu zirenen por-tzentajea, egonkor mantentzen da %17aren inguruan. Itxaron-zerrendaren bat saltatzearren, arrazoiarengatik, sortutako larrialdien portzentajea apur bat gutxitu egin da; satisfazioa hobera doa, konparazioa egin daitekeen kasuetan.

Ospitale-zentroak edo ospitale-kanpoko zentroak aukeratzerakoan, eskualde sanitarioetako preferentzia-diferentziak azalduta geratzen dira, zona bakoitzeko geografia kontuan hartzen bada: nekazaritza-zonetan zailago da erreferentziako ospitale handietara jotzea; horregatik, sarriago doaz anbulatorio-zentroetara; hiri-zonetan, berriz, biztanleek nahiago dituzte ospitaleak; Araban ez dago ia ospitale-kanpoko larrialdirik, bertan dauden hiri-inguruko banaketa makrozefalikoa eta bide-sare bikaina direla-eta.

IV.4. Medikamentuen kontsumoa

Felipe Aizpuru

Sarrera

Medikamentuen kontsumoa, osasun-inkesten ikuspuntutik hartuta, zerbitzu sanitario eskuragarriak erabiltzeko modu bat dela esan daiteke, baina arrisku-faktore bat ere bada bere baitan eta, beraz, osasunaren determinatzaile bat (Phillips DP et al 1998, Bates DW 1998). Zentzu horretan, automedikazioa da, izan, gerta daitekeen praktikarik kaltegarrienetariko bat (Sclafer J et al 1997, Davies P et al 1994). Kapitulu honetan arazo horri buruz lortutako datuak azalduko ditugu, bai eta medikamentuen kontsumo-sarritasunari buruzko datuak eta mendikamentu-talde terapeutikoen arabera gehien kontsumitzen direnak ere.

Metodologia

Medikamentuen kontsumoari buruzko galderak familiarentzako galdesortan sartu ziren, eta familia-unitateko kide guztiek erantzutekoak ziren. Kideren bat ez egotea gertatu zenean, familiaren kide kualifikatuaren erantzuna onartu zen (ia beti amarena edo aitarena). Erabilitako metodologia 1992ko edizioan erabili zena izan da (orduan egin ziren zenbait galdera kendu diren arren) eta ez 1986an aplikatu zena; horregatik ezin izan da eboluzioa aztertu, urte horri dagokionez.

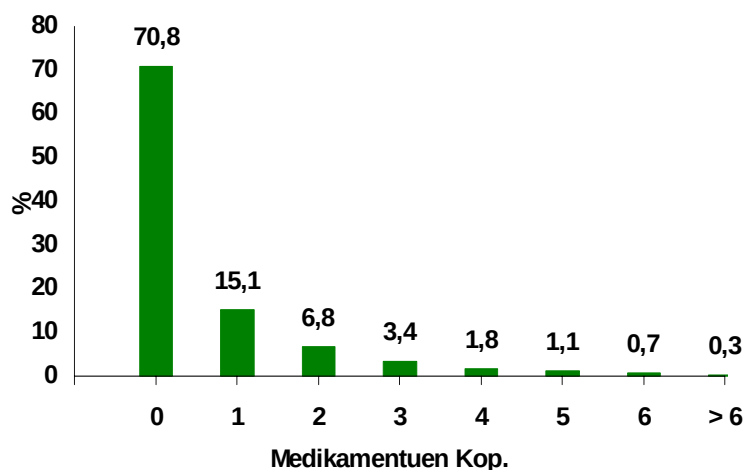
Inkestatuei zeintzuk medikamentu kontsumitu zituzten inkestaren aurreko egun bietan galdetu zitzairen. Inkestatzaileak medikamentuen ontzia zegoen ala ez egiaztatu zuen, eta baiezko kasuan, Farmaziako Zuzendaritza Nagusiaren medikamentu-identifikazioko sei digituko kodeaz jaso zituen. Halaber, hauek ere galdetu ziren: medikamentu zehatz bat ohituraz ala noizbehinka hartzen zen, eta zein arazok sortu zuen aipatutako medikamentu bakoitza erabiltzea. Hala ere, azken informazio hori osasun-arazoak detektatzeko erabili zen bakarrik.

Medikamentuen kontsumoaren ezaugarriak

1997ko osasun-inkesta

Biztanleriaren %29,2k, 611.529 pertsonak, aitortu zuten medikamenturen bat hartu zutela inkestaren aurreko bi egunetan. Horietatik erdiak baino gehiagok aitortu zuen medikamentu bakar baten kontsumoa. Pertsonen hondar-proportzioak aitortu zuen sei medikamentu baino gehiago kontsumitu zituela (IV.4.1 irudia).

IV.4.1 irudia. Azken bi egunetan kontsumitutako medikamentu-kopuruaren araberrako pertsona-proportzioa.



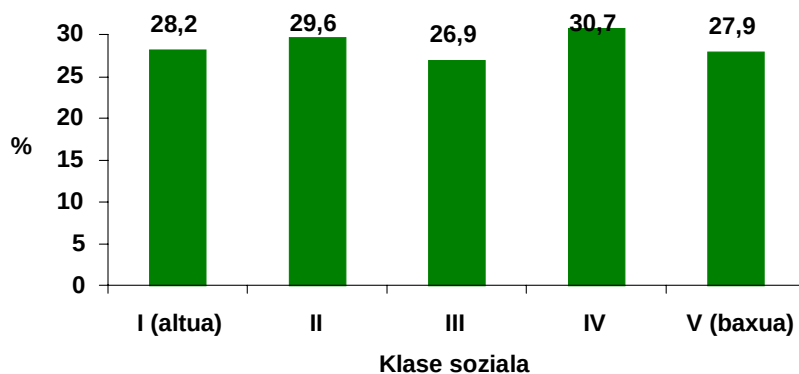
Mutikoek medikamentu gehiago kontsumitu zuten, neskek baino. Beste adin-tarte guztietan emakumezkoek medikamentu gehiago kontsumitu zuten gizonezkoek baino (IV.4.1 taula).

IV.4.1 taula. Azken bi egunetan medikamenturen bat kontsumitu duen biztanleriaren portzentajea eta biztanleria estimatua, adin-taldearen eta sexuaren arabera.

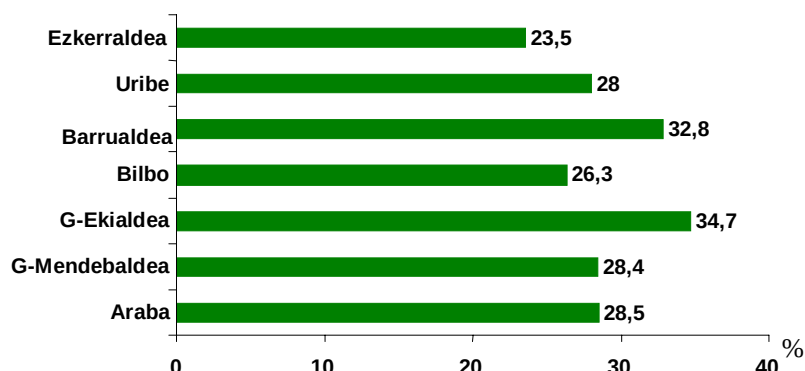
	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	%	biztanleria	%	biztanleria
≤ 14	15,4	21.554	12,5	17.331
15-24	10,8	19.351	15,2	25.175
25-44	15,3	50.348	20,7	67.541
45-64	34,3	85.740	41,7	106.573
≥ 65	65,6	83.596	72,5	134.320

Ez dago esateko diferentziarik klase sozialaren araberrako kontsumoan (IV.4.2 irudia), baina bai egoitzako eskualde sanitarioaren araberrako kontsumoan. Gipuzkoa-ekialdekoak eta Bizkaiko Barrualdekoak izan ziren kontsumitzaile handienak. Alderantziz, Ezkerraldea eskualdean aitortu zen kontsumorik baxuena (IV.4.3 irudia).

IV.4.2 irudia. Medikamentuak kontsumitzen dituzten pertsonen proportzioa, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).



IV.4.3 irudia. **Medikamentuak kontsumitzen dituzten pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.**

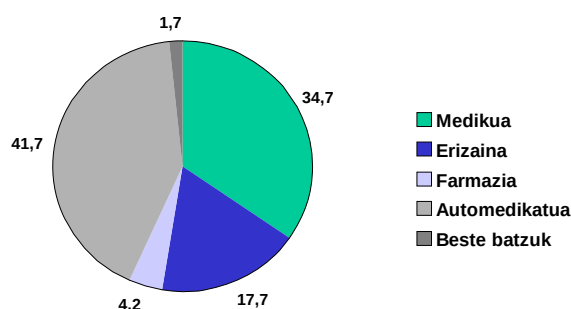


IV.4.2 taulan ondoko korrelazioa ikusten da: kontsumitutako medikamentu-kopuruaren eta medikuari urtean egindako bisita-kopuruaren artekoa. Azpimarraztekoa da 35.000 pertsonak aitortu dutena: medikuarengana urte guztian behin ere joan ez arren, medikamenturen bat hartu dutela. Egia esanda, eta pertsona horiek esandakoaren arabera, medikamentu horien preskripzio-jatorria mediku bat izan da, kasuetatik herenean baino gehiagotan (erdian baino gehiagotan beste profesional sanitarioak, erizaina edo farmazeutikoa sartzen baditugu) (IV.4.4 irudia).

IV.4.2 taula. **Biztanleriaren proportzioa eta biztanleria estimatua, urtean medikuari egindako bisita-kopuruaren eta kontsumitzen dituzten medikamentu-kopuruaren arabera.**

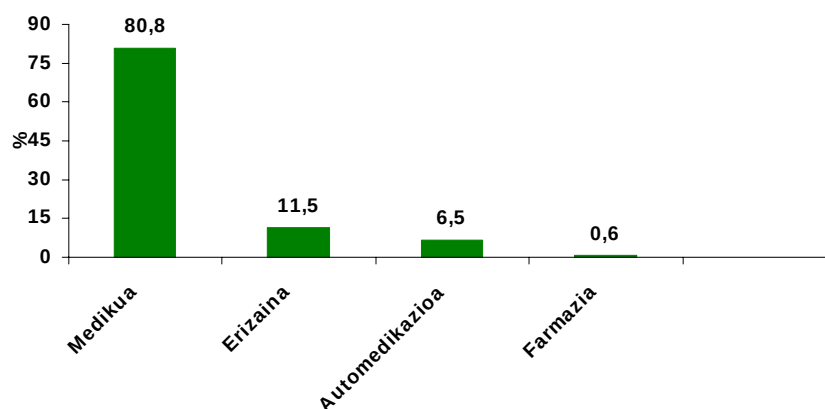
BISITAK	M e d i k a m e n t u - k o p u r u a						
	0	1	2	3	4	5	≥ 6
0	92,1%	6,2%	1,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%
	415.158	28.005	5.579	1.366	662	129	111
1-2	80,3%	13,4%	3,7%	1,6%	0,5%	0,3%	0,2%
	660.905	110.296	30.413	13.367	3.804	2.537	1.492
3-5	59,6%	22,2%	9,7%	4,1%	2,5%	1,1%	0,7%
	262.690	97.785	42.768	17.977	10.878	5.058	3.294
6-9	44,3%	22,6%	14,6%	9,6%	4,1%	2,6%	2,2%
	80.806	41.207	26.594	17.410	7.555	4.661	4.050
10-14	34,9%	23,6%	17,4%	9,6%	7,4%	3,4%	3,6%
	38.832	26.252	19.346	10.727	8.216	3.774	4.024
≥ 15	30,3%	15,2%	20,1%	11,5%	7,6%	7,1%	8,2%
	26.885	13.536	17.865	10.226	6.729	6.290	7.295

IV.4.4 irudia. **Medikamentu-preskripzioaren jatorria, medikuarengana urte guztian ez direla joan aitortu duten pertsonak kontsumitutakoena.**



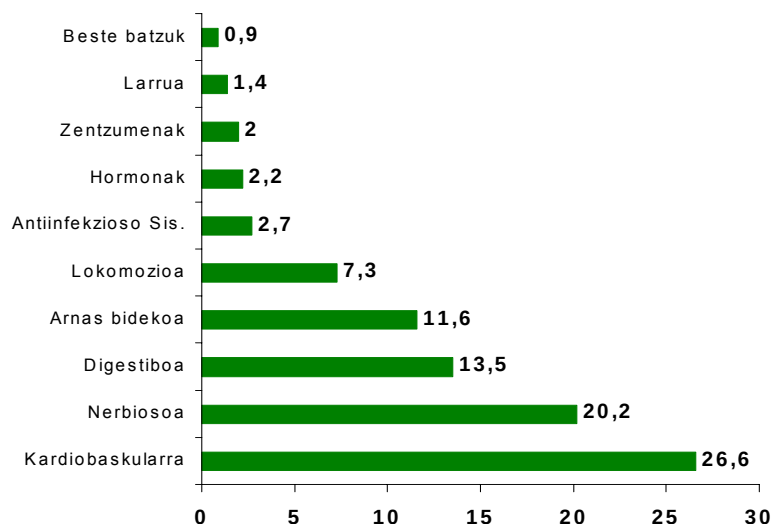
Bestalde, kontsumitutako medikamentuen %90a baino gehiago profesional sanitarioek (medikuak, erizainak, farmazeutikoak) aholkatu zuten. Kasuen %6,5ean, medikamentua norberaren kabuz hartu zela aitortu zen (IV.4.5 irudia).

IV.4.5 irudia. **Kontsumitutako medikamentuen banaketa, preskripzio-jatorriaren arabera.**



Kontsumitutako lau medikamentutatik bat 'Aparatu kardiobaskularra' izeneko talde anatomikokoa izan zen. Kontsumo-sarritasunari dagokionez, horren atzetik 'Nerbio-sistema', 'Digestio-aparatua eta Metabolismoa' eta 'Arnas aparatua' izeneko taldeetako medikamentuak daude (IV.4.6 irudia).

IV.4.6 irudia. **Kontsumitutako medikamentuen banaketa, talde anatomikoaren arabera.**



Kontsumitutako medikamentuen banaketa adinaren arabera aldatu zen. Haurtzaroan (≤ 14 urteetan) eta gaztaroan (15-24 urte bitartekoetan) gehien kontsumitutako medikamentuak arnas aparatuekin erlazionatutakoak izan ziren. 25-44 urte bitartean gehien kontsumitu zirenak 'Nerbio-sistema' talde anatomikoan sartuta daudenak izan ziren; eta 45 urtetik gora, zirkulazio-sistemaren arazoek sortu zuten medikamentuen kontsumorik handiena (IV.4.3 eta IV.4.4 taulak).

IV.4.3 taula. **Gizonezkoek gehien kontsumitutako medikamentuak, talde anatomikoa-ren eta adinaren arabera.**

≤ 14	15-24	25-44	45-64	≥ 65
Arnas bidekoa (63,7 %)	Arnas bidekoa (43,1 %)	Nerbioetakoa (33,0 %)	Kardiobaskularra (27,8 %)	Kardiobaskularra (34,3 %)
Antiinfekziosoa (10,6 %)	Nerbioetakoa (21,5 %)	Arnas bidekoa (13,5 %)	Nerbioetakoa (15,9 %)	Digest/metab. (14,2 %)
Nerbioetakoa (8,8 %)	Antiinfekziosoa (10,8 %)	Digestio/metab (12,3 %)	Digestio/metab. (15,7 %)	Nerbioetakoa (14,0 %)
Digestio/metab. (3,5 %)	Azalekoa (8,5 %)	Kardiobaskularra (10,6 %)	Arnas bidekoa (11,1 %)	Arnas bidekoa (11,5 %)
Zenbait* (2,7 %)	Digestio/metab. (7,7 %)	Lokomotorea (8,6 %)	Odolekoa (10,9 %)	Odolekoa (10,6 %)

* Hormonak, lokomotoreak eta zentzuen organoak portzentaje bereberean daude.

IV.4.4 taula. **Emakumezkoek gehien kontsumitu dituzten medikamentuak, talde anatomikoaren eta adinaren arabera.**

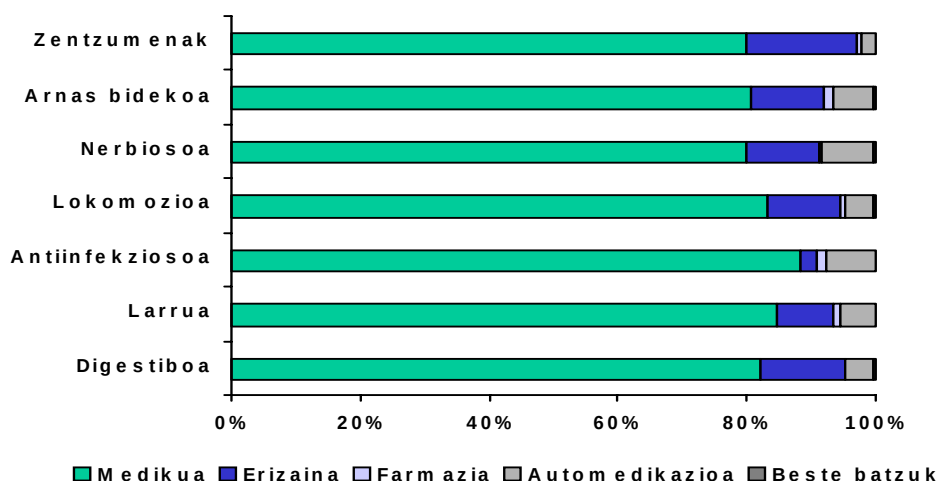
≤ 14	15-24	25-44	45-64	≥ 65
Arnas bidekoa (46,3 %)	Arnas bidekoa (30,3 %)	Nerbioetakoa (28,6 %)	Nerbioetakoa (25,0 %)	Kardiobaskularra (36,4 %)
Nerbioetakoa (14,8 %)	Nerbioetakoa (20,0 %)	Arnas bidekoa (13,9 %)	Kardiobaskularra (22,5 %)	Nerbioetakoa (21,0 %)
Digestio / metab. (14,8 %)	Antiinfekziosoa (10,9 %)	Digestio / metab. (12,2 %)	Digestio / metab. (13,0 %)	Digestio / metab. (14,2 %)
Antiinfekziosoa (13,0 %)	Lokomotorea (7,9 %)	Lokomotorea (10,0 %)	Lokomotorea (8,4 %)	Lokomotorea (7,7 %)
Azalekoa (2,8 %)	(6,1%)*	Odolekoa (8,6 %)	Odolekoa (7,1 %)	Odolekoa (7,6 %)

* Digestio-aparatua eta metabolismoak, odola eta azala.

Oro har, emakumezkoek sistema genitourinarioarekin, lokomotorearekin eta nerbio-sistemarekin erlazionatutako medikamentu gehiago kontsumitu zituzten. Gizonezkoek, ordea, arnas aparatuko, azaleko eta organo hematopoietikoetako eta odoleko arazoengatik produktu gehiago kontsumitu zituzten.

Preskripzioari dagokionez, profesional baten (medikuaren, farmazeutikoaren edo erizainaren) preskripziorik gabe gehien kontsumitu ziren medikamentuak 'Nerbio-sistema' taldekoak izan ziren (%8,1); atzetik, 'Antiinfekzioso sistemakoak' izeneko taldekoak (%7,7), 'Arnas aparatukoak' (%6,4) eta 'Azalekoak' (%5,5) da-toz (IV.4.7 irudia).

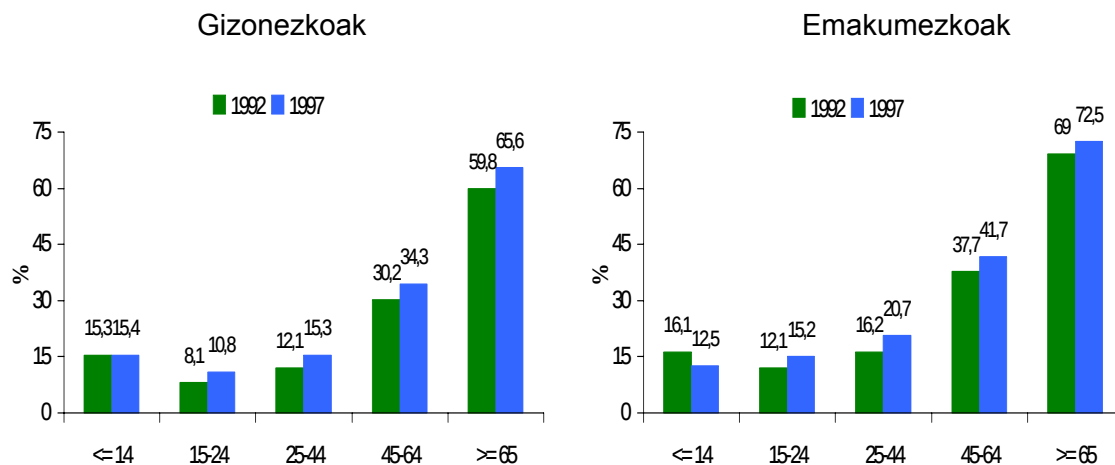
IV.4.7 irudia. Preskripzioaren jatorria, talde anatomikoaren arabera.



1992-1997 eboluzioa

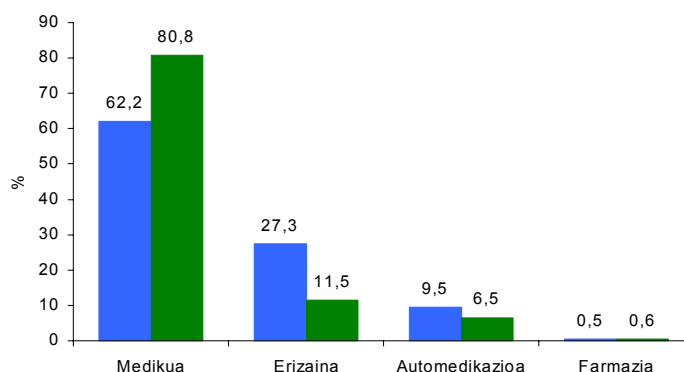
1992an, metodologia berbera erabiliz, %25,4ak medikamenturen bat kontsumitu zuela aitortu zuen. Adin eta sexuaren arabera kontsumo-patroia antzekoa izan zen urte bietan, baina, azpitalde guztietan (14 urteko eta 14tik beherako nesketan izan ezik) kontsumitzaileen proportzioa handiagoa izan zen 1997an (IV.4.8 eta IV.4.9 irudiak).

IV.4.8 eta IV.4.9 irudiak. Inkestaren aurreko bi egunetan medikamentuak kontsumitu zituzten pertsonen proportzioa, sexu eta adin-taldearen arabera, 1992-1997.



1992 urtearekin konparatuz, medikuak zuzenean preskribatutako medikamentuek gora egin zuten; baina erizainak emandakoek batez ere eta automedikazioek neurri txikiagoan behera egin zuten (IV.4.10 irudia).

IV.4.10 irudia. **Kontsumitutako medikamentuen proportzioa, preskripzio-jatorriaren arabera. 1992-1997 eboluzioa.**



Talde anatomikoen arabera kontsumitutako medikamentuen banaketari dagokionez, 1992ko panoramaren antzekoa ikusten da. Aldaketa nabarmenenak hauetan gertatu ziren: 'Nerbio-sisteman' (17,4tik 20,2ra), 'Antiinfekzioso sistemikoetan' (4,8tik 2,7ra), 'Odolean' (6,2tik 8,4ra) eta 'Hormonetan' (1,7tik 2,2ra).

Ondorioak

Medikamentu-kontsumoaren ohitura oso hedatuta dago gure gizartean. Emakumezkoek dira gehien kontsumitzen dutenak, nahiz eta dirudienez, mutikotxoek lehen urteetan neskatoek baino medizina gehiago behar duten.

Elkarren segidako kontzientziatzeko kanpainen efektua ikusten dela dirudi; izan ere, automedikazio-fenomenoak behera egin du 1992 urtearen aldean. Baina, oraindik ere askok jarraitzen dute medikamentu antiinfekziosoak edo nerbio-sistemako arazoentzako medikamentuak kontrol sanitario egokirik gabe hartzen.

Erizainak luzatutako errezetak asko gutxitu dira, lehen mailako atentzioan egindako antolamendu-erreformaren ondorioz.

Eskura dauzkagun baliabide terapeutikoen sofistikazioa zerean azaltzen zaigu, 'Odola' eta 'Hormonak' bezalako talde anatomikoetako medikamentuen erabileraren hazkunde erlatiboan. Azpimarratzekoa ere bada, 'Nerbio-sistema' taldean sartutako medikamentu-kontsumoaren gehikuntza.

Erreferentziak

1. BATES DW. *Drugs and adverse drug reactions: how worried should we be?*. JAMA 1998; 279:1216-1217.
2. DAVIES P, FATTAH H, CLEE MD. *Undisclosed self-medication-a clinical pitfall*. B J of Clin Pract 1994; 48: 333.
3. PHILLIPS DP, CHRISTENFELD N, GLYNN LM. *Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993*. Lancet 1998; 351: 643-644.
4. SCLAFFER J, SLAMET LS, DE VISSCHER G. *Appropriateness of self-medication: method development and testing in urban Indonesia*. J Clin Pharm & Ther 1997; 22:261-272.

IV.5. Hortz-asistentzia

Felipe Aizpuru

Sarrera

Aho-hortzetako osasuna hiru zutabe handik determinatzen dute: ohitura higienikoek, ohitura dietetikoek eta hortz-asistentzia sanitarioko zerbitzuen erabilerrak (Tickle et al 1999). Kapitulu honetan zerbitzuen erabilera aztertzen dugu, bai gaur eguneko erabilera eta bai 1986tik aurrera erabilerak izandako eboluzioa.

Ilido horretatik, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan 1986an egindako lehen inkestaren arabera, biztanleriak hautemandako patologiarik sarriena hortz-txantxarra izan zen; bestalde, zerbitzu horiek eskuratzerakoan gizarte-diferentzia handiak zeudela ikusi zen; ordurako fenomeno hori beste herrialde batzuetan deskribatuta zegoen (Eddie S et al 1985). Hori hasiera-puntua izan zen programa bat prestatu eta martxan jartzeko; programa horretan sartu ziren prebentzio-ekintzak (kontsumoko uren fluorizazioa), osasunaren promozio-ekintzak (eskoletako hezkuntza sanitarioei buruzko programak) eta ekintza asistentzialak. Programa horren izena hauxe izan zen: Plan Vasco de salud Dental infantil – Haurren Hortz-osasunaren Euskal Plana. 1990ean martxan jarri zen, eta berari eskerrak, gazteen artean hortz-patologiaren prebalentzia asko gutxitu da.

Programaren arduradunek aldizka egiten duten ebaluazioa ordezkatu gabe, programa-helburuko adin-taldeetan (1982tik aurrera jaiotako kohorteetan) hortz-zerbitzuen erabileran ikusitako aldaketak islatu dira hurrengo orrialdeetan. Hala-ber, gainerako biztanlerian dagoen egoera ere aztertu da, aipatutako zerbitzuei buruz dagoen iritzia eta programa horrek gizarte guztiaren ohitura eta balioetan izan dezakeen eragina barne daudelarik.

Metodologia

Anbulatorioko asistentzia sanitarioko beste kapituluetan bezala, galderen erreferentzia-aldia inkestaren aurreko 14 egunetakoa izan zen.

Galdesortan hauek galdetu ziren: zita eskatu zenetik kontsultara arteko igarotako egunak; kontsulta-tokia (zentro pribatua ala publikoa); kontsulta-arrazoirik behinena (berrikusketa, tratamendua, mina ala ortodontzia); kontsultaren finantzazioa. Galdera guzti horiek EHAEOLren aurreko edizioetan sartuta zeuden eta formulazio berbera zuten. Gainera 1997ko edizioan erabiltzaileek zenbait aspekturi buruz zeukaten iritzia ezagutzeko hainbat galdera sartu ziren: hartutako tratua, gaitasun eta trebetasun profesionala, jasotako informazioa, kontsultaren iraupena, kontsultan sartu aurreko itxaron-denbora, baliabide erabilgarriak, instalazioen erosotasuna eta galdera bat kontsultaren iritzi orokorrari buruzkoa. Galdera guzti horiek itxiak ziren eta eskainitako erantzun-maila bikainetik txarrera artekoa zen, bitartean hiru posibilitate zeudelarik.

Halaber, lagin osoaren informazioa bildu zen, baita dentistarengana joateko sarritasunari buruzko informazioa eta inkestaren aurreko hamabi hilabeteetan egindako bisita-kopuruari buruzkoa ere.

1997ko osasun-inkesta

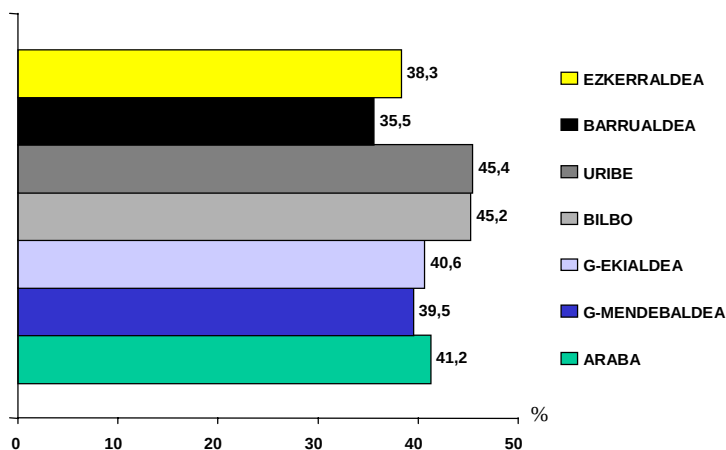
Euskal Autonomia Erkidegoko biztanle bakoitza 1,22 bider, batez beste, joan zen dentistarengana azken hamabi hilabeteetan. Zehatzago esanda, dentistarengana joan ziren 850.000 pertsonak, batez beste, 2,95 bider joan ziren. Ohitura hori apur bat hedatuago dago emakumezkoen artean gizonezkoetan baino, eta gutxitzen doa adinak gora egiten duen neurrian (IV.5.1 taula).

IV.5.1 taula. **Azken hamabi hilabeteetan dentistarengana jo zuten pertsonen estimazioa (%), adin-azpitaldeen eta sexuaren arabera.**

	Gizonezkoak		Emakumezkoak	
	estimazioa	%	estimazioa	%
≤ 14	79.183	56,4	81.748	59,5
15-24	83.246	46,7	88.559	53,5
25-44	127.386	38,7	153.713	47,2
45-64	91.793	36,7	95.100	37,2
≥ 65	23.000	18,1	34.556	18,6
Guztira	404.608	39,5	453.676	42,4

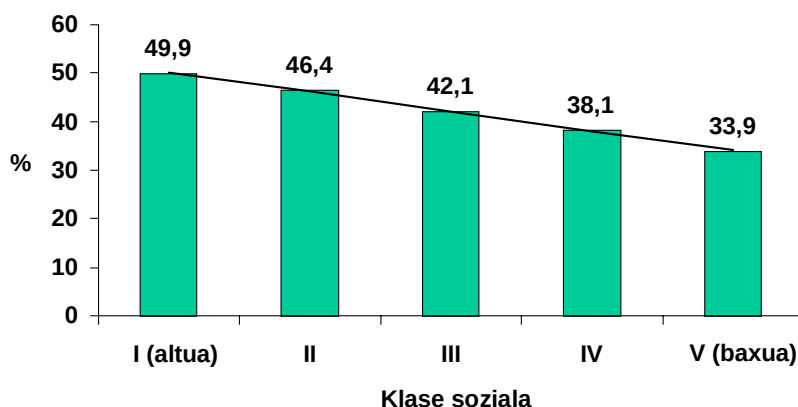
Egoitza-tokiaren arabera, dentistarengana urtean behin gutxienez doan biztanleriaren proportzioa Araban eta Gipuzkoan batezbestekoaren antzekoa izan zen. Bizkaian, berriz, diferentzia nahiko handia ikusi zen hiriaren eta hiri ingurua-
ren artean batetik, eta nekazaritza-kutsurik handieneko zonen eta marjinatuenen artean bestetik (IV.5.1 irudia).

IV.5.1 irudia. **Azken urtean dentistarengana jo duten pertsonen proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.**



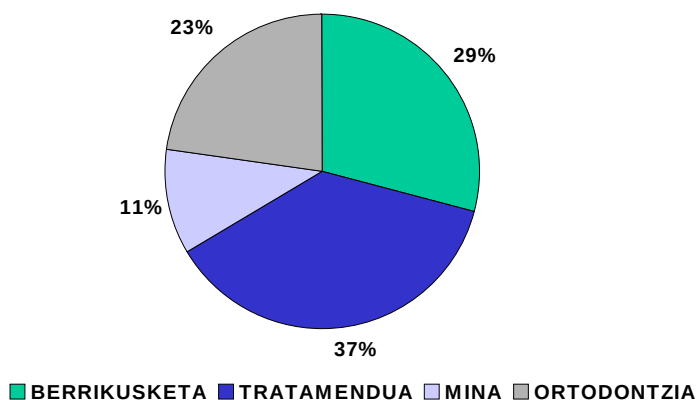
Klase sozialari dagokionez, IV.5.2 irudian ikusten den bezala, beheranzko gradiente bat dago: dentistaren erabiltzaileen proportzioak behera egiten du, erabilitako eskala sozioekonomikoa beherantz doan neurrian.

IV.5.2 irudia. **Dentisten kontsulta-erabiltzaileak, portzentajeetan, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizata).**



Kontsultetatik %37,1 ezarritako tratamendua hasteko edo jarraitzeko eskatu ziren; %29,1 berrikuspen errutinarioak egiteko edo arazo konketurik gabe; lau kontsultetatik ia batean arrazoa ortodontzia-tratamendua izan zen; eta azkenik, 10 kontsultetatik bat, min akutuagatik gertatu zen (IV.5.3 irudia).

IV.5.3 irudia. **Dentistarengana jotzeko kontsulta-arrazoiak.**



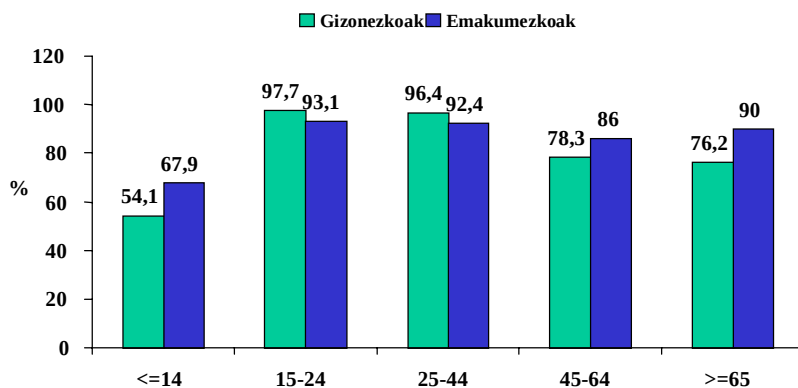
Oro har, dentistarekin kontsulta lortzeko batezbesteko atzerapena zortzi egunekoa izan zen. IV.5.2 taulan ikusten den bezala, atzerapen hori handiagoa izan zen berrikuspena egiteko eskatu ziren kontsultetan, episodio mingarriak eragindakoetan baino.

IV.5.2 taula. **Dentistarekin zita lortu arteko itxaron-denboren batezbestekoa eta mediana (egunetan), kontsulta-arrazoiaren arabera.**

	Batezbestekoa	Mediana
Berrikuspena	11,05	2
Tratamendua	7,64	2
Mina	3,34	1
Ortodontzia	8,82	2
Guztira	8,43	2

Dentistari egindako kontsulten %82,9k, astean 33.000 inguruk, finantzazio pribatua izan zuten. Odontologia pribatuarekiko errekurtsoak tontor bat izan zuen, sexu bietan, bizitzako adin ertainetan. Mutikoek, eta neurri txikiagoan neskek erabili zituzten gehien zerbitzu publikoak (IV.5.4 irudia).

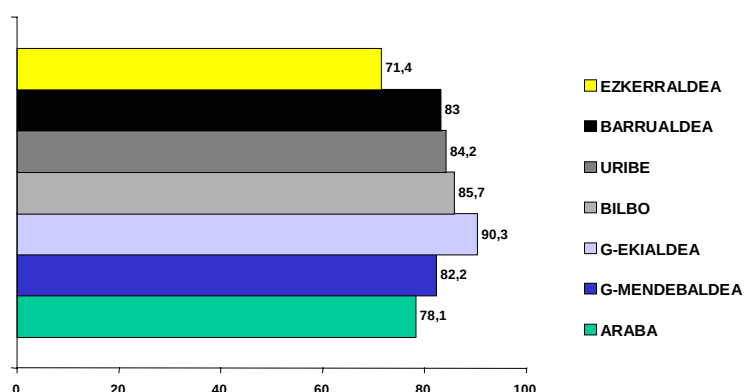
IV.5.4 irudia. **Finantzazio pribatuarekin dentistari egindako kontsulten portzentajea, adin-taldean eta sexuaren arabera.**



Kontsulta pribatuetara jotzea erabaki zutenek egun gutxiago (7,87) behar izan zuten bisita aurretiaz eskatzeko, sektore publikora jotzea erabaki zutenek baino (11,84). Banaketa horren mediana, kasu bietan, egun bikoia izan zen.

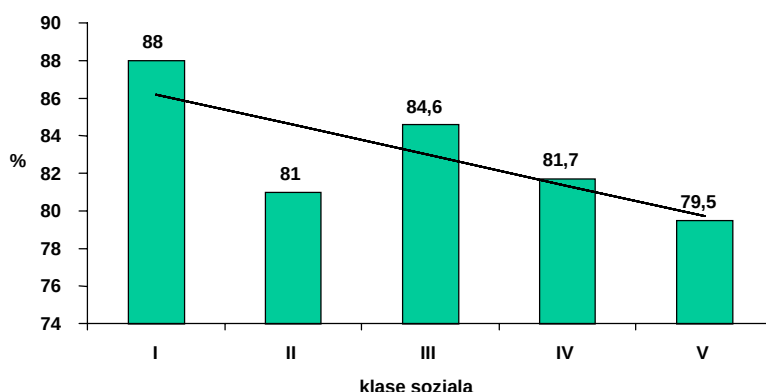
Egoitza-tokiaren arabera, Araba eskualdean eta Bizkaiko Ezkerralde eskualdean zerbitzu publikoetara jo da gehiago. Alderantziz, Gipuzkoako Ekialde eskualdean (Donostialdean eta abarretan) hamar kontsultetatik bat zerbitzu publikoetan egin zen (IV.5.5 irudia).

IV.5.5 irudia. **Finantzazio pribatuarekin dentistari egindako kontsulten proportzioa, eskualde sanitarioaren arabera.**



Klase sozialaren arabera, puntako klaseek gehiago erabili dituzte, hurrenez hurren, zerbitzu publikoak (V klaseak) edo pribatuak (I klaseak) (IV.5.6 irudia).

IV.5.6 irudia. **Finantzazio pribatuarekin dentista-konsulten proportzioa, klase sozia-
laren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta).**



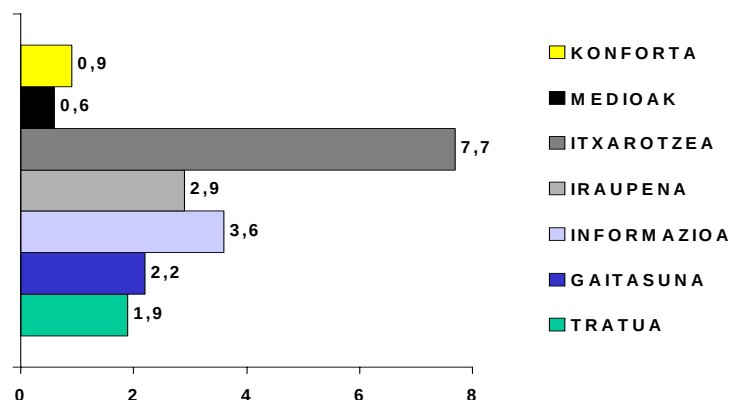
Azkenik, kontsultaren arrazoiaren arabera, sektore pribatuak hartu zituen bere kargu tratamendu bat ezartzeko edo ortodontzia-prozedurako kontsultarik gehienak; arazo konkreturik gabeko berrikuspenen hiru laurdenak; eta hortz-min akutuko episodioarengatik sortutakoen bi heren inguru (IV.5.3 taula).

IV.5.3 taula. **Dentista-konsulten banaketa, finantzazio-motaren arabera.**

	PRIBATUA	PUBLIKOA
BERRIKUSPENA	74,8	25,2
TRATAMENDUA	87,4	12,6
MINA	61,1	38,9
ORTODONTZIA	96,4	3,6

Galdesortan aztertutako asistentziaren aspektu guztiekiko satisfazioa oso al-
tua izan zen, atal bakoitzean %96tik gorakoa. Salbuespen bakarra itxaron-
denbora izan zen; aspektu horrekin inkestatuen %7,7a ez zegoen pozik (IV.5.7
irudia). %11,7a kontsultaren aspekturen batekin ez zen irten pozik. Portzentaje
hori apur bat altuagoa izan zen gazteenen artean (< 25 urtekoen artean). Oro har
hartutako asistentziarekin pozik zeudenen portzentajea % 98,9koa izan zen
(IV.5.4 taula).

IV.5.7 irudia. **Hortz-asistentzia sanitarioaren aspektu ezberdinekin pozik ez zeude-
nen proportzioa.**



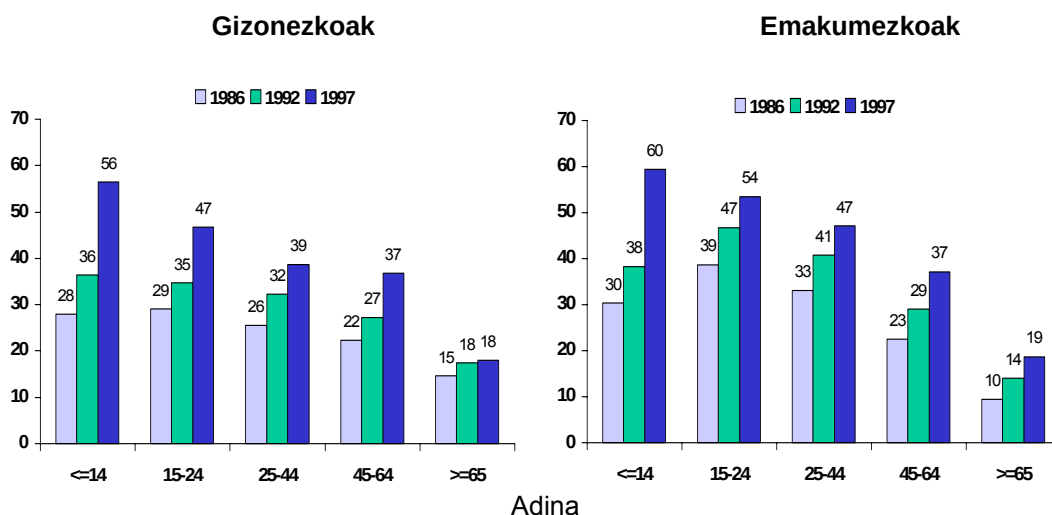
IV.5.4 taula. **Kontsultarekin orokorrean edo kontsultaren aspekturen batekin pozik ez zeudenen proportzioa, adin-taldeen arabera.**

	Kontsulta orokorrean	Aspekturen bat
≤ 14	1,7	16,7
15-24	2,0	13,0
25-44	--	7,6
45-64	0,9	11,3
≥ 65	2,5	7,5
Guztira	1,2	11,7

1986-1992-1997 eboluzioa

Dentistarengana gutxienez urtean behin jo dutenen portzentajea 1986tik aurrera joan da gorantz etengabe. Gorakada hori adin-talde guztietan eta sexu bietan ikusi da (IV.5.8 irudia).

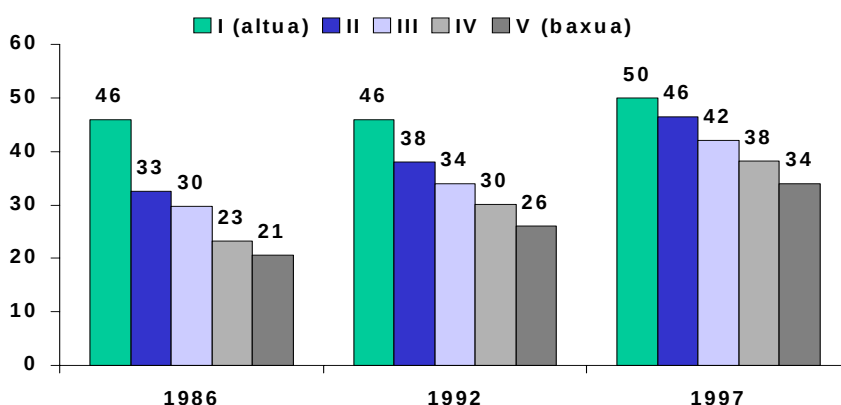
IV.5.8 irudia. **Dentistarengana urtean behin jotzen duen biztanleriaren proportzioa. 1986-1992-1997 eboluzioa.**



Biztanleko bisiten batezbestekoak, ostera, ez du izan joera etengabe hori. 1986tik 1992ra arteko sei urteetan biztanleriaren proportzioa 1,11tik 1,02ra jaitsi zen. Azken 5 urteetan joera inbertitu egin da eta gaur egun batezbestekoa 1,2tik gora mantentzen da. Dentistarengana inoiz joan direnak bakarrik kontuan harturik, urteko bisiten batezbestekoa etengabe beherantz joan da 1986tik aurrera, 1997an erabiltzaile bakoitzeko eta urteko hiru kontsulta inguruan kokatu delarik.

Klase sozialari dagokionez, patroia aldatu gabe mantendu da: zenbat eta egoera sozioekonomiko hobea, hainbat eta hortz-zerbitzuen erabilera gehiago. Erabileraren diferentzia gehien eta gutxien faboratutako klaseen artean murriztu egin zela ikusi zen (IV.5.9 irudia).

IV.5.9 irudia. **Dentistarengana urtean behin jotzen duten pertsonen proportzioa, klase sozialaren arabera (% adinaren arabera estandarizatuta). 1986-1992-1997 eboluzioa**



Kontsultaren arrazoirik sarriena, 1992an bezala, tratamendua behar izatea izan zen. Arrazoi horrek behera egin du azken 5 urteetan. Aldi horretan min aku-tuengatiko kontsultak ere gutxitu egin dira, eta ortodontzia-prozedurengatikoak gehitu (IV.5.5 taula).

IV.5.5 taula. **Dentista-kontsulten proportzioa, kontsulta-arrazoiaren arabera. 92-97 eboluzioa.**

	Berrikusketa	Tratamendua	Mina	Ortodontzia
1992	28,6	43,9	17,0	10,5
1997	29,1	37,1	11,1	22,7

Sektore publikoko kontsultak azken bost urteetan gehitu egin dira, batez ere 14 urtetik gorako taldean asko gehitu direlako (IV.5.6 taula).

IV.5.6 taula. **Sektore publikoak finantzatutako kontsulten proportzioa, adin-taldeen arabera. 92-97 eboluzioa.**

	1992	1997
≤ 14	13	39,3
15-24	7,8	5,0
25-44	8,6	5,7
45-64	13,2	18,2
≥ 65	19,2	17,1
Guztira	11,0	17,3

Onorioak

Biztanleriaren ia erdiak erabiltzen ditu gutxienez urtean behin hortz-zerbitzuak. Nahiz eta azken 12 urteetako joerak argi-argi gorantz egin duen, espezialista gehienaren iritzia kontuan hartu behar da, hots, urtean bisita bat egin behar dela aho-hortzeko osasun ona garantizatzeko (Kay E, 1999). Zentzu horretan, aurkeztutako datuek diotenez, Bizkaiko zona nekazaritazkoetako gizonezkoak dira, hain zuzen ere, gehiago hobetu behar direnak.

Aho-hortzetako asistentzia-zerbitzuen erabiltzaileen batezbesteko kontsultakopuruak behera egitea, behar bada, berrikuspenen proportzioak gora egin delako da, eta berrikuspenak normalean bisita batean egiten direnez, horien gehikuntza episodio bakoitzeko bisita bat baino gehiago behar duten tratamendueta-rako eskatutakoen lepotik gertatu da. 1992 eta 1997ko datuek hipotesi hori erakusten dute, bai eta, atentzio espezializatuagora eta sofistikatuagora aldatzen ari garela ere (ortodontzia gehiago, minarengatiko kontsulta gutxiago). Oro har, koa-droak adierazten duenez, biztanleriak aho-hortzetako osasun hobea du, orain dela urte batzuk baino.

Azpimarratzekoa da baita ere, klase sozial altuen eta baxuen arteko diferentziak murriztu egin direla. Hamabi urtetan, urtean behin dentistarengana doazen bi biztanleria horien proportzioen arteko diferentzia erdira arte hurbildu da, V klase sozialeko tasa 13,5 puntutan gehitu delako. Gertakizun hori, gizarte-mailan nahi-garria dena, zati batean zerbitzu horien eskuragarritasuna hobetu delako izan dai-teke, batez ere haurren hortz-osasunaren euskal planak ekarri duen eskuragarri-tasunaren ondorioagatik. Ildo horretatik, azpimarratzekoa da sektore publikoak finantzatutako kontsultak %6an gehitu direla, 1992koekin konparatuta.

Eskerrak

Eskerrik asko Pedro Martín jaunari, kapitulu honen aurreko bertsio bati egin zizkion komentario baliotsuengatik.

Erreferentziak

1. EDDIE S, DAVIES JA. *The effect of social class on attendance frequency and dental treatment received in the General Dental Service in Scotland*. Br Dent J 1985; 159: 370-372.
2. KAY E. *How often should we go to the dentist?*. BMJ 1999; 319:204-205.
3. TICKLE M, WILLIAMS M, JENNER T, BLINKHORN A. *The effects of socio-economic status and dental attendance on dental caries experience, and treatment patterns in 5 year old children*. Br Dent J 1999; 186: 135-137.

V. Galdesortak

EUSKO JAURLARITZA

OSASUN SAILA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

GALDESORTA ZK.:

O S A S U N

I N K E S T A

1997

FAMILIARENTZAKO GALDESORTA

IDENTIFIKAZIO ATALA

1 a).- Etxe honetan bizi zaretenok nola duzue izena? Hasi, mesedez, etxeko buruaren izenarekin.

.

1 b).- Honako hauek idatzi ditut (INKESTATZAILEak izenak irakurriko ditu). Ahaztu egin al zait:

- . haurren bat?
- . enplegaturen bat?
- . berton bizi, baina kanpoan dagoen bat (bidaiaren bat egiten edo ospitalean)?

2.- Zenbat urtetakoak dira?

IZENA
(01)

ADINA

--	--	--

--	--	--

BAI
EZ

1
2

IZENA _____

1. ABIZENA _____ 2. ABIZENA _____

1. HELBIDEA

2.- Helbide honetan bizi zineten 1992 urtean?

Bai 1

Ez..... 2

TELEFONOA

OHARRAK

IRAUPENA **MINUTU**

“JARDUERAREN ALDI BATEKO MURRIZTAPENA”

OSASUN INDIKATZAILEEN ATALA

ERREFERENTZIA-ALDIA: 14 EGUN

Hurrengo galderak . . . egunetik atzora arte izan duzun osasun-egoerari dagozkio.

ELKARRIZKETAREN EGUTEGIA ERAKUTSI

1. galdera da azken 14 egunetako jarduera ezagutzeko

3.- (r)en jarduera zein izan da egunetik atzora arte?

. Lana ala baxa	1	. Haurrak	4	. Beste batzuk (Amatasun-baxa,	
. Etxeko lanak	2	. Langabeak	5	Soldadutza, oheratu kronikoak, ...)	7
. Eskola eta haurtzaindegikoa	3	. Jubilatua	6	. Ed/Ee	0

3.- JARDUERA

Lana
Etxeko lanak
Eskolakoak
Haurrak
Langabeak
Jubilatuak
Beste batzuk
Ed/Ee

1
2
3
4
5
6
7
0

4.a)egunetik atzora arte, osasuna dela eta,(e)k ohean geratu beharrik izan al du? Oheratu kronikoa bada, ipini “Ez”

4.b) Zebat egunetan geratu behar izan du(e)k ohean egunaren aldirik gehienean (gutxienez egun erdian)?

4.a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
(5)	(5)	

b) EGUNAK

(3 Galderan: 1, 2 edo 3 erantzun dutenek)

5.a)egunetik atzora arte, utzi dio . . .(e)k .
. Lan egiteari
. Etxeko lanak egiteari
. Eskolara joateari

lanegun erdian gutxienez , osasuna dela eta?

5.a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
(6)	(6)	

b) EGUNAK

5.b) egunetik, eta . lanera joan
. etxeko lanak egin
. eskolara joan
behar izan dituen egunetatik, zenbatetan egin du huts . . . (e)k, lanegun erdiz, gutxienez, osasunagatik?

c) EGUNAK

5.c) . . .(e)k . Lan egin
. etxeko lanak egin
. eskolara joan
ezin izan dituen egunetatik zenbatetan geratu da etxean, egunaren aldirik gehienean (egun erdian gutxienez), ospitalean emandako egunak ere sartuta ?

(GUZTIENTZAT)

GOGORATU OHIKO ETA AISIAKO JARDUERA, EZAUGARRI PERTSONALEN ARABERA

KONTUZ: 4a) 0 5a) GALDERAK “BAI” IZAN BADIRA, KONPROBATU EGUN DESBERDINAK DIREN

Jolastea, tabernara, zinera, klubera edo mezatara joatea, telebista ikustea, kirola egitea, ikastea ...

6.a) Aurrean adierazitako egunak kontatu gabe,egunetik atzora arte, utzi edo gutxitu behar izan al ditu(e)k bere jarduerak, osasun-arazoak direla eta?

6.b) Zenbat egunetan gutxitu edo murriztu behar izan ditu(e)k bere ohiko jarduerak?

6.a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
---	---	---

b) EGUNAK

MURRIZTAPEN-EGUNAK DITUZTEN GUZTIEI EGIN

7. Zein edo zeintzuk izan dira osasun-arazoak . . .(e)k bere ohiko jarduerak utzi edo gutxitzeko?

7.-

.....

3.- JARDUERA Lana1 Etxeko lanak2 Eskolakoak3 Haurrak4 Langabeak5 Jubilatuak6 Beste batzuk7 Ed/Ee0	3.- JARDUERA Lana1 Etxeko lanak2 Eskolakoak3 Haurrak4 Langabeak5 Jubilatuak6 Beste batzuk7 Ed/Ee0	3.- JARDUERA Lana1 Etxeko lanak2 Eskolakoak3 Haurrak4 Langabeak5 Jubilatuak6 Beste batzuk7 Ed/Ee0	3.- JARDUERA Lana1 Etxeko lanak2 Eskolakoak3 Haurrak4 Langabeak5 Jubilatuak6 Beste batzuk7 Ed/Ee0
4.a) Bai Ez Ed/Ee (5)(5) b) EGUNAK	4.a) Bai Ez Ed/Ee (5)(5) b) EGUNAK	4.a) Bai Ez Ed/Ee (5)(5) b) EGUNAK	4.a) Bai Ez Ed/Ee (5)(5) b) EGUNAK
5.a) Bai Ez Ed/Ee (6)(6) b) EGUNAK c) EGUNAK	5.a) Bai Ez Ed/Ee (6)(6) b) EGUNAK c) EGUNAK	5.a) Bai Ez Ed/Ee (6)(6) b) EGUNAK c) EGUNAK	5.a) Bai Ez Ed/Ee (6)(6) b) EGUNAK c) EGUNAK
6.a) Bai Ez Ed/Ee b) EGUNAK	6.a) Bai Ez Ed/Ee b) EGUNAK	6.a) Bai Ez Ed/Ee b) EGUNAK	6.a) Bai Ez Ed/Ee b) EGUNAK
7.-	7.-	7.-	7.-

“EZGAITASUN IRAUNKORRA”				EZGAITASUNA																																													
Hurrengo galderetan aipatuko dira, jarduera-mailan osasun-egoerak ematen dizkion mugapenak (Jarduera modu iraunkor edo kronikoan mugatzen duten osasun-arazoak) 8.- INKESTATZAILEA: egin galderak adinaren arabera <table><tr><td>. 0- 4 urtekoentzat</td><td>9 g.</td><td>. 18-69 urtekoentzat</td><td>11 g.</td></tr><tr><td>. 5-17 urtekoentzat</td><td>10 g.</td><td>. 70 urtetik gorakoentzat</td><td>12 g.</td></tr></table>				. 0- 4 urtekoentzat	9 g.	. 18-69 urtekoentzat	11 g.	. 5-17 urtekoentzat	10 g.	. 70 urtetik gorakoentzat	12 g.	8.- <table><tr><td>0-4</td><td>1</td><td>9 g.</td></tr><tr><td>5-17</td><td>2</td><td>10 g.</td></tr><tr><td>18-69</td><td>3</td><td>11 g.</td></tr><tr><td>70 eta +</td><td>4</td><td>12 g.</td></tr></table>				0-4	1	9 g.	5-17	2	10 g.	18-69	3	11 g.	70 eta +	4	12 g.																						
. 0- 4 urtekoentzat	9 g.	. 18-69 urtekoentzat	11 g.																																														
. 5-17 urtekoentzat	10 g.	. 70 urtetik gorakoentzat	12 g.																																														
0-4	1	9 g.																																															
5-17	2	10 g.																																															
18-69	3	11 g.																																															
70 eta +	4	12 g.																																															
9.- 0-4 URTE BITARTEKOENTZAT				0-4 URTE BITARTEKOAK																																													
9.a) Bere osasun-egoerak edo akatsen batek ez dio uzten(r)i parte hartzen beste haurren ohiko jolasetan?				9.a) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (14)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
9.b) Mugarik al du(e)k jolas-mota batzuetarako edo parte har dezakeen jolas-kantitaterako osasunagatik?				b) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (14) (13) (13)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
10.- 5-17 URTE BITARTEKOENTZAT				5-17 URTE BITARTEKOAK																																													
10.a) Bere osasun-egoera edo akatsen bat dela eta, ezin al du(e)k joan eskolara edo ikastetxera?				10a) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (14)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
10.b) Ikastetxe bereziren batera edo klase berezietara joan beharra al du (e)k osasun-arazo edo akatzen batengatik?				b) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (14)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
10.c) Osasun-arazoren batek ipinten al dizkio mugak(r)i ikastetxera joateko?				c) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (14) (13) (13)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
11.- 18-69 URTE BITARTEKOENTZAT				18-69 URTE BITARTEKOAK																																													
11.a) Gaur egun(e)k lan egiten du?				11a) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (11c)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
11.b) Bere osasun-egoerak ez dio uzten edo ez lío ke utziko(r)i lan egiten gaur egun?				b) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (14)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
11.c) Mugarik al du(e)k gin dezakeen edo zezakeen lan-mota batzuetarako edo lan-kantitaterako, osasuna dela eta?				c) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (14) (13) (13)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
12 - 70 URTETIK GORAKOENTZAT				70ETIK GORAKOAK																																													
12.a) Osasun-arazoren baten ondorioz, inoren laguntza behar al du(e)k jarduera pertsonalak egiteko, hots, jan, bainatu, dutxatu, jantzi edota etxean mugitzeko?				12a) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (12c)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
12.b) Osasun-arazoren baten ondorioz, inoren laguntza behar al du(e)k etxeko lanak egiteko, hots, arropak lisutu, garbitu edo etxeko garbitasuna nahiz jatekoa, edota beste arlo batean, kontuak egin, pentsioa kobratu, paper-arazoak bete nahiz erosketak egiteko?				b) Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> (13) (13)				1	2	0																																							
1	2	0																																															
12.c) Sarritan behar al du laguntza hori? <table><tr><td>. Egunean batzuetan</td><td>1</td></tr><tr><td>. Egunean behin</td><td>2</td></tr><tr><td>. Astean batzuetan</td><td>3</td></tr><tr><td>. Astean behin</td><td>4</td></tr><tr><td>. Hilean batzuetan</td><td>5</td></tr><tr><td>. Ed/Ee</td><td>0</td></tr></table>				. Egunean batzuetan	1	. Egunean behin	2	. Astean batzuetan	3	. Astean behin	4	. Hilean batzuetan	5	. Ed/Ee	0	c) SARRITASUNA <table><tr><td>. Egunean batzuetan</td><td>1</td></tr><tr><td>. Egunean behin</td><td>2</td></tr><tr><td>. Astean batzuetan</td><td>3</td></tr><tr><td>. Astean behin</td><td>4</td></tr><tr><td>. Hilean batzuetan</td><td>5</td></tr><tr><td>. Ed/Ee</td><td>0</td></tr></table>				. Egunean batzuetan	1	. Egunean behin	2	. Astean batzuetan	3	. Astean behin	4	. Hilean batzuetan	5	. Ed/Ee	0																		
. Egunean batzuetan	1																																																
. Egunean behin	2																																																
. Astean batzuetan	3																																																
. Astean behin	4																																																
. Hilean batzuetan	5																																																
. Ed/Ee	0																																																
. Egunean batzuetan	1																																																
. Egunean behin	2																																																
. Astean batzuetan	3																																																
. Astean behin	4																																																
. Hilean batzuetan	5																																																
. Ed/Ee	0																																																
12.d) Nork ematen dio laguntza? <table><tr><td>. Berarekin bizi den senide batek</td><td></td></tr><tr><td>. Berarekin bizi ez den senide batek</td><td></td></tr><tr><td>. Gizarte-laguntzaile, moja edo erizainak</td><td></td></tr><tr><td>. Auzoko batek</td><td></td></tr><tr><td>. Pertsona ordainduak</td><td></td></tr><tr><td>. Inork ere ez☒ (12f g.)</td><td></td></tr><tr><td>. Beste batzuk</td><td></td></tr></table>				. Berarekin bizi den senide batek		. Berarekin bizi ez den senide batek		. Gizarte-laguntzaile, moja edo erizainak		. Auzoko batek		. Pertsona ordainduak		. Inork ere ez☒ (12f g.)		. Beste batzuk		d) NORK Bai Ez Ed/Ee <table><tr><td>. Etxeko senideak</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>. Ez-etxeko sen.ak</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>. Giz.-laguntz.ak</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>. Auzoko batek</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>. Ordainduak</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>. Inork (12f)</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td>. Beste batzuk</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td></tr></table>				. Etxeko senideak	1	2	0	. Ez-etxeko sen.ak	1	2	0	. Giz.-laguntz.ak	1	2	0	. Auzoko batek	1	2	0	. Ordainduak	1	2	0	. Inork (12f)	1	2	0	. Beste batzuk	1	2	0
. Berarekin bizi den senide batek																																																	
. Berarekin bizi ez den senide batek																																																	
. Gizarte-laguntzaile, moja edo erizainak																																																	
. Auzoko batek																																																	
. Pertsona ordainduak																																																	
. Inork ere ez☒ (12f g.)																																																	
. Beste batzuk																																																	
. Etxeko senideak	1	2	0																																														
. Ez-etxeko sen.ak	1	2	0																																														
. Giz.-laguntz.ak	1	2	0																																														
. Auzoko batek	1	2	0																																														
. Ordainduak	1	2	0																																														
. Inork (12f)	1	2	0																																														
. Beste batzuk	1	2	0																																														

EZGAITASUNA 8.- 0-4 1 9 g. 5-17 2 10 g. 18-69 3 11 g. 70 eta + 4 12 g.	EZGAITASUNA 8.- 0-4 1 9 g. 5-17 2 10 g. 18-69 3 11 g. 70 eta + 4 12 g.	EZGAITASUNA 8.- 0-4 1 9 g. 5-17 2 10 g. 18-69 3 11 g. 70 eta + 4 12 g.	EZGAITASUNA 8.- 0-4 1 9 g. 5-17 2 10 g. 18-69 3 11 g. 70 eta + 4 12 g.
0-4 URTE BITARTEKOAK 9.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	0-4 URTE BITARTEKOAK 9.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	0-4 URTE BITARTEKOAK 9.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	0-4 URTE BITARTEKOAK 9.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)
b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)
5-17 URTE BITARTEKOAK 10.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	5-17 URTE BITARTEKOAK 10.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	5-17 URTE BITARTEKOAK 10.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	5-17 URTE BITARTEKOAK 10.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)
b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)
c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)
18-69 URTE BITARTEKOAK 11.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (11c)	18-69 URTE BITARTEKOAK 11.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (11c)	18-69 URTE BITARTEKOAK 11.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (11c)	18-69 URTE BITARTEKOAK 11.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (11c)
b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14)
c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)	c) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (14) (13) (13)
70ETIK GORAKOAK 12.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (12c)	70ETIK GORAKOAK 12.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (12c)	70ETIK GORAKOAK 12.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (12c)	70ETIK GORAKOAK 12.a) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (12c)
b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (13) (13)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (13) (13)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (13) (13)	b) Bai Ez Ed/Ee 1 2 0 (13) (13)
c) SARRITASUNA . Egunean batzuetan . Egunean behin . Astean batzuetan . Astean behin . Hilean batzuetan . Ed/Ee	c) SARRITASUNA . Egunean batzuetan . Egunean behin . Astean batzuetan . Astean behin . Hilean batzuetan . Ed/Ee	c) SARRITASUNA . Egunean batzuetan . Egunean behin . Astean batzuetan . Astean behin . Hilean batzuetan . Ed/Ee	c) SARRITASUNA . Egunean batzuetan . Egunean behin . Astean batzuetan . Astean behin . Hilean batzuetan . Ed/Ee
d) NORK Bai Ez Ed/Ee . Etxeko senideak . Ez-etxeko sen.ak . Giz.-laguntz.ak . Auzoko batek . Ordainduak . Inork (12f) . Beste batzuk	d) NORK Bai Ez Ed/Ee . Etxeko senideak . Ez-etxeko sen.ak . Giz.-laguntz.ak . Auzoko batek . Ordainduak . Inork (12f) . Beste batzuk	d) NORK Bai Ez Ed/Ee . Etxeko senideak . Ez-etxeko senideak . Giz.-laguntzaileak . Auzoko batek . Ordainduak . Inork (12f) . Beste batzuk	d) NORK Bai Ez Ed/Ee . Etxeko senideak . Ez-etxeko sen.ak . Giz.-laguntz.ak . Auzoko batek . Ordainduak . Inork (12f) . Beste batzuk

12 e) Bai Ez Ed/Ee (14)	12 e) Bai Ez Ed/Ee (14)	12 e) Bai Ez Ed/Ee (14)	12 e) Bai Ez Ed/Ee (14)
f) LAGUNTZA-MOTA Bai Ez Ed/Ee . E.-asist. Perts. . E.-asist. Etx. lan. . Sanatarioa . Diru-laguntza . Egoitza . Ed/Ee (14 g.ra pasa)	f) LAGUNTZA-MOTA Bai Ez Ed/Ee . E.-asist. Perts. . E.-asist. Etx. lan. . Sanatarioa . Diru-laguntza . Egoitza . Ed/Ee (14 g.ra pasa)	f) LAGUNTZA-MOTA Bai Ez Ed/Ee . E.-asist. Perts. . E.-asist. Etx. lan. . Sanatarioa . Diru-laguntza . Egoitza . Ed/Ee (14 g.ra pasa)	f) LAGUNTZA-MOTA Bai Ez Ed/Ee . E.-asist. Perts. . E.-asist. Etx. lan. . Sanatarioa . Diru-laguntza . Egoitza . Ed/Ee (14 g.ra pasa)
13 a) Bai Ez Ed/Ee (15) (15)	13 a) Bai Ez Ed/Ee (15) (15)	13 a) Bai Ez Ed/Ee (15) (15)	13 a) Bai Ez Ed/Ee (15) (15)
14 a) HILA URTEA _ _ _ _ b)..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	14 a) HILA URTEA _ _ _ _ b)..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	14 a) HILA URTEA _ _ _ _ b)..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	14 a) HILA URTEA _ _ _ _ b)..... _ _ _ _ _ _ _ _ _

“KONTSULTAK”

OSASUN-ZERBITZUEN ERABILERAREN ATALA

ERREFERENTZIA-ALDIA: 14 EGUN

Hurrengo galderak osasuneko profesionaleiegunetik atzora arte egindako kontsultei dagozkie

15.a) Azken 14 egunotan, badago zure familiako inor, telefonoz baino ez bada ere, ondoko osasun-profesionalari bati kontsultarik egin diona? INKESTATZAILEAK: 1 TXARTELA ERAKUTSI ETA IRAKURRI BAI ☒ NOR? ZENBAT ALDIZ?

EZ ☒ (19a GALDERARA PASA)

KONTUZ: Interesatuaren zutabea idatzi. Kontsultak, mediku berberari edo beste batzuei egindakoak izan daitezke, kontsulta-kopuru osoaren zenbakia jarri.

01 Haginlaria eta Ortodontzigilea	10 Dermatologoa	19 Erradiologoa
02 Mediku Orokorra (Errezetak)	11 Kardiologoa	20 Errehabilitatzailea
03 Pediatra	12 Kirurgilaria	21 Beste espezialitate batzuk
04 Ginekologoa	13 Urologoa	22 Homeopata, Akup.gilea, Aukerako Med.
05 Oftalmologoa	14 Endokrinologoa	23 Erizaina, Emagina, Fisioterapeuta
06 Otorrinoa	15 Onkologoa	24 Sasimedikuak, Belagileak
07 Traumatologoa	16 Neurologoa	25 Psikologoa
08 Arnas-ap.koa	17 Liseri-ap.koa	26 Botikaria
09 Internista	18 Psikiatra	27 Beste batzuk, (Giza-laguntzailea)

15.b) 14 egun horietan zenbat aldiz jo du (e)k rengana?

15.a) Kodea 15.b) Zenbat bider

MEDIKUARI KONTSULTATU DIOTENENTZAT (HAGINLARI EDO ORTODONTZIGILEARI IZAN EZIK)

16.a) Zein izan da (e)k kontsultatu dion azken medikua?

a) Kodea

16.b) Nola egin zuen ...(e)k kontsulta: berak, zuzenean, ala beste pertsona baten bidez?

Berak zuzenean.....1
Beste pertsona baten bidez.....2

b)

Norberak
Beste batek

1
 2

16.c) Zein lekutan egin zen kontsulta?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------|
| . Anbul. edo osasun-zentro publikoan | 1 | |
| . Pazientearen etxean | 2 | |
| . Kontsulta pribatuan | 3 | |
| . Urgentziako zerbitzu batean | 4 | → dagokion galderara pasa |
| . Telefonoz (ZITA) ez dago barruan | 5 | (17 edo 18 edo 19) |
| . Ospitaleko kanpo-konsultan | 6 | |
| . Lantoki edo ikastetxean | 7 | |
| . Ed/Ee | 0 | |

c) LEKUA

- . Anbulatorioa
. Etxea
. Pribatua
. Urgentziak
. Telef.
. Ospitaletik k.
. Lantokia
. Ed/Ee

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 0

☒ (17-19)

16.d) Zein edo zeintzuk izan ziren osasun-arazoak, azken kontsulta hori egiteko?

d) ARAZOAK

e) ZITA-DENBORA

EGUNAK

16.f) Zenbat denbora itxaron behar izan zuen kontsultako lekura heldu eta medikuak atenditu arte?

f) ITXAROTE-DENBORA

MINUTUAK

15.a) Kodea		15.b) Zenbat bider	
a) Kodea		a) Kodea	
b) Norberak Beste batek		b) Norberak Beste batek	
c) LEKUA . Anbulatorioa . Etxea . Pribatua . Urgentziak 19) . Telef. . Ospitaletik k. . Lantokia . Ed/Ee		c) LEKUA . Anbulatorioa . Etxea . Pribatua . Urgentziak 19) . Telef. . Ospitaletik k. . Lantokia . Ed/Ee	
d) ARAZOAK		d) ARAZOAK	
e) ZITA-DENBORA EGUNAK		e) ZITA-DENBORA EGUNAK	
f) ITXAROTE-DENBORA MINUTUAK		f) ITXAROTE-DENBORA MINUTUAK	

16.g)

Zein izan zen arrazoirik printzipalena kontsultara joateko?

Osasun-arazo baten diagnostiko, tratamendu eta berrikusketa

Haurdun eta jaioberriaren kontrola

Osasun-arazorik gabeko berrikusketa eta prebentziozko prozedurak

Errezetaren bila

Alta/baxa/baieztapen-partearen bila

Ed/Ee

1

2

3

4

5

0

p.16j

g) KONSULTA-ARRAZOIA

Diagnostikoa

1

Kontrola

2

Prebentz.-proz.

3

Errezetak

4

Parteak

5

Ed/Ee

0

p.16j

16.h)

Zenbat denboratakoa izan zen kontsulta?

(Ez hartu kontuan X-izpi, analisi eta abarren denbora)

h) KONSULTA DENBORA MINUTUAK

16.i)

Kontsulta hori egin ondoren medikuak:

Erizainarengana bidali zintuen

Beste mediku bati kontsultatzea agindu zizun

Osasun-arazo hori berrikusteko berriro bere kontsultara joateko esan zizun

Medikamentu batzuk errezetatu zizkizun

Aholkuak (elikadura, tabako erretzea, ariketak egitea...) eman zizkizun

Froga batzuk (analisiak, erradiografiak) egitea agindu zizun

Ospitalizatu egin zintuen

i) EMAITZA

Bai Ez Ed/Ee

Erizaina

1

2

0

Medikua

1

2

0

Berkontsulta

1

2

0

Medikam.

1

2

0

Aholkuak

1

2

0

Parteak

1

2

0

Ospital.

1

2

0

16.j)

Ondoren, medikuarengana egindako bisitarekin erlazionatutako zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut.

Lehenengo, zita, harrera eta argibideetako pertsonalaren zerbitzuak aipatuko ditut

Zer iruditu zitzaizun . . . (ERAKUTSI 2 TXARTELA)

Harrera, argibide eta zitetako pertsonalak (idazkari, zeladore, telefonista.... eta abarrek) eman zizun tratua?

Bigarren, medikuari egindako kontsultaren zenbait aspekturi buruz duzun iritzia jakin nahi nuke.

Zer iruditu zitzaizun . . .

Medikuaren gaitasuna eta trebetasuna?

Medikuak emandako tratua?

Erizainak emandako tratua?

Jaso zenuen informazioa?

Kontsultaren iraupena?

Kontsultara sartu aurreko itxarote-denbora?

Medikuak dituen baliabideak?

Instalazioen erosotasuna?

Azkenik, kontsultaren balorazio orokorra egitea nahi nuke

Zer iruditu zitzaizun. . .

Hartutako asistentzia, oro har?

j) IRITZIA

Oo O N E. Tx. Ed/Ee

Harr.

1

2

3

4

5

0

Kontsulta

Gait.

1

2

3

4

5

0

Med.

1

2

3

4

5

0

Eriz.

1

2

3

4

5

0

Inform.

1

2

3

4

5

0

Denb.

1

2

3

4

5

0

Itxar.

1

2

3

4

5

0

Medi.

1

2

3

4

5

0

Eros.

1

2

3

4

5

0

Asistentzia

1

2

3

4

5

0

16.k)

Zentro edo kontsulta hori, nola dagoela iruditzen zaizu:

Zure etxetik hurbil-hurbil?

1

Zure etxetik hurbil?

2

Zure etxetik urrun?

3

Zure etxetik oso urrun?

4

k) KOKALEKUA

Oso hurbil

1

Hurbil

2

Urrun

3

Oso urrun

4

Ed/Ee

0

16.l)

Dagoen ordutegiari zer deritzozu?

Apropos-aproposa

1

Apur bat aproposa

2

Ez hain aproposa

3

Guztiz desaproposa

4

l) ORDUTEGIAK

Oso aproposa

1

Aproposa

2

Ez aproposa

3

Guztiz desaproposa

4

Ed/Ee

0

16.m)

Nork leporatu zuen kontsultaren gasturik handiena?

Osakidetza-Gizarte-Segurantzak

1

Afiliazio pribatuko mutuak

4

Afiliazio kolektiboko mutuak

2

Gizarte-Ongizateak

5

Partikularrak

3

Ed/Ee

0

m) KONSULTA-GASTUA

Osakidetza

1

Mutua kolektiboa

2

Partikularra

3

Mutua pribatua

4

Giz-Ongiz.

5

Ed/Ee

0

g) KONTSULTA-ARRAZOIA . Diagnostikoa . Kontrola . Prebentziozko proz. . Errezetak . Parteak . Ed/Ee	g) KONTSULTA-ARRAZOIA . Diagnostikoa . Kontrola . Prebentziozko proz. . Errezetak . Parteak . Ed/Ee	g) KONTSULTA-ARRAZOIA . Diagnostikoa . Kontrola . Prebentziozko proz. . Errezetak . Parteak . Ed/Ee	g) KONTSULTA-ARRAZOIA . Diagnostikoa . Kontrola . Prebentziozko proz. . Errezetak . Parteak . Ed/Ee p.16j
h) KONSULTA-DENBORA MINUTUAK	h) KONSULTA-DENBORA MINUTUAK	h) KONSULTA-DENBORA MINUTUAK	h) KONSULTA-DENBORA MINUTUAK
i) EMAITZA Bai Ez Ed/Ee . Erizaina . Medikua . Berkontsulta . Medikam. . Aholkuak . Parteak . Ospital.	i) EMAITZA Bai Ez Ed/Ee . Erizaina . Medikua . Berkontsulta . Medikam. . Aholkuak . Parteak . Ospital.	i) EMAITZA Bai Ez Ed/Ee . Erizaina . Medikua . Berkontsulta . Medikam. . Aholkuak . Parteak . Ospital.	i) EMAITZA Bai Ez Ed/Ee . Erizaina . Medikua . Berkontsulta . Medikam. . Aholkuak . Parteak . Ospital.
j) IRITZIA Oo O N E. Tx. Ed/Ee . Harr. <u>.Kontsulta</u> . Gait. . Med. . Eriz. . Inform. . Denb. . Itxar. . Medi. . Eros. <u>Asistentzia</u>	j) IRITZIA Oo O N E. Tx. Ed/Ee . Harr. <u>.Kontsulta</u> . Gait. . Med. . Eriz. . Inform. . Denb. . Itxar. . Medi. . Eros. <u>Asistentzia</u>	j) IRITZIA Oo O N E. Tx. Ed/Ee . Harr. <u>.Kontsulta</u> . Gait. . Med. . Eriz. . Inform. . Denb. . Itxar. . Medi. . Eros. <u>Asistentzia</u>	j) IRITZIA Oo O N E. Tx. Ed/Ee . Harr. <u>.Kontsulta</u> . Gait. . Med. . Eriz. . Inform. . Denb. . Itxar. . Medi. . Eros. <u>Asistentzia</u>
k) KOKALEKUA Oso hurbil Hurbil Urrun Oso urrun Ed/Ee	k) KOKALEKUA Oso hurbil Hurbil Urrun Oso urrun Ed/Ee	k) KOKALEKUA Oso hurbil Hurbil Urrun Oso urrun Ed/Ee	k) KOKALEKUA Oso hurbil Hurbil Urrun Oso urrun Ed/Ee
l) ORDUTEGIAK Oso aproposa Aproposa Ez aproposa Guztiz desaproposa Ed/Ee	l) ORDUTEGIAK Oso aproposa Aproposa Ez aproposa Guztiz desaproposa Ed/Ee	l) ORDUTEGIAK Oso aproposa Aproposa Ez aproposa Guztiz desaproposa Ed/Ee	l) ORDUTEGIAK Oso aproposa Aproposa Ez aproposa Guztiz desaproposa Ed/Ee
m) KONSULTA-GASTUA . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz-Ongiz. . Ed/Ee	m) KONSULTA-GASTUA . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz-Ongiz. . Ed/Ee	m) KONSULTA-GASTUA . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz-Ongiz. . Ed/Ee	m) KONSULTA-GASTUA . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz-Ongiz. . Ed/Ee

“ HAGINLARIAREN KONTSULTA ”

HAGINLARIARI KONTSULTATU DIOTENENTZAT

17.a) Zenbat egun igaro ziren zita eskatu zen egunetik haginlaria ikusi arte?

HAGINLARIA

17.a) ZITA-DENBORA

EGUNAK

17.b) Non egin zen haginlariaren kontsulta?

- . Ambulatorio edo Osasun-Zentro Publikoan 1
- . Kontsulta pribatuan 2

b) LEKUA

- . Ambulatorioa 1
- . Pribatua 2

17.c) Zein izan zen arrazoi printzipala kontsulta horretara joateko?

- . Azterketa errutinario edota prebentziozkoa 1
- . Tratamendua 2
- . Mina 3
- . Ortodontzia 4

c) ZERGATIA

- . Preb.-azterk. 1
- . Tratamend. 2
- . Mina 3
- . Ortodontzia 4
- . Ed/Ee 0

17.d) Nork leporatu zuen kontsultaren gasturik gehiena?

- . Haurren hortz programak 1
- . Osakidetza-Gizarte-Segurantzak 2
- . Afiliazio kolektiboko mutuak 3
- . Partikularrak 4
- . Afiliazio pribatuko mutuak 5
- . Gizarte-Ongizateak 6
- . Ed/Ee 0

d) GASTUA

- . Haurren H.-Prog. 1
- . Osakidetza 2
- . Mutua kolektiboa 3
- . Partikularra 4
- . Mutua pribatua 5
- . Giz.-Ongiz. 6
- . Ed/Ee 0

17e) Ondoren, haginlariari egindako bisitarekin erlazionatutako zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut

Lehenengo eta behin, egindako kontsultaren zenbait aspekturi buruz duzun iritzia jakin nahi nuke.

Zer iruditu zitzaizun . . . (ERAKUTSI 2 TXARTELA)

Zer iruditu zitzaizun . . .

- . Haginlariak emandako tratua?
- . Haginlariaren gaitasun eta trebetasun profesionala?
- . Jaso zenuen informazioa?
- . Kontsultaren iraupena?
- . Kontsultara sartu aurreko itxarote-denbora?
- . Haginlariak dituen baliabideak?
- . Instalazioen erosotasuna?

Azkenik, balorazio orokorra egitea nahi nuke

Zer iruditu zitzaizun. . .

- . Hartutako asistentzia, oro har?

e) IRITZIA

Oo O N E Tx Ed/Ee

. Tratua	1	2	3	4	5	0
. Gait.	1	2	3	4	5	0
. Inf.	1	2	3	4	5	0
. Denb	1	2	3	4	5	0
. Itxarot.	1	2	3	4	5	0
. Baliab.	1	2	3	4	5	0
. Eros.	1	2	3	4	5	0

. Asist.	1	2	3	4	5	0
----------	---	---	---	---	---	---

HAGINLARIA 17.a) ZITA-DENBORA EGUNAK	HAGINLARIA 17.a) ZITA-DENBORA EGUNAK	HAGINLARIA 17.a) ZITA-DENBORA EGUNAK	HAGINLARIA 17.a) ZITA-DENBORA EGUNAK
b) LEKUA . Anbulatorioa . Pribatua	b) LEKUA . Anbulatorioa . Pribatua	b) LEKUA . Anbulatorioa . Pribatua	b) LEKUA . Anbulatorioa . Pribatua
c) ZERGATIA . Preb.-azterk. . Tratamend. . Mina . Ortodontzia . Ed/Ee	c) ZERGATIA . Preb.-azterk. . Tratamend. . Mina . Ortodontzia . Ed/Ee	c) ZERGATIA . Preb.-azterk. . Tratamend. . Mina . Ortodontzia . Ed/Ee	c) ZERGATIA . Preb.-azterk. . Tratamend. . Mina . Ortodontzia . Ed/Ee
d) GASTUA . Haurren H.-Prog. . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee	d) GASTUA . Haurren H.-Prog. . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee	d) GASTUA . Haurren H.-Prog. . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee	d) GASTUA . Haurren H.-Prog. . Osakidetza . Mutua kolektiboa . Partikularra . Mutua pribatua . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee
e) IRITZIA Oo O N E Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb . Itxarotea . Baliab. . Eros. . Asist.	e) IRITZIA Oo O N E Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb . Itxarotea . Baliab. . Eros. . Asist.	e) IRITZIA Oo O N E Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb . Itxarotea . Baliab. . Eros. . Asist.	e) IRITZIA Oo O N E Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb . Itxarotea . Baliab. . Eros. . Asist.

“ERIZAIN, EMAGIN edo FISIOTERAPEUTARI EGINDAKO KONTSULTA”

18.a) Kontsulta horretara joan zinen: <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr><td>. Medikuak aginduta</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>. Erizainak, aurreko kontsultan zita emanda</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>. Norberaren kabuz, gauza horiek erizainek daramatzatelako</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>. Errezetak hartzeko</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>. Analisiak egiteko</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> </table>	. Medikuak aginduta	1	. Erizainak, aurreko kontsultan zita emanda	2	. Norberaren kabuz, gauza horiek erizainek daramatzatelako	3	. Errezetak hartzeko	4	. Analisiak egiteko	5	ERIZAINA EDO AMAGINA 18.a) <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>. medikua</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>. erizaina</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>. norberaren kabuz</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>. errezetak</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>. analisiak</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>. Ed/Ee</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> </table>	. medikua	1	. erizaina	2	. norberaren kabuz	3	. errezetak	4	. analisiak	5	. Ed/Ee	0																																																		
. Medikuak aginduta	1																																																																								
. Erizainak, aurreko kontsultan zita emanda	2																																																																								
. Norberaren kabuz, gauza horiek erizainek daramatzatelako	3																																																																								
. Errezetak hartzeko	4																																																																								
. Analisiak egiteko	5																																																																								
. medikua	1																																																																								
. erizaina	2																																																																								
. norberaren kabuz	3																																																																								
. errezetak	4																																																																								
. analisiak	5																																																																								
. Ed/Ee	0																																																																								
16.c) Zein lekutan egin zen kontsulta? <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr><td>. Anbul. edo osasun-zentro publikoan</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>. Pazientearen etxean</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>. Kontsulta pribatuan</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>. Urgentzi zerbitzu batean</td><td style="text-align: right;">4 → 19 g.</td></tr> <tr><td>. Telefonoz</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>. Lantoki edo ikastetxean</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>. kanpo-konsultetan</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>Ed/Ee</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> </table>	. Anbul. edo osasun-zentro publikoan	1	. Pazientearen etxean	2	. Kontsulta pribatuan	3	. Urgentzi zerbitzu batean	4 → 19 g.	. Telefonoz	5	. Lantoki edo ikastetxean	6	. kanpo-konsultetan	7	Ed/Ee	0	c) LEKUA <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>. Anbulatorioa</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>. Etxea</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>. Pribatua</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>. Urgentziak</td><td style="text-align: right;">4 ☒ (17-19)</td></tr> <tr><td>. Telef.</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>. Lantokia</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>. Kanpo-konts.</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>. Ed/Ee</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> </table>	. Anbulatorioa	1	. Etxea	2	. Pribatua	3	. Urgentziak	4 ☒ (17-19)	. Telef.	5	. Lantokia	6	. Kanpo-konts.	7	. Ed/Ee	0																																								
. Anbul. edo osasun-zentro publikoan	1																																																																								
. Pazientearen etxean	2																																																																								
. Kontsulta pribatuan	3																																																																								
. Urgentzi zerbitzu batean	4 → 19 g.																																																																								
. Telefonoz	5																																																																								
. Lantoki edo ikastetxean	6																																																																								
. kanpo-konsultetan	7																																																																								
Ed/Ee	0																																																																								
. Anbulatorioa	1																																																																								
. Etxea	2																																																																								
. Pribatua	3																																																																								
. Urgentziak	4 ☒ (17-19)																																																																								
. Telef.	5																																																																								
. Lantokia	6																																																																								
. Kanpo-konts.	7																																																																								
. Ed/Ee	0																																																																								
18.c) Zenbat egun igaro ziren zita eskatu zenuenetik erizaina ikusi arte?	c) ZITA-DENBORA EGUNAK																																																																								
18.d) Zenbat denbora itxaron zenuen kontsultara heldu zinenetik erizainak atenditu arte?	d) ITXAROTE-DENBORA MINUTUAK																																																																								
18.e) Zein izan zen kontsultara joateko arrazoi printzipala? <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr><td>. Haurdunaren eta jaioberriaren kontrola</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>. Osasun-heziketako saioaldiak: erditzeko prestakuntza,...</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>. Administrazioko prozedurak</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>. Gaixo kronikoaren ohiko kontrola</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>. Osasun-arazorik gabeko berrikusketa</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>. Prozedura terapeutikoak (injezioak eta abar)</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>. Masaia, errehabilitazioa</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>. Ed/Ee</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> </table>	. Haurdunaren eta jaioberriaren kontrola	1	. Osasun-heziketako saioaldiak: erditzeko prestakuntza,...	2	. Administrazioko prozedurak	3	. Gaixo kronikoaren ohiko kontrola	4	. Osasun-arazorik gabeko berrikusketa	5	. Prozedura terapeutikoak (injezioak eta abar)	6	. Masaia, errehabilitazioa	7	. Ed/Ee	0	e) ZERGATIA <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>. Haurduna</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>. Osasun-hezik.</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>. Adminis.</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>. Gaix. kronikoa</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>. Berrikus.</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>. Injezioak.</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>. Masaia</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>. Ed/Ee</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> </table>	. Haurduna	1	. Osasun-hezik.	2	. Adminis.	3	. Gaix. kronikoa	4	. Berrikus.	5	. Injezioak.	6	. Masaia	7	. Ed/Ee	0																																								
. Haurdunaren eta jaioberriaren kontrola	1																																																																								
. Osasun-heziketako saioaldiak: erditzeko prestakuntza,...	2																																																																								
. Administrazioko prozedurak	3																																																																								
. Gaixo kronikoaren ohiko kontrola	4																																																																								
. Osasun-arazorik gabeko berrikusketa	5																																																																								
. Prozedura terapeutikoak (injezioak eta abar)	6																																																																								
. Masaia, errehabilitazioa	7																																																																								
. Ed/Ee	0																																																																								
. Haurduna	1																																																																								
. Osasun-hezik.	2																																																																								
. Adminis.	3																																																																								
. Gaix. kronikoa	4																																																																								
. Berrikus.	5																																																																								
. Injezioak.	6																																																																								
. Masaia	7																																																																								
. Ed/Ee	0																																																																								
18.f) Nor k leporatu zuen kontsultaren <u>gasturik handiena</u>? <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>. Osakidetza-Gizarte-Segurantzak</td><td style="text-align: right;">1</td> <td>. Afiliazio pribatuko mutuak</td><td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>. Afiliazio klectiboko mutuak</td><td style="text-align: right;">2</td> <td>. Gizarte-Ongizateak</td><td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>. Partikularrak</td><td style="text-align: right;">3</td> <td>. Ed/Ee</td><td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	. Osakidetza-Gizarte-Segurantzak	1	. Afiliazio pribatuko mutuak	4	. Afiliazio klectiboko mutuak	2	. Gizarte-Ongizateak	5	. Partikularrak	3	. Ed/Ee	0	f) GASTUAK <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>. Osakidetza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>. Mutua kolekt.</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>. Partikularra</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>. Mutua pribat.</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>. Giz.-Ongiz.</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>. Ed/Ee</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> </table>	. Osakidetza	1	. Mutua kolekt.	2	. Partikularra	3	. Mutua pribat.	4	. Giz.-Ongiz.	5	. Ed/Ee	0																																																
. Osakidetza-Gizarte-Segurantzak	1	. Afiliazio pribatuko mutuak	4																																																																						
. Afiliazio klectiboko mutuak	2	. Gizarte-Ongizateak	5																																																																						
. Partikularrak	3	. Ed/Ee	0																																																																						
. Osakidetza	1																																																																								
. Mutua kolekt.	2																																																																								
. Partikularra	3																																																																								
. Mutua pribat.	4																																																																								
. Giz.-Ongiz.	5																																																																								
. Ed/Ee	0																																																																								
18.g) Ondoren, erizain, emagile edo fisioterapeutari egindako bisitarekin zerikusia duten zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut (ERAKUTSI 2 TXARTELA) Lehenengo eta behin, egindako kontsultaren zenbait aspekturi buruz duzun iritzia jakin nahi nuke. Nolako iruditu zitzaizun . . . <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>. Erizainak emandako tratua?</td><td></td></tr> <tr><td>. Erizainaren gaitasun eta trebetasun profesionala?</td><td></td></tr> <tr><td>. Jaso zenuen informazioa?</td><td></td></tr> <tr><td>. Kontsultaren iraupena?</td><td></td></tr> <tr><td>. Kontsultara sartu aurreko itxarote-denbora?</td><td></td></tr> <tr><td>. Han dauden baliabideak?</td><td></td></tr> <tr><td>. Instalazioen erosotasuna?</td><td></td></tr> </table> Azkenik, kontsulta oro har baloratzeari buruz duzun iritzia jakin nahi nuke. Nolako iruditu zitzaizun. . . <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>. Hartutako asistentzia, oro har?</td><td></td></tr> </table>	. Erizainak emandako tratua?		. Erizainaren gaitasun eta trebetasun profesionala?		. Jaso zenuen informazioa?		. Kontsultaren iraupena?		. Kontsultara sartu aurreko itxarote-denbora?		. Han dauden baliabideak?		. Instalazioen erosotasuna?		. Hartutako asistentzia, oro har?		g) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee <table style="width: 100%; margin-bottom: 10px;"> <tr><td>. Tratua</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>. Gait.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>. Inf.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>. Denb.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>. Itxar.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>. Baliab.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>. Erosot.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr><td>. Asist.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr> </table>	. Tratua	1	2	3	4	5	0	. Gait.	1	2	3	4	5	0	. Inf.	1	2	3	4	5	0	. Denb.	1	2	3	4	5	0	. Itxar.	1	2	3	4	5	0	. Baliab.	1	2	3	4	5	0	. Erosot.	1	2	3	4	5	0	. Asist.	1	2	3	4	5	0
. Erizainak emandako tratua?																																																																									
. Erizainaren gaitasun eta trebetasun profesionala?																																																																									
. Jaso zenuen informazioa?																																																																									
. Kontsultaren iraupena?																																																																									
. Kontsultara sartu aurreko itxarote-denbora?																																																																									
. Han dauden baliabideak?																																																																									
. Instalazioen erosotasuna?																																																																									
. Hartutako asistentzia, oro har?																																																																									
. Tratua	1	2	3	4	5	0																																																																			
. Gait.	1	2	3	4	5	0																																																																			
. Inf.	1	2	3	4	5	0																																																																			
. Denb.	1	2	3	4	5	0																																																																			
. Itxar.	1	2	3	4	5	0																																																																			
. Baliab.	1	2	3	4	5	0																																																																			
. Erosot.	1	2	3	4	5	0																																																																			
. Asist.	1	2	3	4	5	0																																																																			

ERIZAINA EDO AMAGINA 18.a) . medikua . erizaina . norberaren kabuz . errezetak . analisiak . Ed/Ee	ERIZAINA EDO AMAGINA 18.a) . medikua . erizaina . norberaren kabuz . errezetak . analisiak . Ed/Ee	ERIZAINA EDO AMAGINA 18.a) . medikua . erizaina . norberaren kabuz . errezetak . analisiak . Ed/Ee	ERIZAINA EDO AMAGINA 18.a) . medikua . erizaina . norberaren kabuz . errezetak . analisiak . Ed/Ee
c) LEKUA . Anbulatorioa . Etxea . Pribatua . Urgentziak . Telef. . Lantokia . Kanpo-konts. . Ed/Ee (19 g.)	c) LEKUA . Anbulatorioa . Etxea . Pribatua . Urgentziak . Telef. . Lantokia . Kanpo-konts. . Ed/Ee (19 g.)	c) LEKUA . Anbulatorioa . Etxea . Pribatua . Urgentziak . Telef. . Lantokia . Kanpo-konts. . Ed/Ee (19 g.)	c) LEKUA . Anbulatorioa . Etxea . Pribatua . Urgentziak . Telef. . Lantokia . Kanpo-konts. . Ed/Ee (19 g.)
c) ZITA-DENBORA EGUNAK	c) ZITA-DENBORA EGUNAK	c) ZITA-DENBORA EGUNAK	c) ZITA-DENBORA EGUNAK
d) ITXAROTE-DENBORA MINUTUAK	d) ITXAROTE-DENBORA MINUTUAK	d) ITXAROTE-DENBORA MINUTUAK	d) ITXAROTE-DENBORA MINUTUAK
e) ZERGATIA . Haurd. . Osasun-hezik. . Adminis. . Gaix. kronikoa . Berrikus. . Injekzioak. . Masaia . Ed/Ee	e) ZERGATIA . Haurd. . Osasun-hezik. . Adminis. . Gaix. kronikoa . Berrikus. . Injekzioak. . Masaia . Ed/Ee	e) ZERGATIA . Haurd. . Osasun-hezik. . Adminis. . Gaix. kronikoa . Berrikus. . Injekzioak. . Masaia . Ed/Ee	e) ZERGATIA . Haurd. . Osasun-hezik. . Adminis. . Gaix. kronikoa . Berrikus. . Injekzioak. . Masaia . Ed/Ee
f) GASTUAK . Osakidetza . Mutua kolekt. . Partikularra . Mutua pribat. . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee	f) GASTUAK . Osakidetza . Mutua kolekt. . Partikularra . Mutua pribat. . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee	f) GASTUAK . Osakidetza . Mutua kolekt. . Partikularra . Mutua pribat. . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee	f) GASTUAK . Osakidetza . Mutua kolekt. . Partikularra . Mutua pribat. . Giz.-Ongiz. . Ed/Ee
g) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb. . Itxar. . Baliab. . Erosot. . Asist.	g) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb. . Itxar. . Baliab. . Erosot. . Asist.	g) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb. . Itxar. . Baliab. . Erosot. . Asist.	g) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tratua . Gait. . Inf. . Denb. . Itxar. . Baliab. . Erosot. . Asist.

“GUZTIENTZAT”

HURRENGO GALDERAK, . . . EGUNETIK ATZORA ARTE OSASUN-PROFESIONARIEI EGINDAKO KONTSULTEI DAGOZKIE

INKESTATZAILEOK: DATA GOGORATU

ERREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILABETE

MEDIKUEI EGINDAKO KONTSULTAK (02tik 22ra arteko kodeak)

19.a) . . . egunetik atzora arte, zenbat bider kontsultatu dio . . . (e)k medikuari?

. Inoiz ere ez	1	. Hirutik bostera	3	. Hamarretik hamalauera	5
. Behin edo birritan	2	. Seitik bederatzira	4	. Hamabost edo gehiagotan	6

19.a) SARRITASUNA.

. Inoiz ere ez
. Behin edo birritan
. Hirutik bostera
. Seitik bederatzira
. Hamar-hamalauera
. Hamabostik gora
. Ed/Ee

1
2
3
4
5
6
0

19.b) Noiz kontsultatu zuen . . . (e)k azkenengo aldiz?

. 6 hilabetetik behera	1	. 2 urte baino gehiagotik 5 urtera	4	. Ed/Ee	0
. 6 hilabetetik urte betera	2	. 5 urtetik gora	5		
. Urtebete baino gehiagotik 2 urtera	3	. Inoiz ere ez	6		

b) AZKEN KONSULTA

. 6 hil.tik behera
. 6 hil.tik urte 1era
. 1+ < 2 urtera
. 2+ < 5 urtera
. 5 urtetik +
. Inoiz ere ez
. Ed/Ee

1
2
3
4
5
6
0

HAGINLARIEI EGINDAKO KONTSULTAK

20.a) . . . egunetik atzora arte, zenbat bider kontsultatu dio . . . (e)k haginlariari?

. Inoiz ere ez	1	. Hirutik bostera	3	. Hamarretik hamalauera	5
. Behin edo birritan	2	. Seitik bederatzira	4	. Hamabost edo gehiagotan	6

20.a) HAGIN.-SARRIT.

. Inoiz ere ez
. Behin edo birritan
. Hirutik bostera
. Seitik bederatzira
. Hamar-hamalauera
. Hamabostik gora
. Ed/Ee

1
2
3
4
5
6
0

20.b) Noiz kontsultatu zuen . . . (e)k azkenengo aldiz?

. 6 hilabetetik behera	1	. 2 urte baino gehiagotik 5 urtera	4	. Ed/Ee	0
. 6 hilabetetik urte betera	2	. 5 urtetik gora	5		
. Urtebete baino gehiagotik 2 urtera	3	. Inoiz ere ez	6		

b) AZKEN KONSULTA

. 6 hil.tik behera
. 6 hil.tik urte 1era
. 1+ < 2 urtera
. 2+ < 5 urtera
. 5 urtetik +
. Inoiz ere ez
. Ed/Ee

1
2
3
4
5
6
0

ERIZAINEI EGINDAKO KONTSULTAK

21.a) . . . egunetik atzora arte, zenbat bider kontsultatu dio . . . (e)k erizainari?

. Inoiz ere ez	1	. Hirutik bostera	3	. Hamarretik hamalauera	5
. Behin edo birritan	2	. Seitik bederatzira	4	. Hamabost edo gehiagotan	6

21.a) ERIZAIN.-SARRIT.

. Inoiz ere ez
. Behin edo birritan
. Hirutik bostera
. Seitik bederatzira
. Hamar-hamalauera
. Hamabostik gora
. Ed/Ee

1
2
3
4
5
6
0

21.b) Noiz kontsultatu zuen . . . (e)k azkenengo aldiz?

. 6 hilabetetik behera	1	. 5 urtetik gora	5
. 6 hilabetetik urte betera	2	. Inoiz ere ez	6
. Urtebete baino gehiagotik 2 urtera	3	. Ed/Ee	0
. 2 urte baino gehiagotik 5 urtera	4		

b) AZKEN KONSULTA

. 6 hil.tik behera
. 6 hil.tik urte 1era
. 1+ < 2 urtera
. 2+ < 5 urtera
. 5 urtetik +
. Inoiz ere ez
. Ed/Ee

1
2
3
4
5
6
0

“URGENTZIAK”

ERREFERENTZIA-ALDIA: 6 HILABETE

Hurrengo galderak, egunetik atzora arte gertatutako osasun-urgentziei dagozkie

22.a) egunetik atzora arte inoiz eskatu al duzu urgentziako osasun-atentziorik (ohikoa ez den zentzoren batean, edo ohiko zentroan baina kontsultatik kanpoko orduetan)? (17 orduetatik aurrera)

22.b) Zenbat bider?

GALDETU AZKENENGOZ ESKATU BEHAR IZAN ZEN URGENTZIAKO ASISTENTZIARI BURUZ (Erantzun bakarra jarri)

22.c) (e)k urgentziako asistentzia eskatu zuen honako arrazoiren bat zuelako

- | | |
|--|---|
| . Osasun-arazo arina zuen, baina erosoagoa da urgentzietara joatea | 1 |
| . Osasun-arazoa arina zen, baina berehalako asistentzia behar zuen | 2 |
| . Osasun-arazo larria zuelakoan zegoen | 3 |
| . Arazoa zeukan eta ez zekien inportantea zen ala ez | 4 |
| .Ed/Ee | 0 |

22.d) Zein izan zen urgentzietara joateko osasun-arazoa?

HITZEZ HITZ IDATZI

22.e) Non hartu zuen asistentzia?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| . Ospitalean | 1 |
| . Ambulatorio edo kontsult. publikoan | 2 |
| . Etxean | 3 |
| . Telefonoz | 4 |
| . Beste batzuk (zehaztu) | 5 |
| . Ed/Ee | 0 |

22.f) Zein zentrotan gertatu zen urgentzia?

22.g) Zenbat denbora igaro zen asistentzia eskatu eta atenditu arte.

22.h) Asistentzia hartu ondoren, . . .

- | | | | |
|-------------------------------|---|--------|-----------------------|
| . Ospitalean ingresatu zuten | 1 | —————> | (23.b galderara pasa) |
| . Bere etxera itzuli zen | 2 | | |
| . Beste zentro batera jo zuen | 3 | | |
| . Ed/Ee | 0 | | |

22.i) Ondoren, urgentziako asistentziaren inguruko zerbitzuei buruz duen iritzia galdetuko diot
Lehenengo, atenditu zuen pertsonalarengandik eman zion tratua aipatuko dut

Nolakoa iruditu zitzaizun . . . (ERAKUTSI 2 TXARTELA)

. Harrera, argibide eta zitetako pertsonalak (idazkari, zeladore, telefonista... eta abarrek) emandako tratua

Bigarren, asistentziaren aspektu batzuei buruz duen iritzia jakin nahi dut

Nolakoa iruditu zitzaizun

- . Pertsonal medikoaren gaitasun eta trebetasun profesionala?
- . Medikuak emandako tratua?
- . Erizainak emandako tratua?
- . Jasotako informazioa ?
- . Alta hartzerakoan jasotako informazioa?
- . Kontsultan sartu aurretik itxaron behar izan zenuen denbora?
- . Bertan dauden baliabideak?
- . Instalazioen erosotasuna?

Azkenik, urgentziako asistentziaren balorazio orokorra egitea nahi nuke

Nolakoa iruditu zitzaizun

. Hartutako asistentzia, oro har?

22.j) Ba al daki zure familiako medikuak urgentzietara joan zinela osasun-arazo hori dela eta

OSPITALE-URGENTZIEI JOAN DIRENENTZAT: (22.e G 01). Erantzun bakarra jarri

22.k) Zergatik joan zinen ospitalera eta ez beste zentzoren batera?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| . Ez dut beste lekurik ezagutzen | 1 |
| . Bertan atenditzen zaituzte ondoen | 2 |
| . Hurbilen dudana da | 3 |
| . Bertan atenditzen zaituzte arinen | 4 |
| . Familiako medikuak bidali ninduen | 5 |
| . Bertan daude baliabiderik gehienak | 6 |
| . Bertara eraman ninduten | 7 |
| . Ed/Ee | 0 |

URGENTZIAK

22.a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
(23)	(23)	

b) ZENBAT BIDER

c) AZKENENGO ALDIZ

- . Arina
- . Berehala
- . Larria
- . Garrantzia
- . Ed/Ee

d) OSA.-ARAZ.

e) LEKUA

1
2
3
4
5
0

- . Ospitalea
- . Anbulat.
- . Etxea
- . Telef.
- . Beste b.
- . Ed/Ee

f) Zentroaren izena

g) ITXAROTE-DENBORA
MINUT.

h)

1
2
3
0

- . Ospitalea
- . Etxea
- . B. Zentro
- . Ed/Ee

▲ 23.b g.

i) IRITZIA

B	Oo	O	Err	Tx	Ed/Ee
---	----	---	-----	----	-------

. Harrera

Kontsulta

. Gait.	1	2	3	4	5	0
. Medikua	1	2	3	4	5	0
. Erizaina	1	2	3	4	5	0
. Inform.	1	2	3	4	5	0
. Alta-infor.	1	2	3	4	5	0
. Denbora	1	2	3	4	5	0
. Baliab.	1	2	3	4	5	0
. Erosot.	1	2	3	4	5	0

Asistentzia

j) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
---	---	---

k) ZERGATIA

- . Ez dakit
- . Hobea
- . Hurbil
- . Arinago
- . Medikua
- . Baliabide gehiago
- . Eraman ninduten
- . Ed/Ee

URGENTZIAK 22.a) Bai Ez Ed/Ee (23) (23)	URGENTZIAK 22.a) Bai Ez Ed/Ee (23) (23)	URGENTZIAK 22.a) Bai Ez Ed/Ee (23) (23)	URGENTZIAK 22.a) Bai Ez Ed/Ee (23) (23)
b) ZENBAT BIDER	b) ZENBAT BIDER	b) ZENBAT BIDER	b) ZENBAT BIDER
c) AZKENENGO ALDIZ . Arina . Berehala . Larria . Garrantzia . Ed/Ee	c) AZKENENGO ALDIZ . Arina . Berehala . Larria . Garrantzia . Ed/Ee	c) AZKENENGO ALDIZ . Arina . Berehala . Larria . Garrantzia . Ed/Ee	c) AZKENENGO ALDIZ . Arina . Berehala . Larria . Garrantzia . Ed/Ee
d) OSA.--ARAZ. 	d) OSA.--ARAZ. 	d) OSA.--ARAZ. 	d) OSA.--ARAZ.
e) LEKUA . Ospitalea . Anbulat. . Etxea . Telef. . Beste b. . Ed/Ee	e) LEKUA . Ospitalea . Anbulat. . Etxea . Telef. . Beste b. . Ed/Ee	e) LEKUA . Ospitalea . Anbulat. . Etxea . Telef. . Beste b. . Ed/Ee	e) LEKUA . Ospitalea . Anbulat. . Etxea . Telef. . Beste b. . Ed/Ee
f) Zentroaren izena 	f) Zentroaren izena 	f) Zentroaren izena 	f) Zentroaren izena
g) ITXAROTE-DENBORA MINUT.	g) ITXAROTE-DENBORA MINUT.	g) ITXAROTE-DENBORA MINUT.	g) ITXAROTE-DENBORA MINUT.
h) . Ospitalea ⚡ 23.b g. . Etxea . B. Zentro . Ed/Ee	h) . Ospitalea ⚡ 23.b g. . Etxea . B. Zentro . Ed/Ee	h) . Ospitalea ⚡ 23.b g. . Etxea . B. Zentro . Ed/Ee	h) . Ospitalea ⚡ 23.b g. . Etxea . B. Zentro . Ed/Ee
i) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Harrera <u>Kontsulta</u> . Gait. . Medikua . Erizaina . Inform. . Alta-infor. . Denbora . Baliab . Erosot. <u>Asistentzia</u>	i) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Harrera <u>Kontsulta</u> . Gait. . Medikua . Erizaina . Inform. . Alta-infor. . Denbora . Baliab . Erosot. <u>Asistentzia</u>	i) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Harrera <u>Kontsulta</u> . Gait. . Medikua . Erizaina . Inform. . Alta-infor. . Denbora . Baliab . Erosot. <u>Asistentzia</u>	i) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Harrera <u>Kontsulta</u> . Gait. . Medikua . Erizaina . Inform. . Alta-infor. . Denbora . Baliab . Erosot. <u>Asistentzia</u>
j) Bai Ez Ed/Ee	j) Bai Ez Ed/Ee	j) Bai Ez Ed/Ee	j) Bai Ez Ed/Ee
k) ZERGATIA . Ez dakit . Hobea . Hurbil . Arinago . Medikua . Baliabide gehiago . Eraman ninduten . Ed/Ee	k) ZERGATIA . Ez dakit . Hobea . Hurbil . Arinago . Medikua . Baliabide gehiago . Eraman ninduten . Ed/Ee	k) ZERGATIA . Ez dakit . Hobea . Hurbil . Arinago . Medikua . Baliabide gehiago . Eraman ninduten . Ed/Ee	k) ZERGATIA . Ez dakit . Hobea . Hurbil . Arinago . Medikua . Baliabide gehiago . Eraman ninduten . Ed/Ee

“OSPITALIZAZIOAK”

ERREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILABETE

Hurrengo galderak, . . . egunetik atzora arte gertatutako ospitalizazioei dagozkie
23.a) egunetik atzora arte,egon al da ospitalizatuta? (gogoratu erditzeak)

23a) Bai Ez Ed/Ee
1 2 0
(24) (24)

23.b) egunetik atzora arte zenbatetan, guztira, egon da ospitalizatuta?

b) ZENBAT BIDER

23.c) egunetik atzora arte, zenbat gau, guztira, egon da ospitalizatuta?

c) GAUAK

GALDETU PERTSONA BAKOITZAREN AZKEN OSPITALIZAZIOARI BURUZ

23.d) Zein izan zen ospitalean ingresatzeko bidea?
Zuzenean joan zen ospitaleko urgentzietako zerbitzura eta ingresatuta geratu zen.....1
Medikuarengana jo zuen eta ingresatzea aholkatu zion2
Deia izan zuen, itxarote-zerrendan zegoen eta3

d) INGRESO-BIDEA
Ospitaleko urgentziak 1
Medikua 2
Itxarote-zerrenda 3
Ed/Ee 0

(INGRESATUTA JARRAITZEN DUTENEI IZAN EZIK)

23.e) Jaso al zuen alta-txostena? (Kontuan izan bi posibilitateak: eskuan ala etxera bidalita)
1. Bai, eskuan
2. Bai, postaz
3. Ez

e) 1
Bai, eskuan 2
Bai, postaz 3
Ez. 0
Ed/Ee

23.f) Erakutsi al diezadakezu alta-txostena? Hitzez hitz idatzi
(Alta-txostena jaso ez badu, ospitalizazioaren zergatia izan zen osasun-arazoa idatzi)

f) ALTA
.....
.....
.....
.....

23.g) Zein zentrotan egin zen ospitalizazioa?

g) OSPITALEA
.....
.....

23.h) Ondoren, ospitaleko ingresoarekin zerikusia duten zerbitzuei buruz galderak egingo ditut, bere iritzia jakiteko.
Lehenengo, harrerako edota argibideetako pertsonalak emandako zerbitzuak aipatuko ditut

Nolakoak iruditu zitzaion . . . (2 TXARTELA ERAKUTSI)
. ingresorako egin behar diren tramiteak?
Bigarren, erizainaren zerbitzuei zer deritzon jakin nahi dut
Nolakoak iruditu zitzaion
. erizaintzako pertsonalak emandako atentzioa
Hirugarren, pertsonal medikoaren zerbitzuak aipatuko ditut
Nolakoak iruditu zitzaion
. Pertsonal medikoaren gaitasun eta trebetasun profesionala?
. Pertsonal medikoak emandako informazioa?
. Itxarote-zerrendan egondako denbora?
. Pertsonal medikoak dituen baliabideak?
. Instalazioen erosotasuna?
Azkenik, balorazio orokorra egin dezala nahi dut
Nolakoak iruditu zitzaion
. Eman zioten asistentzia oro har?

h) IRITZIA
B Oo O Err Tx Ed/Ee
. Tramiteak 1 2 3 4 5 0
. Atentzioa 1 2 3 4 5 0
. Gaitasuna 1 2 3 4 5 0
. Informazioa 1 2 3 4 5 0
. Itxarote-zerrenda 1 2 3 4 5 0
. Baliabideak 1 2 3 4 5 0
. Erosotasuna 1 2 3 4 5 0
. Asistentzia 1 2 3 4 5 0

23.i) Nork leporatu zuen ospitalizazioko gasturik gehiena?

. Osakidetza-Gizarte Segurantzak 1
. Afiliazio kolektiboko mutuak 2
. Partikularrak 3
. Afiliazio pribatuko mutuak 4
. Gizarte-Ongizateak 5
. Ed/Ee 0

i) GASTUAK
. Osakidetza 1
. M. Kolektiboa 2
. Partikularra 3
. M. Pribatua 4
. Gizarte-Ong. 5
. Ed/Ee 0

23.j) Ba al daki bere familiako medikuak ingresatuta egon zela osasun-arazo horrengatik?

j) Sí No Ed/Ee
1 2 0

23.k) Zer deritzo ospitalean ingresatuta egon zinen denborari?
. Laburra, bere osasun-arazoak egonaldia luzeagoaren beharriana zuen.....1
. Egokia, bere osasunaren beharriaren arabera.....2
. Luzea, lehenago eman ziezaioketen alta.....3

k)
Laburra 1
Egokia 2
Luzea 3

23a) Bai Ez Ed/Ee	23a) Bai Ez Ed/Ee	23a) Bai Ez Ed/Ee	23a) Bai Ez Ed/Ee
(24) (24)	(24) (24)	(24) (24)	(24) (24)
b) ZENBAT BIDER	b) ZENBAT BIDER	b) ZENBAT BIDER	b) ZENBAT BIDER
c) GAUAK	c) GAUAK	c) GAUAK	c) GAUAK
d) INGRESO-BIDEA Ospitaleko urgentziak Medikua Itxarote-zerrenda Ed/Ee	d) INGRESO-BIDEA Ospitaleko urgentziak Medikua Itxarote-zerrenda Ed/Ee	d) INGRESO-BIDEA Ospitaleko urgentziak Medikua Itxarote-zerrenda Ed/Ee	d) INGRESO-BIDEA Ospitaleko urgentziak Medikua Itxarote-zerrenda Ed/Ee
e) Bai, eskuan Bai, postaz Ez. Ed/Ee	e) Bai, eskuan Bai, postaz Ez. Ed/Ee	e) Bai, eskuan Bai, postaz Ez. Ed/Ee	e) Bai, eskuan Bai, postaz Ez. Ed/Ee
f) ALTA 	f) ALTA 	f) ALTA 	f) ALTA
g) OSPITALEA	g) OSPITALEA	g) OSPITALEA	g) OSPITALEA
h) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tramiteak . Atentzioa . Gaitasuna . Informaz. . Itxar.-zer. . Baliabid. . Erosotas. . Asitentzia	h) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tramiteak . Atentzioa . Gaitasuna . Informaz. . Itxar.-zer. . Baliabid. . Erosotas. . Asitentzia	h) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tramiteak . Atentzioa . Gaitasuna . Informaz. . Itxar.-zer. . Baliabid. . Erosotas. . Asitentzia	h) IRITZIA B Oo O Err Tx Ed/Ee . Tramiteak . Atentzioa 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 0 . Asitentzia
i) GASTUAK . Osakidetza . M. Kolektiboa . Partikularra . M. Pribatua . Gizarte-Ong. . Ed/Ee	i) GASTUAK . Osakidetza . M. Kolektiboa . Partikularra . M. Pribatua . Gizarte-Ong. . Ed/Ee	i) GASTUAK . Osakidetza . M. Kolektiboa . Partikularra . M. Pribatua . Gizarte-Ong. . Ed/Ee	i) GASTUAK . Osakidetza . M. Kolektiboa . Partikularra . M. Pribatua . Gizarte-Ong. . Ed/Ee
j) Sí No Ed/Ee	j) Sí No Ed/Ee	j) Sí No Ed/Ee	j) Sí No Ed/Ee
k) Laburra Egokia Luzea	k) Laburra Egokia Luzea	k) Laburra Egokia Luzea	k) Laburra Egokia Luzea

ERREFERENTZIA-ALDIA: 2 EGUN

3 TXARTELA

. Analgesikoak edo o antiinflamatorioak (4)	EZ		BAI → NOR?
. Libragarriak (3)	EZ		BAI → NOR?
. Bitaminak eta tonikoak (2)	EZ		BAI → NOR?
. Katarro eta gripearean kontrakoak	EZ		BAI → NOR?
. Antibiotikoak	EZ		BAI → NOR?
. Nerbioetakoak	EZ		BAI → NOR?
. Lasagarriak edo sedanteak	EZ		BAI → NOR?
. Lo egitekoak (hipnotikoak)	EZ		BAI → NOR?
. Bihotzekoak	EZ		BAI → NOR?
. Hipertentsiokoak	EZ		BAI → NOR?
. Urdailekoak (pastilak)	EZ		BAI → NOR?
. Antikontzeptiboak	EZ		BAI → NOR?
. Beste batzuk (1) (Preparatu farmazeutikoak)	EZ	BAI → NOR?	

INKESTATZAILEA: GOGORATU, PERTSONAKO 6 MEDIKAMENDU BAINO GEHIAGO BADAGO, KENTZEN JOATEA ORDENA HONI JARRAITUZ: BESTE BATZUK (1), BITAMINAK ETA TONIKOAK (2), LIBRAGARRIAK (3) ETA ANALGESIKOAK (4)

. Medikuak berak	1
. Medikuak erizainaren bidez	2
. Berak bere kabuz	3
. Botikariak	4
. Beste batzuk (etxeko, auzoko, lagunek...)	5
. Ed/Ed	0

[illegible]

b) PREZINTUA		c) ERREZETA	
Bai	1	Medikua	1
Ez	2	Erizaina	2
Ez kaxa	3	Berak	3
		Botikaria	4
		Beste batzuk	5
		Ed/Ee	0

b) PREZINTUA		c) ERREZETA	
Bai	1	Medikua	1
Ez	2	Erizaina	2
Ez kaxa	3	Berak	3
		Botikaria	4
		Beste batzuk	5
		Ed/Ee	0

b) PREZINTUA		c) ERREZETA	
Bai	1	Medikua	1
Ez	2	Erizaina	2
Ez kaxa	3	Berak	3
		Botikaria	4
		Beste batzuk	5
		Ed/Ee	0

b) PREZINTUA		c) ERREZETA	
Bai	1	Medikua	1
Ez	2	Erizaina	2
Ez kaxa	3	Berak	3
		Botikaria	4
		Beste batzuk	5
		Ed/Ee	0

b) PREZINTUA		c) ERREZETA	
Bai	1	Medikua	1
Ez	2	Erizaina	2
Ez kaxa	3	Berak	3
		Botikaria	4
		Beste batzuk	5
		Ed/Ee	0

b) PREZINTUA		c) ERREZETA	
Bai	1	Medikua	1
Ez	2	Erizaina	2
Ez kaxa	3	Berak	3
		Botikaria	4
		Beste batzuk	5
		Ed/Ee	0

“ARAZO KRONIKOAK”

Hurrengo gaia, luzaroko edo behin eta berriz azaltzen diren osasun-arazoei dagokie.
INKESTATZAILEA: Eman familiari arazo kronikoen txartela, irakurri arretaz eurekin eta idatzi arazoen kodeak euren laukitxoetan.

4 ZK. TXARTELA

25.a) Zure familiakoren batek ba al du honelakorik?

01	Kariesak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
02	Beste hortz-arazo batzuk	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
03	Ziatika, lunbago eta bizkarreko mina	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
04	Gortasuna	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
05	Hipertentsioa	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
06	Asma	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
07	Arterioesklerosia	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
08	Bronkitis kronikoa	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
09	Giltzurrunetako harriak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
10	Itsutasun partziala edo osoa	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
11	Bihotzeko arazo kronikoak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
12	Urdail eta duodenoko ultzera	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
13	Artrosia nahiz bestelako erreumak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
14	Larruazaleko arazo kronikoak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
15	Besikula biliarreko harriak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
16	Diabetesa	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
17	Tronbosi, enbolia edo odoljario zerebralak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
18	Prostataren alterazioak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
19	Nerbioetako arazoak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
20	Arazo mentalak	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?
21	Beste batzuk	EZ	BAI →	Nork?	Beste inork?

26 g.

ARAZO KRONIKORIK EZ BADUTE HURRENGO ATALERA PASA

ERREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILABETE

DEKLARATUTAKO ARAZO BAKOITZAREN TZAT

25.b) egunetik atzora arte, kontsultatu al dio . . . (e)k mediku edo erizainariri buruz . . . ?

. Bai 1 → (26 g.ra pasa)
. Ez 2
. Ed/Ee 0 → (25 g.ra pasad)

25.c) Arazo hori edukita, zergatik ez zara joan mediku edo erizainarengana?

- Badakit nola tratatu, tratamenduan nago.
- Oso urrun dago, hara joateko arazoak izaten ditut
- Ezin diot lanari utzi
- Denbora asko galtzen dut
- Ez dut konfidantzarik medikuengan ezta erizainengan ere
- Ez du erremediorik
- Garestia da niretzat
- Es dut uste garrantzirik duenik
- Beste batzuk

5 TXARTELA

25.d) Zenbat urte dira . . . (e)k mediku edo erizainari kontsultatu zioala . . .ri buruz?

(Medikuari edo erizainari inoiz ere EZ badu kontsultatu, jarri 25)

25.- 1 ARAZOA

a) KODEA

b) KONTSULTA

Bai	Ez	Ed/Ee
1	2	0
(26)	(25c)	(25d)

c) ARRAZOIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) URTEAK

25.- 2 ARAZOA

a) KODEA

b) KONTSULTA

Bai	Ez	Ed/Ee
1	2	0
(26)	(25c)	(25d)

c) ARRAZOIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) URTEAK

25.- 3 ARAZOA

a) KODEA

b) KONTSULTA

Bai	Ez	Ed/Ee
1	2	0
(26)	(25c)	(25d)

c) ARRAZOIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) URTEAK

25.- 4 ARAZOA

a) KODEA

b) KONTSULTA

Bai	Ez	Ed/Ee
1	2	0
(26)	(25c)	(25d)

c) ARRAZOIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) URTEAK

25.- 5 ARAZOA

a) KODEA

b) KONTSULTA

Bai	Ez	Ed/Ee
1	2	0
(26)	(25c)	(25d)

c) ARRAZOIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) URTEAK

25.- 6 ARAZOA

a) KODEA

b) KONTSULTA

Bai	Ez	Ed/Ee
1	2	0
(26)	(25c)	(25d)

c) ARRAZOIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d) URTEAK

1 ARAZOA

1234567890

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

1 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

1 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

1 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

2 ARAZOA

1234567890

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAKPROBLEMA 2

2 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

1234567890

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

2 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

2 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

3 ARAZOA

1234567890

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

3 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

3 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

3 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

4 ARAZOA

1234567890

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

4 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

4 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

4 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

5 ARAZOA

1234567890

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

5 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

5 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

5 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

6 ARAZOA

1234567890

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

6 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

6 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

6 ARAZOA

a) KODEABai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(26) (25c) (25d)

c) ARRAZOIA

d) URTEAK

“ISTRIPUAK”

ERRREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILABETE

Hurrengo galderak azken 12 hilabeteetako istripuei dagozkie, baldin eta istripuon ondorioz ondoko lesioen modukoren bat izatea gertatu bazen: hezur edo ligamenduen apurketa nahiz trokaketa, zartadurak, ebaketa sakonak, anputazioak nahiz zauriak, erredurak, toxikazioak...

26.a) egunetik atzora arte, zure familiako inork izan du istripuren bat bere osasunean , jauste, erredura, kolpe, toxikazio edo antzerako ondorioak izan dituela?

Ez	Bai	Nork?	
			—————→
. Hezur nahiz ligamenduen fraktura edo apurketak, zartadurak	2	1	_____
. Ebaketa sakonak, anputazioak edo zauriak	2	1	_____
. Min-hartzeak (kolpeak), hematomak	2	1	_____
. Erredurak	2	1	_____
. Toxikazioak	2	1	_____

(INKESTATZAILEA: GALDERA GUZTIAK “EZ” IZAN BADIRA, PASA 27.a GALDERARA)

Hurrengo galderak azken istripuari dagozkio

26.c) Non izan zuen.....(e)k azken istripua?

. Etxean	1
. Trafikoz, oinezko bezala	2
. Trafikoz, bidaiari edo gidari bezala	3
. Lanean	4
. Ikastetxean	5
. Jolas- edo kirol-tokian	6
. Leku publikoan: kalean, dendan, bankuan, tabernan, parke publikoan	7
. Ed/Ee	0

ISTRIPUAK

26.a)

Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
---	---	---

(27a)

26.b) Zenbat?

| | |

c) AZKEN ISTRIPUA

. Etxea	1
. Oinezkoa	2
. Gidaria	3
. Lana	4
. Ikasketak	5
. Jolasaldia	6
. Leku publikoa	7
. Ed/Ee	0

26.d) ¿Nola gertatu zen istripu hori?

. Jaustea	1
. Txoke edo kolisioa	2
. Tresna ebakorra	3
. Sua, likido beroak	4
. Elektrizitatea	5
. Produktu toxioen injezioa	6
. Gorputz arraroen injezioa	7
. Ia itotzea edo asfixia	8
. Beste batzuk	9
. Ed/Ee	0

d) MEKANISMOA

. Jaustea	1
. Txoke, kolisioa	2
. Ebaketa	3
. Sua	4
. Elektrizitatea	5
. Toxikazioak	6
. Gorputz-injezioa	7
. Ia itotzea	8
. Beste batzuk	9
. Ed/Ee	0

26.e) Istripuaren ondorioz lesionatuta geratu al zen al zen...?

	Bai	Ez
. Burua, arpegia eta lepoa?	1	2
. Toraxa, abdomena, bizkarra?	1	2
. Goi gorputzadarrak?	1	2
. Behe gorputzadarrak ?	1	2

e) KOKAPENA

Bai Ez Ed/Ee

.Burua, arpegia eta lepoa	1	2	0
.Toraxa, abdomena, bizkarra	1	2	0
.Goi-gorputzadarrak	1	2	0
.Behe-gorputzadarrak	1	2	0

26.f) Istripu horren ondorioz,

- Lanean edo jolasaldian beti egiten dituzun jarduerak eten edo murriztu beharra izan al zenuen?
- Zure betiko medikuari kontsultatu beharra izan al zenuen?
- Urgentzietako zerbitzuren batean atenditu beharra izan al zenuen?
- Gutxienez gau bat ingesatuta pasa beharra izan al zenuen?
- Arazo fisikorik edo mentalik geratu al zaizu?

f) ONDORIOAK

Bai Ez Ed/Ee

Jarduera eten			
Mediku-kontsultatu	1	2	0
Urgentz.-Zerb.	1	2	0
Ingesoa	1	2	0
Arazoak	1	2	0

ISTRIPUAK 26.a) BaiEzEd/Ee (27a) 26.b) Zenbat?	ISTRIPUAK 26.a) BaiEzEd/Ee (27a) 26.b) Zenbat?	ISTRIPUAK 26.a) BaiEzEd/Ee (27a) 26.b) Zenbat?	ISTRIPUAK 26.a) BaiEzEd/Ee (27a) 26.b) Zenbat?
c) AZKEN ISTRIPUA . Etxea . Oinezkoa . Gidaria . Lana . Ikasketak . Jolasaldia . Leku publikoa . Ed/Ee	c) AZKEN ISTRIPUA . Etxea . Oinezkoa . Gidaria . Lana . Ikasketak . Jolasaldia . Leku publikoa . Ed/Ee	c) AZKEN ISTRIPUA . Etxea . Oinezkoa . Gidaria . Lana . Ikasketak . Jolasaldia . Leku publikoa . Ed/Ee	c) AZKEN ISTRIPUA . Etxea . Oinezkoa . Gidaria . Lana . Ikasketak . Jolasaldia . Leku publikoa . Ed/Ee
d) MEKANISMOA . Jaustea . Txoke, kolisioa . Ebaketa . Sua . Elektrizitatea . Toxikazioak . Gorputz-injesta . Ia itotzea . Beste batzuk . Ed/Ee	d) MEKANISMOA . Jaustea . Txoke, kolisioa . Ebaketa . Sua . Elektrizitatea . Toxikazioak . Gorputz-injesta . Ia itotzea . Beste batzuk . Ed/Ee	d) MEKANISMOA . Jaustea . Txoke, kolisioa . Ebaketa . Sua . Elektrizitatea . Toxikazioak . Gorputz-injesta . Ia itotzea . Beste batzuk . Ed/Ee	d) MEKANISMOA . Jaustea . Txoke, kolisioa . Ebaketa . Sua . Elektrizitatea . Toxikazioak . Gorputz-injesta . Ia itotzea . Beste batzuk . Ed/Ee
e) KOKAPENA BaiEzEd/Ee .Burua, arpegia eta lepoa .Toraxa, abdomena, bizkarra .Goi-gorputzadarrak .Behe-gorputzadarrak	e) KOKAPENA BaiEzEd/Ee .Burua, arpegia eta lepoa .Toraxa, abdomena, bizkarra .Goi-gorputzadarrak .Behe-gorputzadarrak	e) KOKAPENA BaiEzEd/Ee .Burua, arpegia eta lepoa .Toraxa, abdomena, bizkarra .Goi-gorputzadarrak .Behe-gorputzadarrak	e) KOKAPENA BaiEzEd/Ee .Burua, arpegia eta lepoa .Toraxa, abdomena, bizkarra .Goi-gorputzadarrak .Behe-gorputzadarrak 120 120 120
f) ONDORIOAK BaiEzEd/Ee Jarduera eten Mediku-kontsulta Urgentz- Zerb. Ingresoa Arazoak	f) ONDORIOAK BaiEzEd/Ee Jarduera eten Mediku-kontsulta Urgentz- Zerb. Ingresoa Arazoak	f) ONDORIOAK BaiEzEd/Ee Jarduera eten Mediku-kontsulta Urgentz- Zerb. Ingresoa Arazoak	f) ONDORIOAK BaiEzEd/Ee Jarduera eten Mediku-kontsulta Urgentz- Zerb. Ingresoa Arazoak

“INFORMAZIO PERTSONALA”

Hurrengo galderak datu pertsonalei dagozkie.
INKESTATZAILEA: IDATZI HEMEN ADINAK

27.a) **Jaioteguna (eguna, hila, urtea)**

27.) PERTSONA ZK.

a) eguna hila urtea

b) ADINA

27.c) **Sexua**

- . Gizonezkoa 1
. Emakumezkoa 2

c) SEXUA

- . Gizonezkoa
. Emakumezk

27.d) INKESTATZAILEA: **Idatzi zeintzuk izan ziren elkarriketan egon ziren familiako kideak, eta zeintzuk egon ez zirenak.**

- . EZ zen egon 1
. Egon zen 2

d) PRESENTZIA

- Ez aurrean
Aurrean

27.e) **Zein probintzian bizi ziren zure gurasoak zu jaio zinenean?**

- . E.H.A.E. 1 → (27 g.ra pasa)
. Nafarroa 2
. Gaztela eta Leon 3
. Kantabria 4
. Galizia 5
. Andaluzia 6
. Extremadura 7
. Bestiak 8

e) JAIOTERRIA

- . E.H.A.E. → 27g
. Nafarroa
. Gaztela eta Leon
. Kantabria
. Galizia
. Andaluzia
. Extremadura
. Gainerakoak
. Ed/Ee

27.f) **Noiztik bizi zara E.H.A.E.an? (urtebetetik behera, jarri 01)**

f) EGONALDIA
URTEAK

27.g) **Zein da . . . (r)en egoera zibila?**

- . Ezkongabea 1
. Ezkondua edo antzekoa 2
. Banandua, Dibortziatua 3
. Alarguna 4

g) EGOERA ZIBILA

- . Ezkongabea
. Ezkondua
. Banan./Dibortz.
. Alarguna
. Ed/Ee

27.h) **Familiako buruarekin zein senidetasun du . . . (e)k**

- . Familiako burua 1
. Ezkontidea 2
. Seme/alaba, Seme/alabaordea 3
. Aita, ama, aita/amaginarreba 4
. Suhia, erraina 5
. Bestelako senideak 6
. Senidetasunik gabekoak 7

h) SENIDETASUNA

- . Familiako burua
. Ezkontidea
. Seme/alaba
. Guraso, aita/amag
. Suhia/erraina
. Beste senideak
. Ez senideak
. Ed/Ee

(16 URTETIK GORAKOENTZAT)

28.a) **Zer ikasketa ditu . . . (e)k?** Bukatutako ikasketak bakarrik hartuko dira kontuan)

- . Ez daki ez irakurtzen ez idazten 1
. Ikasketarik gabekoa 2
. Lehen mailako ikasketak 3
. Oinarrizko Batxilerra, Graduatu Eskolarra, 8. arteko O.H.O. 4
. B.B.B., Lanbide-Heziketa, Goi mailako Batxilerra 5
. Unibertsitateko ertaineko eskola teknikoak 6
. Unibertsitateko Fakultateak, Goi mailako Eskola Teknikoak 7

28.a) IKASKETAK

- . Analfabetoak
. Ikasketarik gabekoa
. Lehen mailakoak
. Graduatu eskolarra
. B.B.B.
. E. Teknikoak
. Uniberts. Fakult.
. Ed/Ee

28.b) **Zein da bere gaur eguneko lan-egoera?**

EREFERENTZI ALDIA : 14 EGUN

- . Soldadutza egiten 1
. Lan egiten (Bekadunak, MIR...barne) 2
. Langabezian, baina aurretik lan eginda 3
. Lehenengo lanaren bila 4
. Jubilatua, erretiratua, pentsioa edo errentak ditu 5
. Ikaslea 6
. Etxeko lanak 7
. Ezgaitasun iraunkorra 8
. Beste batzuk 9

b) LAN-EGOERA

- . Soldadutza
. Lanean
. Langabezian
. Lehen lanaren bila
. Jubilatua
. Irakaslea
. Etxeko lanak
. Ezgaitasun iraunkorra
. Beste batzuk
. Ed/Ee

28.c) **Zenbat denbora darama langabezian? (hilabeteak)**

c) LANGABE DENBORA (HILAK)

27.) PERTSONA ZK. a) eguna hila urtea b) ADINA	27.) PERTSONA ZK. a) eguna hila urtea b) ADINA	27.) PERTSONA ZK. a) eguna hila urtea b) ADINA	27.) PERTSONA ZK. a) eguna hila urtea b) ADINA
c) SEXUA . Gizonezkoa . Emakumezkoa	c) SEXUA . Gizonezkoa . Emakumezkoa	c) SEXUA . Gizonezkoa . Emakumezkoa	c) SEXUA . Gizonezkoa . Emakumezkoa
d) PRESENTZIA Ez aurrean Aurrean	d) PRESENTZIA Ez aurrean Aurrean	d) PRESENTZIA Ez aurrean Aurrean	d) PRESENTZIA Ez aurrean Aurrean
e) JAIOTERRIA . E.H.A.E. 27g . Nafarroa . Gaztela eta Leon . Kantabria . Galizia . Andaluzia . Extremadura . Gainerakoak . Ed/Ee	e) JAIOTERRIA . E.H.A.E. 27g . Nafarroa . Gaztela eta Leon . Kantabria . Galizia . Andaluzia . Extremadura . Gainerakoak . Ed/Ee	e) JAIOTERRIA . E.H.A.E. 27g . Nafarroa . Gaztela eta Leon . Kantabria . Galizia . Andaluzia . Extremadura . Gainerakoak . Ed/Ee	e) JAIOTERRIA . E.H.A.E. 27g . Nafarroa . Gaztela eta Leon . Kantabria . Galizia . Andaluzia . Extremadura . Gainerakoak . Ed/Ee
f) EGONALDIA URTEAK	f) EGONALDIA URTEAK	f) EGONALDIA URTEAK	f) EGONALDIA URTEAK
g) EGOERA ZIBILA . Ezkongabea . Ezkondua . Banan./Dibortz. . Alarguna . Ed/Ee	g) EGOERA ZIBILA . Ezkongabea . Ezkondua . Banan./Dibortz. . Alarguna . Ed/Ee	g) EGOERA ZIBILA . Ezkongabea . Ezkondua . Banan./Dibortz. . Alarguna . Ed/Ee	g) EGOERA ZIBILA . Ezkongabea . Ezkondua . Banan./Dibortz. . Alarguna . Ed/Ee
h) SENIDETASUNA . Familiako burua . Ezkontidea . Seme/alaba . Guraso, aita/amagin. . Suhia/erraina . Beste senideak . Ez senideak . Ed/Ee	h) SENIDETASUNA . Familiako burua . Ezkontidea . Seme/alaba . Guraso, aita/amagin. . Suhia/erraina . Beste senideak . Ez senideak . Ed/Ee	h) SENIDETASUNA . Familiako burua . Ezkontidea . Seme/alaba . Guraso, aita/amagin. . Suhia/erraina . Beste senideak . Ez senideak . Ed/Ee	h) SENIDETASUNA . Familiako burua . Ezkontidea . Seme/alaba . Guraso, aita/amagin. . Suhia/erraina . Beste senideak . Ez senideak . Ed/Ee
28.a) IKASKETAK . Analfabetoak . Ikasketarik gabekoak . Lehen mailakoak . Graduatu eskolarra . B.B.B. . E. Teknikoak . Uniberts. Fakult. . Ed/Ee	28.a) IKASKETAK . Analfabetoak . Ikasketarik gabekoak . Lehen mailakoak . Graduatu eskolarra . B.B.B. . E. Teknikoak . Uniberts. Fakult. . Ed/Ee	28.a) IKASKETAK . Analfabetoak . Ikasketarik gabekoak . Lehen mailakoak . Graduatu eskolarra . B.B.B. . E. Teknikoak . Uniberts. Fakult. . Ed/Ee	28.a) IKASKETAK . Analfabetoak . Ikasketarik gabekoak . Lehen mailakoak . Graduatu eskolarra . B.B.B. . E. Teknikoak . Uniberts. Fakult. . Ed/Ee
b) LAN-EGOERA . Soldadutza . Lanean . Langabezian . Iehen lanaren bila . Jubilatua . Irakaslea . Etxeko lanak . Ezgaitasun iraunkorra . Beste batzuk . Ed/Ee	b) LAN-EGOERA . Soldadutza . Lanean . Langabezian . Iehen lanaren bila . Jubilatua . Irakaslea . Etxeko lanak . Ezgaitasun iraunkorra . Beste batzuk . Ed/Ee	b) LAN-EGOERA . Soldadutza . Lanean . Langabezian . Iehen lanaren bila . Jubilatua . Irakaslea . Etxeko lanak . Ezgaitasun iraunkorra . Beste batzuk . Ed/Ee	b) LAN-EGOERA . Soldadutza . Lanean . Langabezian . Iehen lanaren bila . Jubilatua . Irakaslea . Etxeko lanak . Ezgaitasun iraunkorra . Beste batzuk . Ed/Ee
c) LANGABE DENBORA (HILAK) 	c) LANGABE DENBORA (HILAK) 	c) LANGABE DENBORA (HILAK) 	c) LANGABE DENBORA (HILAK)

INKESTATZAILEA: EZINBESTEKOA DA GALDERA HAUEK (28d-28g) BETETZEA. JUBILATUTA EDO LANGABEZIAN BADAGO, GALDETU ZEIN IZAN DEN DENBORA GEHIEN IZAN DUEN LANBIDEA. ETXETIK KANPORA INOIZ LANIK EGIN EZ DUEN ETXEKO ANDREA BADA, GALDETU ZEIN DEN BERA MANTENTZEN DUEN EDO PENTSIOA EMATEN DION SENAR, AITA EDO PERTSONAREN LANBIDEA

(EZ KODERIK JARRI, ERANTZUNA IPINI)

28.d) Zelako kargu edo kategoria du enpresan?

- . Zuzendari, Zuzendariorde, Gerente eta Enpresariak

. Goi-mailako Teknikaria

. Teknikari Ertainak (ATS, Maisuak, Kontableak, Perituak)

. Kapataz, Kargudun eta Saltzaile ibiltariak

. Teknikari espezializatuak, Ofizialak, Administrazioakoak

. Teknikari laguntzaileak, klinika-lag., Administrazio-lag., Saltzaileak

. Atezainak, Ordenantzak, Peoiak, Aprendizak, Laguntzaileak

. Ed/Ee

1

2

3

4

5

6

7

0

28 e) Mesedez, zehaztu diezadakezu zein den gaur egun duen edo izan zuen lanbidea?

ERAKUTSI TXARTELA (9 TALDEA)

Jarri talde bakoitzeko adibideak lanbidearen kodea zehaztu arte

28.f) Zein izan da/zen bere lan-erlazioa urte gehien lanean ari den/zen enpresarekin?

- . Enpresaria edo enpleatzailea

. Norberaren konturako langilea, autonomia

. Kooperatibista

. Alokatu finkoa

. Noiz behinkako alokatua

. Laguntza familiarra

. Beste batzuk (Zehaztu)

. Ed/Ee

1

2

3

4

5

6

7

0

28.g) Lanean ari den/zen enpresak zer jarduera du/zuen?

- . Nekazaritza, Meatzaritza, Abeltzantza, Arrantza

. Industria

. Eraikintza

. Administrazio Publikoa (Lokala, Autonomikoa, Estatala)

1

2

3

4
- . Zerbitzuetako Profesio Liberalak

. Merkataritza eta Ostalaritza

. Beste zerbitz.: Garraio, Aseguru, Banka..

5

6

7

GUZTIENTZAT

29.a) ...**(e)k hilean garbirik irabasten duena zein taldetan kokatuko zenuke?**
(eman **7 TXARTELA**)

- . 50.000era arte

. 50.000-74.999

. 75.000-99.999

. 100.000-124.999

. 125.000-149.999

1

2

3

4

5
- . 150.000-199.999

. 200.000-249.999

. 250.000-299.999

. 300.000etik gora

. Ed/Ee

6

7

8

9

0

29.b) Aukera ezazu hauetariko talde bat, azken 12 hilabeteetan zure etxean izandako urteko irabazte garbientzat, etxeko kide guztien aportazioak kontuan hartuta. **(8 TXARTELA)**

- 500.000 pta.tik behera

500.000etik 750.000 pta.tara

750.001-1.000.000 pta.

1.000.001-1.250.000 pta.

1.250.001-1.500.000 pta.

1.500.001-1.750.000 pta.

1.750.001-2.000.000 pta.

2.000.001-2.250.000 pta.

2.250.001-2.500.000 pta.

2.500.001-2.750.000 pta.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10
- 2.750.001-3.000.000 pta.

3.000.001-3.500.000 pta.

3.500.001-4.000.000 pta.

4.000.001-4.500.000 pta.

4.500.001-5.000.000 pta.

5.000.001-6.000.000 pta.

6.000.001-7.000.000 pta.

7.000.001-.000.000 pta.

8.000.001-9.000.000 pta.

9.000.000 pta.tik gora

Ed/Ee

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

GUZTIENTZAT

29.c) Zein edo zeintzuk entitatetan dago aseguratuta . . . ? **(ASKOTARIKOA)**

- . Gizarte Segurantza

. Afiliazio pribatuko mutua

. Afiliazio kolektiboko mutua

. Gizarte Ongizatea

1

2

3

4
- . Iguala medikoa

. Bestelakoak (zehaztu)

. Bat ere ez

. Ed/Ee

5

6

7

0

- d) KARGUA

. Zuzend., Zuzen.orde

. Goi-mail. tekni.

. Tekn. Ert.

. Kapataza

. Admin. Ofiz.

. Admin. Lag.

. Aprend., Laguntz.

. Ed/Ee

1

2

3

4

5

6

7

0

e) LANBIDEA

Lanbide-kodea

f) ERLAZIOA

- . Enpleatzailea

. Autonomia

. Kooperatibista

. Alok. finkoa

. Noiz beh. alok.

. Lag. familiarra

. Beste batzuk

.....

. Ed/Ee

1

2

3

4

5

6

7

0

g) JARDUERA

- . Nekaz. Meatz. Arrantz.

. Industria

. Eraikintza

. Admin. Publikoa

. Profesionalak

. Merkataritza

. Beste Zerbitzuak

. Ed/Ee

1

2

3

4

5

6

7

0

29.a) SARRERAK

- . 50.000ra arte

. 50.000-74.999

. 75.000-99.999

. 100.000-124.999

. 125.000-149.999

. 150.000-199.999

. 200.000-249.999

. 250.000-299.999

. 300.000tik gora

. Ed/Ee

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

b) SARRERAK

- 500era arte

500-750

750-1000

1000-1250

1250-1500

1500-1750

1750-2000

2000-2250

2250-2500

2500-2750

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10
- 2750-3000

3000-3500

3500-4000

4000-4500

4500-5000

5000-6000

6000-7000

7000-8000

8000-9000

9000tik gora

Ed/Ee

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

c) OSASUN-ESTALDIA

- . Gizarte-Segurantz

. M. Pribatua

. M. kolektiboa

. Benefiz.

. Igualak

. Beste batzuk

. Bat ere ez

. Ed/Ee

1

2

3

4

5

6

7

0

d) KARGUA . Zuzend., Zuzen.orde . Goi-mail. tekni. . Tekni. Ert. . Kapataza . Admin. Ofiz. . Admin. Lag. . Aprend., Lagunt. . Ed/Ee 	d) KARGUA . Zuzend., Zuzen.orde . Goi-mail. tekni. . Tekni. Ert. . Kapataza . Admin. Ofiz. . Admin. Lag. . Aprend., Lagunt. . Ed/Ee 	d) KARGUA . Zuzend., Zuzen.orde . Goi-mail. tekni. . Tekni. Ert. . Kapataza . Admin. Ofiz. . Admin. Lag. . Aprend., Lagunt. . Ed/Ee 	d) KARGUA . Zuzend., Zuzen.orde . Goi-mail. tekni. . Tekni. Ert. . Kapataza . Admin. Ofiz. . Admin. Lag. . Aprend., Lagunt. . Ed/Ee
e) LANBIDEA Lanbide-kodea	e) LANBIDEA Lanbide-kodea	e) LANBIDEA Lanbide-kodea	e) LANBIDEA Lanbide-kodea
f) ERLAZIOA . Enpleatzailea . Autonomoa . Kooperatibista . Alok. finkoa . Noiz beh. alok. . Lag. familiarra . Beste batzuk Ed/Ee	f) ERLAZIOA . Enpleatzailea . Autonomoa . Kooperatibista . Alok. finkoa . Noiz beh. alok. . Lag. familiarra . Beste batzuk Ed/Ee	f) ERLAZIOA . Enpleatzailea . Autonomoa . Kooperatibista . Alok. finkoa . Noiz beh. alok. . Lag. familiarra . Beste batzuk Ed/Ee	f) ERLAZIOA . Enpleatzailea . Autonomoa . Kooperatibista . Alok. finkoa . Noiz beh. alok. . Lag. familiarra . Beste batzuk Ed/Ee
g) JARDUERA . Nekaz. Meatz. Arrantz. . Industria . Eraikintza . Admin. Publikoa . Profesionalak . Merkataritza . Beste Zerbitzuak . Ed/Ee	g) JARDUERA . Nekaz. Meatz. Arrantz. . Industria . Eraikintza . Admin. Publikoa . Profesionalak . Merkataritza . Beste Zerbitzuak . Ed/Ee	g) JARDUERA . Nekaz. Meatz. Arrantz. . Industria . Eraikintza . Admin. Publikoa . Profesionalak . Merkataritza . Beste Zerbitzuak . Ed/Ee	g) JARDUERA . Nekaz. Meatz. Arrantz. . Industria . Eraikintza . Admin. Publikoa . Profesionalak . Merkataritza . Beste Zerbitzuak . Ed/Ee
29.a) SARRERAK . 50.000ra arte . 50.000-74.999 . 75.000-99.999 . 100.000-124.999 . 125.000-149.999 . 150.000-199.999 . 200.000-249.999 . 250.000-299.999 . 300.000tik gora . Ed/Ee	29.a) SARRERAK . 50.000ra arte . 50.000-74.999 . 75.000-99.999 . 100.000-124.999 . 125.000-149.999 . 150.000-199.999 . 200.000-249.999 . 250.000-299.999 . 300.000tik gora . Ed/Ee	29.a) SARRERAK . 50.000ra arte . 50.000-74.999 . 75.000-99.999 . 100.000-124.999 . 125.000-149.999 . 150.000-199.999 . 200.000-249.999 . 250.000-299.999 . 300.000tik gora . Ed/Ee	29.a) SARRERAK . 50.000ra arte . 50.000-74.999 . 75.000-99.999 . 100.000-124.999 . 125.000-149.999 . 150.000-199.999 . 200.000-249.999 . 250.000-299.999 . 300.000tik gora . Ed/Ee
b) SARRERAK 500era arte2750-3000 500-7503000-3500 750-10003500-4000 1000-12504000-4500 1250-15004500-5000 1500-17505000-6000 1750-20006000-7000 2000-22507000-8000 2250-25008000-9000 2500-27509000tik gora Ed/Ee	b) SARRERAK 500era arte2750-3000 500-7503000-3500 750-10003500-4000 1000-12504000-4500 1250-15004500-5000 1500-17505000-6000 1750-20006000-7000 2000-22507000-8000 2250-25008000-9000 2500-27509000tik gora Ed/Ee	b) SARRERAK 500era arte2750-3000 500-7503000-3500 750-10003500-4000 1000-12504000-4500 1250-15004500-5000 1500-17505000-6000 1750-20006000-7000 2000-22507000-8000 2250-25008000-9000 2500-27509000tik gora Ed/Ee	b) SARRERAK 500era arte2750-3000 500-7503000-3500 750-10003500-4000 1000-12504000-4500 1250-15004500-5000 1500-17505000-6000 1750-20006000-7000 2000-22507000-8000 2250-25008000-9000 2500-27509000tik gora Ed/Ee
c) OSASUN-ESTALDURA . Gizarte-Segurantz . M. Pribatua . M. kolektiboa . Benefiz. . Igualak . Beste batzuk . Bat ere ez . Ed/Ee	c) OSASUN-ESTALDURA . Gizarte-Segurantz . M. Pribatua . M. kolektiboa . Benefiz. . Igualak . Beste batzuk . Bat ere ez . Ed/Ee	c) OSASUN-ESTALDURA . Gizarte-Segurantz . M. Pribatua . M. kolektiboa . Benefiz. . Igualak . Beste batzuk . Bat ere ez . Ed/Ee	c) OSASUN-ESTALDURA . Gizarte-Segurantz . M. Pribatua . M. kolektiboa . Benefiz. . Igualak . Beste batzuk . Bat ere ez . Ed/Ee

OSASUN-GASTU PIBATUEN ATALA

- 31.a) Azken 15 egunotan zenbat gastatu du zure familiak farmaziko produktuetan, gastuak berriz jaso gabe dituela?
- 31.b) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak aparatu eta material terapeutikoetan? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 31.c) Azken hilabete honetan, zenbat gastatu du zure familiak pertsonal medikoaren zerbitzuak direla eta, (haginelariak alde batera utzita)? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 31.d) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak haginlarien zerbitzuengatik? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 31.e) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak pertsonal sanitarioak (ez medikoak) emandako zerbitzuengatik? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 31.f) Azken 12 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak ospitalizazioak direla eta. Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 31.g) Azken 12 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak Osasun-Asistentziako Aseguru Pribatuetak Primetan, oraindik gastuak bueltan jaso gabe dituela?
- 31.h) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak Entitateei Asistentziako Bolante, Tiket edo txekak ordaintzeagatik, oraindik gastuak bueltan jaso gabe dituela?

		ORDAINKETA ZUZENA	BERRESKURATU AK	GUZTIRA
a)	FARMAZIAKO PRODUKTUAK (azken 15 egunetan)			
b)	APARATU ETA MATERIAL TERAPEUTIKOA (azken 6 hilabeteetan)			
c)	ZERBITZU MEDIKOAK (ez haginlariak) (azken hilabeteetan)			
d)	HAGINLARIAK (azken 6 hilabeteetan)			
e)	OSASUN ZERBITZU EZ-MEDIKOAK (azken 6 hilabeteetan)			
f)	OSPITALIZAZIOAK (azken 12 hilabeteetan)			
	ASEGURUAK g) PRIMAK (azken 12 hilabeteetan)			
	PIBATUAK h) BOLANTEAK (azken 6 hilabeteetan)			

GALDESORTA INDIBIDUALA HARTU:

EGUNA:

ORDUA:

--	--

--	--

ADINA

ADINA

ADINA

ADINA

EUSKO JAURLARITZA

OSASUN SAILA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

GALDESORTA ZK:

--	--	--	--	--

1997KO OSASUN-INKESTA

Galdesorta honen helburua, gure Komunitateko osasun-araso inportanteenak ezagutzea da. Informazio honi esker, osasun-zerbitzuak hobeto planifikatuko dira, guztion onerako.

Zure lankidetzaz ezinbestekoa dugu; beraz, eskertuko genizuke galdesorta osoa betetzea hurrengo orrialdiko azalpenei jarraituz.

**INFORMAZIO HAU ANONIMOA ETA KONFIDENTZIALA IZANGO DA.
ZURI DAGOZKIZUN GALDERA GUZTIEI ERANTZUN.
GALDERAK ULERTZEKO ARAZO EDO PROBLEMARIK BADUZU, ETA
INFORMAZIO GEHIAGO NAHI IZANEZ GERO, DEITU GURI. HONA HEMEN
GURE DOHANIKO TELEFONOAREN ZENBAKIA:**

900-12.18.50

ESKERRIK ASKO ZURE LAGUNTZAGATIK.

AZALPENAK

Hurrengo galderek erantzun ezberdinak dituzte, eta gehien komeni zaizuna, ez besterik, aukeratu behar duzu. Kontrakorik esaten ez bada, erantzun bakarra seinalatu galdera bakoitzeko. Ordenari jarraituz erantzun behar diezu galdera guztiei, galderaren bat saltatzeko indikaziorik ez badago, behintzat. Ez dago erantzun onik ez txarrik.

Galdesorta nola bete jakiteko, hona hemen hiru adibide, laguntza moduan:

1. adibidea: Egin zirkulutxo bat aukeratutako erantzunaren zenbakian.

1 Galdera.

1. Oro har, zelakoa da zure osasuna?

Bikaina	1
Oso ona	②
Ona	3
Hala-holakoa	4
Txarra	5

2. adibidea: Idatzi zenbaki bat

2. Galdera

Idatzi zenbatekoa. Gutxi gora behera

Zenbat zigarro erretzen dituzu egunean?	30
Zenbat puru erretzen dituzu egunean?	0
Zenbat pipa erretzen dituzu egunean?	0

3. adibidea: Nola bete galdesorta?

1. Azken hamabi hilabeteetan, zenbatetan edan dituzu alkohol dun edariak?

1. Hilean behin baino gutxiagotan
2. Hilean behin
- ③ 3. Hamabost egunetan behin

B ALDEA

(HURRENGO ORRIALDERA PASA)

4. Astean behin
5. Astean 2tik 3ra bider
6. Astean 4tik 6ra bider
7. Egunero (egunean-egunean)

A ALDEA

Kasu honetan, bete beharreko hurrengo galderak, B aldekoak izango lirateke.

OSASUN-SISTEMA

PERTSONA ZK. _____

Hurrengo galderak, dagoeneko osasun-sistemari buruz daukazun iritzia ezagutzeko dira.
Egin zirkulutxo bat zure erantzunari, eta erantzun guztiei ordenari jarraituz, kontrakorik adierazten denean izan ezik.

1.

Oro har, pozik al zaude azken urtean zuk eta zure familiak erabili dituzuen osasun-zerbitzuekin?
Zer esango zenuke, oso pozik, nahiko pozik, ez hain pozik ala bat ere pozik ez zaudela? Adierazi horietariko bat.

Oso pozik

1

Nahiko pozik

2

Ez hain pozik

3

Bat ere ez pozik

4

2.

Zure Osasun-arazoak eta beharrianak bakarrik kontuan hartuta, zure ustez euskal osasun-sistemak zure osasun-beharrian guztiak ondo betetzen ditu?

Pozik nago, nire beharrian guztiak betetzen ditu

1

Nire beharrianak nahiko ondo betetzen ditu, baina beste zenbait atentzio sartu beharko lirateke

2

Ez ditu betetzen nire osasun-beharrianak

3

3.a

Zure osasun-arazoak atenditzeko, gaur egun atentzio edo zerbitzuren bat falta duzulako, edo zerbitzu hori hartzeko Euskal Herritik kanpora joan behar delako, Osakidetzak/Gizarte-Segurantzak, zerbitzu hori eman beharko lizukeela pentsatzen al duzu?

Ez, ez dut bestelako osasun-atentziorik erabiltzeko beharrianik

1

↓
Osakidetzak beste zerbitzuren bat sartu beharko luke, gaur egun ematen ez duelako, edo hartzeko Euskal Herritik kanpora joan behar delako

2

3.b

Zein da falta den atentzio hori?

- Hortz-asistentzia

1

- Homeopatia

2

- Etxerako Laguntza

3

- Beste batzuk

4.

Zure aukeran balego, hau da, zure lanean galdetuko balizukete zein motatako osasun-asegurua izatea nahi duzun, zein motatako asegurua aukeratuko zenuke?

Osakidetza/Gizarte-Segurantza (Osasun-Aseguru publikoa)

1

Osasun-Aseguru pribatua

2

Beste batzuk (Idatzi zein)-----

3

5.

Nola ordaindu beharko litzateke etorkizunean osasun-asistentzia?

Estatuak guztia, hiritarrei kobratzen dizkien zergekin

1

Zati bat Estatuak eta bestea hiritar bakoitzak

2

Hiritar bakoitzak bere asistentzia medikoa ordaindu beharko luke.

3

Hurrengo galderak, erabiltzaileen eskubideak zein gradutan betetzen diren ezagutzeko dira.

6.

Gizarte-Segurantzako/Osakidetzako osasun-zerbitzuekin izan duzun harremanean, sentitu al duzu holakorik? ...

Bai

Ez

a) Osasun-zerbitzuetako pertsonalak emandako tratuarekin molesto sentitu al zinen?

1

2

b) zure arazoa konpontzeko egon daitezkeen aukerako tratamenduei buruz, ez al zaituzte behar beste informatu?

1

2

c) egin behar izan dituzun frogei buruz (analisi, erresonantzia eta abarri buruz), ez al zaituzte informatu behar bezala edo modu egokian?

1

2

d) zure arazoari buruz jasotako informazioa eskasa ala ulertezina izan al da?

1

2

e) beste erabiltzaileek baino tratu txarragoa hartu al duzu?

1

2

f) zure intimitatearekiko eskubidea ez al da kontuan izan?

1

2

g) zure arazoari dagokionez, informazioaren konfidentzialtasunaren eskubidea ez al zizuten bete?

1

2

7.

Inoiz pentsatu al duzu kexa edo erreklamaziorik idatziz aurkeztea, hartutako osasun-asistentzia dela eta?

Bai 1
Ez 2

8. Inoiz aurkeztu al duzu kexa edo erreklamaziorik idatziz?

Bai 1 —————> (10 galderara pasa)
Ez 2

9. Zergatik ez duzu aurkeztu zure kexa edo erreklamazioa?

Ez nekielako nora jo 1
Ez nuelako nahi arazorik izaterik 2
Ez zitzaidalako iruditzen falta grabea zenik 3
Formalki eta idatziz egin behar zelako 4
Bide horretatik arazoa konpontzen ez delako, erreklamazioa astiro doa eta 5
Beldurra nuelako 6
Arrazoiak emango ez didatelako, neutralak ez dira eta 7
Motiborik izan ez dudalako 8

(erantzuna edozein izanik,
11 galderara pasa)

Erreklamazioak aurkestu dituenentzat bakarrik. Besteak 11 galderara pasa

10. Nolakoa iruditu zitzaizun zure erreklamazioari emandako erantzuna?

Oso egokia 1
Nahiko egokia 2
Nahiko desegokia 3
Oso desegokia 4
Ez nuen erantzunik jaso 5

Euskal Herrian osasun-sistemak zenbait zerbitzu publikotara (Osakidetza eta Osakidetza) edota pribatutara jotzeko posibilitatea eskaintzen du. Hurrengo galderak, zerbitzu horiei buruz duzun iritzia ezagutzeko dira.

11. Nolakoa iruditzen zaizu, Euskal Herrian sektore pribatuak emandako zerbitzu medikoen kalitatea, Gizarte-Segurantzak/Osakidetzak emandakoen aldean?

Askoz ere hobea 1
Aur bat hobea 2
Gutxi gora behera berdina 3
Aur bat txarragoa 4
Azko ere txarragoa 5

12. Jarraian, osasun-zerbitzuen kalitatea neurtzeko aspektu-zerrenda bat dator. Erantzuteko aukera bi daude: osasun-zerbitzu publikoak eta Osakidetza. Mesedez, erantzun puntu guztiei, eta zirkulutxo bat egin, zure ustez Euskal Herrian aspektu hobe dagoela adierazten duen zutabea.

	Pribatueta	Osakidetza
a. Medikuen gaitasun profesionala hobea da	1	2
b. Pazienteari ematen zaion informazioa hobea da	1	2
c. Zitaren egunetik kontsultara arteko itxarote-denbora laburragoa da	1	2
d. Itxarote-denbora (itxaroteko gelan) laburragoa da	1	2
e. Pertsonalaren tratua hobea da	1	2
f. Baliabide teknikoak hobeak dira	1	2
g. Instalazioen erosotasuna hobea da	1	2

13. Aseguru pribaturen bat kontratatzeke interesik al duzu?

Bai 1
Ez 2

Hurrengo galderak, farmazietan eskainitako zerbitzuei buruz duzun iritzia ezagutzeko dira

14. Euskal Herriko farmaziei dagokienez, nolakoak dira zure ustez hurrengo aspektuak

	Bikaina	Oso ona	Ona	Hala-holako	Txarra
a) Jendearentzat eguneko ordutegia	1	2	3	4	5
b) Jendearentzat gaueko ordutegia	1	2	3	4	5
c) Han ematen dizuten atentzioa	1	2	3	4	5

OSASUNA

Jarraian, zure osasunari buruzko galdera batzuk egingo dizkizugu.

Egin zirkulutxo bat zure erantzunari dagokion zenbakian (erantzun bat baino ez galdera bakoitzeko)

Hurrengo galderak, zuk zeure osasunari deritzozunari dagozkio. Zure erantzunak, nola zauden eta zure ohiko jarduerak egiteko gai zaren jakiteko dira. Erantzun galdera bakoitzari adierazten den moduan. Galderaren bat erantzuteko seguru ez bazaude, mesedez, erantzun egiagotzat jotzen duzuna.

15. Oro har, zure osasuna nolakoa dela esango zenuke?

Bikaina	1
Oso ona	2
Ona	3
Hala-holakoa	4
Txarra	5

16. Gaur egun duzun osasuna, orain dela urtebe zenuenaren aldean, nolakoa dela esango zenuke?

Orain dela urtebete baino askoz ere hobea	1
Orain dela urtebete baino apur bat hobea	2
Gutxi gora behera, orain dela urtebete neukan osasuna daukat	3
Orain dela urtebete baino apur bat txarragoa	4
Orain dela urtebete baino askoz ere txarragoa	5

17. Hurrengo galderak, zuk egun **normal batean egin ditzakezun jarduera edo gauzei dagozkie. Zure gaur eguneko osasuna dela eta, ba al duzu mugarik ondoko jarduera edo gauzak egiteko? Horrela bada, zein neurritan zaude mugatuta?**

JARDUERAK	Bai, oso mugatuta	Bai, apur bat mugatuta	Ez nago mugatuta
a) <u>Esfortzu handiak</u> , adibidez: korrikan egitea, gauza astunak jasotzea, nahiz oso kirol gogorretan parte hartzea	1	2	3
b) <u>Esfortzu moderatuak</u> , adibidez: mahai bat mugitzea, aspiradora pasatzea, bola-jokoan aritzea edo ordubete baino gehiago ibiltzea	1	2	3
c) <u>Erosketako boltsa hartu edo eramatea</u>	1	2	3
d) Eskaileratik <u>solairu batzuk</u> igotea	1	2	3
e) Eskaileratik <u>solairu bakar bat</u> igotea	1	2	3
f) <u>Makurtzea edo belauniko jartzea</u>	1	2	3
g) <u>Kilometro bat edo gehiago</u> ibiltzea	1	2	3
h) <u>Etsetalde batzuk</u> ibiltzea (ehundaka metroak)	1	2	3
i) <u>Etsetalde bat bakarrik</u> ibiltzea (100 mtr.)	1	2	3
j) <u>Norberaren kabuz bainatzea edo janzte</u>	1	2	3

18. Azken 4 asteetan, izan al duzu zure lanean edo eguneko jardueretan ondoko arazoren bat, zure osasun fisikoa dela eta?

	Bai	Ez
a) Laneo edo eguneko jardueretako <u>denbora murriztu</u> behar izan al duzu?	1	2
b) Egin nahi izango zenuen baino <u>gutxiago egin</u> al duzu?	1	2
c) Lanean edo eguneko jardueretan zereginen bat <u>egin barik utzi behar</u> izan al duzu?	1	2
d) Zure lana edo eguneko jarduerak egiteko <u>zailtasuna</u> izan al duzu? (esate baterako, normala den baino gehiago kostata egin al duzu?)	1	2

19. Azken 4 asteetan, izan al duzu lanean edo eguneko jardueretan ondoko arazoren bat, emozio-arazoren batengatik (triste, deprimituta edo urduri egoteagatik)?

Bai Ez

- a) Laneko edo eguneko jardueretako denbora murriztu beharra izan al duzu, emozio-arazoren batengatik? 1 2
- b) Egin nahi izan zenuen baino gutxiago egin al duzu, emozio-arazoren batengatik? 1 2
- c) Ez al duzu egin zure lana edo eguneko jarduerak, beti bezala ipinten duzun arreta handiaz, emozio-arazoren batengatik? 1 2

20. **Azken 4 asteetan**, zure osasun fisikoa edo emozio-arazoak direla eta, izan al duzu zailtasunik familia, lagun, auzoko zein beste pertsonekin ohiko jarduerak egiteko?

Bat ere ez 1
 Apur bat 2
 Hala-hola 3
 Nahiko 4
 Asko 5

21. **Azken 4 asteetan**, izan al duzu minik gorputzeko aldiren batean?

Ez, bat ere ez 1
 Bai, oso gutxi 2
 Bai, apur bat 3
 Bai, nahiko 4
 Bai, asko 5
 Bai, oso min handia 6

22. **Azken 4 asteetan**, mina dela eta izan al duzu zailtasunik zure ohiko lana egiteko (etxetik kanpoko eta etxeko lanak barne hartuta)?

Bat ere ez 1
 Apur bat 2
 Halahola 3
 Nahiko 4
 Asko 5

23. Hurrengo galderak, azken 4 asteetan nola sentitu zaren eta gauzak nola atera zaizkizun jakiteko dira. Zu nola sentitu zaren ondoen adierazten duen erantzuna markatu. **Azken 4 asteetan**, zenbatetan sentitu zara...

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzutan	Behin bakarrik	Inoiz ere ez
a) Bizi-bizirik?	1	2	3	4	5	6
b) Oso urduri?	1	2	3	4	5	6
c) Guztiz desmoralizatuta, ezerk ere animatu ezinik?	1	2	3	4	5	6
d) Lasai eta trankil?	1	2	3	4	5	6
e) Adoretsu?	1	2	3	4	5	6
f) Gogobarik eta triste?	1	2	3	4	5	6
g) Guztiz nekatuta?	1	2	3	4	5	6
h) Zoriontsu?	1	2	3	4	5	6
y) Nekatuta?	1	2	3	4	5	6

24. **Azken 4 asteetan**, osasun fisikoa edo emozio-arazoak direla eta, zenbatetan izan dituzu zailtasunak gizarte-jarduerak egiteko (lagunak edo senideak bisitatze eta antzekoak egiteko)?

- Ia beti 2
- Batzutan 3
- Noizean behin baino ez 4
- Inoiz ere ez 5

25. Mesedez, esan egia ala faltsua deritzozun hurrengo esaldietariko bakoitzari

	Guztiz egia	Nahiko egia	Ez dakit	Nahiko faltsua	Guztiz faltsua
a) Nire ustez, beste pertsonak baino errazago gaixotzen naiz	1	2	3	4	5
b) Beste edozein bezain sano nago	1	2	3	4	5
c) Nire ustez, nire osasunak atzera egingo du	1	2	3	4	5
d) Nire osasun hobezina da	1	2	3	4	5

26. Zure bizitzako uneren batean, bene-benetan inoiz bururatu al zaizu zeure buruaz beste egitea?

- Bai 1
Ez 2 → 28 galderara pasa

27. Halako pentsamendurik izan al duzu azken 12 hilabeteetan?

- Bai 1
Ez 2

28. Zure osasuna nolakoa dela esango zenuke, oro har?

- Oso ona 1
Ona 2
Normala 3
Txarra 4
Oso txarra 5

29. Zure ustez, nolakoa da zure gizarte-bizitza?

- Oso atsegina 1
Nahiko atsegina 2
Atsegin gutxikoa 3
Bat ere ez atsegina 4

Jarraian, bizitzan egunero ematen diren egoera batzuren zerrenda daukazu. Egoera horietan deskribatzen da beste pertsonak guri laguntza emateko egiten dutena edo egin dezaketena.

30. Egin zirkulotxo bat zure ustez ondo datorkizun kasilan. Suposatu egoera horietatik onenean zaudela, beraz, “Nahi dudana beste” hartzen duzula. Horrela izanik, **egin zirkulotxo** “Nahi dudana beste” **1 zenbakian**. Egoera horietatik txarrean “Nahi dudana baino gutxiago” hartzea da. Egoera horretan bazaude, **egin zirkulotxo 5 zenbakian**. Baina, punta bi horietan ez bazaude, egin zirkulotxo bat zure egoera hobeto adierazten duen tartetxoan.

	Nahi dudan beste				Nahi dudan baino gutxiago
Inbitazioak izaten ditut, denbora eman eta beste pertsonekin irtetzeko	1	2	3	4	5
Maitasuna eta afektua ematen dizkidate	1	2	3	4	5
Nire arazoak beste batekin komentatzeko posibilitatea dut, lanean edota etxean	1	2	3	4	5
Nire arazo pertsonalak eta familiakoak beste batekin komentatzeko posibilitatea dut	1	2	3	4	5
Nire arazo ekonomikoak beste batekin komentatzeko posibilitatea dut	1	2	3	4	5
Niri gertatzen zaidanaz kezkatzen diren lagunak ditut	1	2	3	4	5
Aholku onak izaten ditut, nire bizitzan zeozer inportantea gertatzen zaidanean	1	2	3	4	5
Laguntza izaten dut, ohean gaixorik nagoenean	1	2	3	4	5

31. Zenbaki bat idatzi

Gutxi gora behera, zein da zure pisua oinetakorik gabe? kilo

32. Zenbaki bat idatzi

Gutxi gora behera, zein da zure altura oinetakorik gabe? zentimetro

33. Zure alturaren arabera, zure ustez, nolakoa da orain duzun pisua?

- Gehiegizkoa

1
- Normala

2
- Eskasa

3

34. Gutxi gora behera, egunean zenbat ordu egiten duzu lo?

Ordu

PREBENTZIOKO PRAKTIKAK

Hurrengo galderak prebentzioari buruz egin ditzakezun zaintza eta jarduera batzuei dagozkie. Egin zirkulotxo bat zure erantzunaren zenbakian.

35. Hartzen al duzu (edo hartzen al dizute) tentsio arteriala gutxienez urtean behin?

- Bai 1
- Ez 2

36. Noiz hartu duzu (edo hartu dizute) tentsio arteriala azkenengo aldiz?

- Inoiz ere ez 1 —> (39 galderara pasa)
- Urtebete baino gutxiago 2
- Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago 3
- Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago 4
- 3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago 5
- Lau urte baino gehiago 6

37. Inoiz esan al dizute hipertentsioa duzula?

- Bai 1
- Ez 2 —> (39 galderara pasa)

38. Gaur egun, egiten al duzu ezer zure tentsio arteriala kontrolatzeko? Adibidez:

- | | Bai | Ez |
|------------------------|-----|----|
| . Medikamenduak hartu | 1 | 2 |
| . Pisua kontrolatu | 1 | 2 |
| . Gatza gutxitu | 1 | 2 |
| . Ariketa fisikoa egin | 1 | 2 |
| . Beste batzuk | 1 | 2 |

39. Noiz egin dizute kolesterolaren azken analisia?

- Inoiz ere ez 1 —> (42 galderara pasa)
- Urtebete baino gutxiago 2
- Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago 3
- Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago 4
- 3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago 5
- Lau urte baino gehiago 6

40. Kolesterola altu duzula esan al dizute?

- Bai 1
- Ez 2 —> (42 galderara pasa)

41. Gaur egun, egiten al duzu ezer zure kolesterol-maila kontrolatzeko? Adibidez:

- | | Bai | Ez |
|------------------------|-----|----|
| . Medikamenduak hartu | 1 | 2 |
| . Pisua kontrolatu | 1 | 2 |
| . Ariketa fisikoa egin | 1 | 2 |
| . Beste batzuk | 1 | 2 |

Hurrengo galderak, errepideko edo kaleko istripuak ebitatzeko eta gutxitzeko har daitezkeen neurriei dagozkie.

42. Ipinten al duzu segurtasun-gerrikoa gidatzen nahiz kotxean zoazenean?

	Beti	1a beti	Askotan	Batzutan	Noizik behin	Inoiz
a) hirian?	1	2	3	4	5	6
b) errepidean?	1	2	3	4	5	6

5 URTETIK BEHERAKO HAURRAK DITUZTENENTZAT BAKARRIK; osterantzean, 44 galderara pasa

43. Zure haurra automobilean daramazunean, ipinten al duzu haurrentzako segurtasun-silatxoan behar bezala jarrita eta lotuta?

Beti	Ia beti	Batzutan	noizean behin	Inoiz
------	---------	----------	---------------	-------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Urtero, sasoi honetan, gripearen kontra txertatzeko kanpaina egiten da, jende-talde zehaz batzuei zuzenduta (gaixo kronikoei, 65 urtetik gorakoei,. .).

44. Txertatzen al zara zu urtero gripearen kontra?

Bai	1	▲ (46 galderara pasa)
Ez	2	

45. Zergatik ez zara txertatzen gripearen kontra? Aukeratu arrazoi bat bakarrik, garrantzitsuen.

Ez nago gomendatzen zaien taldeen artean	1
Ez dut uste ezertarako balio duenik	2
Ez nekien gripearen kontra bakunatzeko gomendiorik zegoenik	3
Konplikazioak egon daitezke	4
Ez dakit nora jo behar den	5
Kalte eginten dit	6
Ahaztu egiten zait joatea	7
Ez dakit	8
Kontraindikazio medikoa	9

EMAKUMEENTZAT BAKARRIK (GIZONAK 51 GALDERARA PASA)

Mamografia bularren erradiografia da, konkorrak detektatuz gero, sasoz tratatzeko

46. Inoiz entzun al duzu ezer mamografiari buruz?

Bai	1
Ez	2

47. Noiz egin dizute azken mamografia?

Inoiz ere ez	1
Urtebete baino gutxiago	2
Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago	3
Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago	4
3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago	5
4 urte baino gehiago eta 5 baino gutxiago	6
5 urte baino gehiago	7

Bajinako zitologia esaten zaio bajinako zelulen muestra bat hartzeari, eta gaixotasun batzuk prebenitu ahal izateko egiten da.

48. Inoiz entzun al duzu ezer bajinako zitologiari buruz?

Bai	1
Ez	2

49. Noiz egin dizute azken bajinako zitologia?

Inoiz ere ez	1
Urtebete baino gutxiago	2
Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago	3
Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago	4
3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago	5
4 urte baino gehiago eta 5 baino gutxiago	6
5 urte baino gehiago	7

50. Non egin zizuten azken bajinako zitologia?

Osakidetza (Gizarte Segurantzako) asistentzia-zentro batean	1
Kontsulta pribatuan	2

AKTIBITATE FISIKOA EDO ARIKETA FISIKOA

Hurrengo galderak, lanean edo denbora librean egiten duzun aktibitate edo ariketa fisikoari dagozkio.

51. Zein esaldik adierazten du hobeto zure eguneroko lana edo ohituraz egiten duzun aktibitatea?

- | | |
|---|---|
| Eserita egoten naiz egun osoan eta oso joan-etorri gutxi egiten ditut. | 1 |
| Zutik egiten dut lan edota joan-etorri asko egiten ditut, baina ez dut pisurik jaso beharrik. | 2 |
| Sama arinak eramaten ditut, edota, sarritan ibili behar izaten dut eskaileretan edo maldetan gora eta behera. | 3 |
| Lan neketsua dut, pisu handiko samak eraman edota esfortzu fisiko handiak egin behar baititut. | 4 |

52. Denbora librean, egiten al duzu normalean nahi izango zenukeen ariketa fisiko guztia?

- | | |
|-----|---|
| Bai | 1 |
| Ez | 2 |

53.a) Zergatik?

- | | | |
|-----------------------|---|-----------|
| Ez dut denborarik | 1 | } → 53.b) |
| Ez dut leku aproposik | 2 | |
| Ez dut borondaterik | 3 | |
| Beste batzuk | 4 | |

53.b) Azken bi asteetan egin al duzu ariketa fisikorik astia izan duzunean, adibidez: kirola edo gimnasia egin, korrikan, igerian edo bizikletan ibili, e.a....?

- | | |
|-----|---|
| Bai | 1 |
| Ez | 2 |
- (hurrengo orrialdera, 54 galderara pasa)

53.c) Azken bi asteetan zenbat bider eta zenbat denboratan egin dituzu ondoko taulan adierazitako aktibitateak?

Idatzi azken bi asteotan aktibitateok zenbat bider praktikatu dituzun, eta aldi bakoitzean ematen duzun bataz besteko denbora (denbora aldakorra izan bada, egin bataz besteko bat).

Aktibitatea	Zenbat bider	Aldi bakoitzeko bataz bezteko denb. (minutuetan)
Ibiltzea		
Pauso arinaz ibiltzea		
Footinga		
Talde-kirolak (futbola, saski-baloia . . .)		
Gimnasia, Aerobica		
Bizikleta, Igeriketa		
Pala- eta raketa-kirolak (squasha, frontoia, tenisa . . .)		
Muskulu-ariketak, burruka, judoa, karatea		
Mountainismoa, senderismoa		
Beste batzuk (zehaztu):		

53.d) Azken bi asteotan egin al duzu gutxienez hogeit hamar minututan izerditan ipini zaituen intentsitate handiko aktibitate fisikorik?

- | | |
|-----|---|
| Bai | 1 |
| Ez | 2 |

53.e) Sarritan egin al dituzu?

- | | |
|----------------------------|---|
| Behin azken 14 egunotan | 1 |
| Asteaz behin | 2 |
| Asteaz birritan | 3 |
| Asteaz hiru edo gehiagotan | 4 |

LANEKO BALDINTZAK

Laneko baldintzek zerikusi handia izan dezakete pertsonen osasunarekin. Hurrengo galderak, zure laneko baldintzak zeintzuk diren edo izan diren jakiteko dira. Jubilatuek eta lan-ezgaitasun iraunkorra dutenek galdera hauei erantzun behar diete. **(Ez daude hemen sartuta ez etxeko lanak baino besterik egiten ez dutenak, ez ikasleak eta lehen enpleguaren bila dabiltzatenak).**

54.- Mesedez, erantzun galdera guzti hauei, eta adierazi zure lana dela/zela-eta, zenbatetan egon behar zaren....

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzutan	Noizean behin	Inoiz ere ez
a) Zutik denbora luzean.	1	2	3	4	5	6
b) Denbora luzean, zaila, deserosoa edo luzaro kantsagarria izan daitekeen posturan	1	2	3	4	5	6
c) Joan-etorri luzeak oinez eta sarritan egiten dituzula	1	2	3	4	5	6
d) Sama astunak aldean daramatzazula	1	2	3	4	5	6
e) Bibrazio edo astindurak jasatzen dituzula	1	2	3	4	5	6
f) Lanean ordenadore-pantailari begira	1	2	3	4	5	6
g) Etenik gabeko kontzentrazio edo atentzioa jartzen duzula	1	2	3	4	5	6
h) Mugimendu berberak behin eta berriz egiten dituzula	1	2	3	4	5	6

55.- Zure lanpostuan, zelako sarritasunaz izaten dituzu ondoko arriskuak?:

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzutan	Noizean behin	Inoiz ere ez
a) Kea, hautsa edo produktu toxikoak arnastea	1	2	3	4	5	6
b) Produktu toxiko edo kaltegarriak manipulatzeko edo haiekin kontaktuan egotea	1	2	3	4	5	6
c) Materialak edo gauzak bota nahiz jausten direnean, zu behean harrapatzea	1	2	3	4	5	6
d) Alturatik jaustea	1	2	3	4	5	6
e) Deskarga elektriko handia, erredurak edo makinak zein gauzak direla-eta, zauriak izatea	1	2	3	4	5	6
f) Zirkulazioko istripuak izatea	1	2	3	4	5	6
g) Erradiazioak (X izpiak, Gamma)	1	2	3	4	5	6

56.- Zure lanean sarri al dituzu/zenituen:

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzutan	Noizean behin baino ez	Inoiz ere ez
a) atsedenaldiak?	1	2	3	4	5	6
b) neketsua edota stressantea da/zen?	1	2	3	4	5	6

TABAKOA

Hurrengo galderak tabako-kontsumoari buruzkoak dira.

Modu pasiboan edo “nahitaez” erretzea esaten zaio da besteek erretzen dituzten zigarroen kea arnasteari. Zuk erre zein ez-erre kontuan hartu gabe....

57.- Erantzun, mesedez, galdera guztiei, sarritasuna adieraziz....

	Bai, egun guztietan	Bai, sarri askotan	Bai, noizean behin	Bai, baina gutxitan	Inoiz ere ez
a) Besteen tabakoaren kea arnasten al duzu?	1	2	3	4	5
b) Zure etxe-barruan erretzen al du inork (zuk)?	1	2	3	4	5
c) Zure lantoki edo ikastokian ba al dago (zu ere barne) erretzen duenik? Jubilatuek, langabeek... galderei erantzuteko kontuak eduki behar dute egunaren aldirik gehiena ematen duten lekua	1	2	3	4	5

58. Zure bizitzan zehar, erre al dituzu gutxienez 100 zigarro (5 pakete)?

Bai 1
Ez 2

—————> HURRENGO ORRIALDERA PASA (ALKOHOLARI DAGOKION ATALERA)

59. Egunero erretzen al duzu?

Bai 1
Ez 2

A ALDEA

B ALDEA

60. Zenbat urterekin hasi zinen egunero erretzen? (Idatzi urteak)

urterekin

61. Idatzi zenbatekoa gutxi gora behera

(Idatzi zenbatekoa)

Zenbat zigarro erretzen duzu egunean? zigarro

Zenbat puru erretzen duzu egunean? puru

Zenbat pipa erretzen duzu egunean? pipa

62. Iresten al duzu kea?

Bai 1
Ez 2

63. Joan den urtearekin konparatuz, gaur egun...

Seinalatu zirkulutxoaz galdera (a-d) bakoitzaren erantzuna

	Bai	Ez
a. Gehiago erretzen duzu	1	2
b. Gutxiago erretzen duzu	1	2
c. Marka gogorragoa erretzen duzu	1	2
d. Marka leunagoa erretzen duzu	1	2

64. Azken 12 hilabeteetan saiatu al zara erretzeari uzten?

Bai 1
Ez 2

65. Erretzeari uztea gustatuko litzaizuke?

Bai 1
Ez 2

66. Ondoko esaldien artean, zeinek deskribatzen du tabakoarekin duzun portaera?

Noizean behin baino ez dut erretzen 1
Lehen, noizean behin erretzen nuen 2
Lehen, egunero erretzen nuen 3

71 g.ra pasa,
hurrengo orrialdera

67. Zenbat denbora da erretzeari utzi zeniola?

Hiru hilabete baino gutxiago 1
Hirutik sei hilabetera 2
Sei hilabetetik urtebetera 3
Urtebetetik bi urtera 4
Bi urte baino gehiago 5

68. Zenbat urterekin hasi zinen egunero erretzen?

urterekin

69. Gutxi gora behera

Zenbat zigarro erretzen zenuen egunero? zig.

Zenbat puru erretzen zenuen egunero? puru

Zenbat pipa erretzen zenuen egunero? pipa

70. Iresten al zenuen kea?

Bai 1
Ez 2

ALCOHOLA

Hurrengo galderak alkoholaren kontsumoari buruzkoak dira
Egin zirkulutxo bat zure erantzunaren zenbakian eta jarraitu geziari, honek seinalatuko baitizu bete behar duzun galdesortaren atala.

71. Inoiz pentsatu al duzu gutxiago edan beharko zenukeela?

- Bai 1
- Ez 2

72. Molestatu al zaitu, zure edateko modua dela-eta jendearen kritikak izateak?

- Bai 1
- Ez 2

73. Txarto edo errudun sentitu al zara zure edateko modua dela eta?

- Bai 1
- Ez 2

74. Inoiz edan al duzu goizean goiz, nerbioak lasaitzeko edo biharamunekoa kentzeko?

- Bai 1
- Ez 2

75. Azken hamabi hilabeteetan, sarri kontsumitu dituzu alkoholdun edariak (ardoa, sagardoa, garagardoa, brandya...)?

1. Egunero

2. Astean 4-6 aldiz

3. Astean 2-3 aldiz

4. Astean behin



A ALDEA
76 GALDERA ETA HURRENGOAK

5. Hamabost egunetan behin

6. Hilean behin

7. Hilean behin baino gutxiagotan

8. Ez dut edan azken 12 hilabeteetan



B TALDEA
80 GALD. ETA HURRENGOAK

76. Alkoholdun edariren bat ustekabeen probatzea kontuan hartu barik, zenbat urterekin hasi zinen ohituraz edaten?

Adina idatzi

urterekin

LANEGUNEAN

77. Kontuan hartu jatorduetan edaten dena (gozari, hamaiketako, bazkari eta afarian) eta jatorduetatik kanpo edaten dena (txikiteo, ardo, aperitibo eta kopak). (Inkesta betetzen denean astelehena bada, idatzi azken ostegunean edandakoa)

Atzo ...

Idatzi zenbatekoa

- . Zenbat baso sagardo edan zenuen?

baso sagardo
- . Zenbat baso ardo edan zenuen (tabernako 2 txikito = baso 1)

baso ardo
- . Zenbat kana garagardo edan zenuen (2 labur edo zurito = kana 1)

kana garagardo
- . Zenbat kopa (anisa, whiskya, patxarana, brandya. . .) edan zenuen?

kopa
- . Zenbat konbinatu (kubak, gin-tonikak, gin-kasak. . .) edan zenuen?

konbinatu
- . Zenbat kalimotxo edan zenuen?

kalimotxo
- . Zenbat vermouthe, bitter, fino, edan zenuen? (2 marianito = verm. 1)

vermouth
- . Zenbat likor-txupito edan zenuen?

txupito

ASTEBURUAN

78. Kontuan hartu jatorduetan edaten dena (gozari, hamaiketako, bazkari eta afarian) eta jatorduetatik kanpo edaten dena (txikiteo, ardo, aperitibo eta kopak). (Idatzi ostiral, larunbat eta igandean edandakoa)

Eta joan den asteburuan

Zenbatekoa idatzi

	<u>OSTIRALEAN</u>	<u>LARUNBATEAN</u>	<u>IGANDEAN</u>
. Zenbat baso sagardo edan zenuen?			
. Zenbat baso ardo edan zenuen (tabernako 2 txikito = baso 1)			
. Zenbat kana garagardo edan zenuen (2 labur edo zurito = Kana 1)			
. Zenbat kopa (anisa, Whiskya, patxarana, brandya. . .) edan zenuen?			
. Zenbat konbinatu (cubak, gin-tonikak, gin-kasak. . .) edan zenuen?			
. Zenbat kalimotxo edan zenuen?			
. Zenbat vermouth, bitter, fino, edan zenuen? (2 marianito = verm. 1)			
. Zenbat likor-txupito edan zenuen?			

79. Azken 12 hilabeen arabera, zer esango zenuke:

Lehen baino gehiago edaten dut	1
Lehen baino gutxiago edaten dut	2
Azken 12 hilabeteetan nire kontsumoak ez du aldaketarik izan	3

INKESTA AMAITU DA
ESKERRIK ASKO ZURE LAGUNTZAGATIK

B ALDEA (A ALDEA ERANTZUN EZ DUTENENTZAT)

80. Esaldi hauen artean zeinek adierazten du hobeto bizitzan zehar izan duzun alkohol-kontsumoa?

Ez dut inoiz edan

1

Noizean behin edaten dut

2

Edateko ohitura izan dut, baina orain ez dut edaten, edo noizean behin baino ez.

3

INKESTA AMAITU DA

81. Zenbat urterekin hasi zinen ohituraz edaten?

urterekin

82. Zenbat urterekin utzi zenion edateari?

urterekin

83. Sarritan edaten al zenuen?

Hilean 1-4 bider

1

Astean 2-3 bider

2

Astean 4-6 bider

3

Egunero

4

84. Zenbat edaten zenuen une bakoitzean?

kontsumizio bat

1

2 edo 3 kontsumizio

2

4 edo 5 kontsumizio

3

6 edo 7 kontsumizio

4

7 kontsumizio baino gehiago

5

85. Zein edari klase edaten zenuen sarrien?

(aukeratu bat bakarrik, gehien kontsumitzen zenuena)

Ardoa

1

Garagardoa

2

Likorrak

3

Konbinatuak

4

Beste batzuk

5

Denetarikoak

6

86. Zein izan da arrazoirik handiena edateari uzteko?

Ez dut horren beharizanik, ez da inportantea niretzat

1

Ez zait gustatzen

2

Arrazoi medikoak edo osasun-arrazoiak

3

Arrazoi moral edo erlijiosoak

4

Larregi edaten nuen

5

Garestia zen niretzat

6

Nire familian norbaitek alkoholarekin problemak zituen

7

Beste batzuk (zehaztu)

8

INKESTA AMAITU DA

ESKERRIK ASKO ZURE LAGUNTZAGATIK