

TXOSTENA TXOSTENA

5

EMAKUMEAK

ETA OSASUNA

EUSKAL

AUTONOMI

ELKARTEAN



EMAKUNDE
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAGUNTZA
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Erakunde Autonomiaduna

Organismo Autónomo del

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

EMAKUMEAK

ETA OSASUNA

EUSKAL

AUTONOMI

ELKARTEAN

EMAKUNDE
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA

Vitoria-Gasteiz 1993

IZENBURUA:	"Emakumeak eta Osasuna Euskal Autonomi Elkartean"
EGILEA:	EMAKUNDE / Emakumearen Euskal Erakundea. Manuel Iradier, 36. 01005 Vitoria-Gasteiz
AHOLKULARITZA TEKNIKOA:	Rosa M. ^a Rico Iturrioz
ALE ZENBAKIA:	2.000
DESKRIBATZAILEAK:	Osasuna, heriokortasuna, laneko osasuna, ugalketa arloko osasuna, famili zainketak, datu estatistikoak
TAJUERA GRAFIKOA:	Ana Badiola eta Isabel Madinabeitia
FOTOKONPOSATZAILEA:	RALI, S.A. Particular de Costa, 12-14. 48010 Bilbo
INPRIMATZAILEA:	Gráficas Santamaría, S. A. Bekolarra, 4. 01010 Vitoria-Gasteiz
ISBN:	84-87595-24-3
LEGE GORDAILUA:	VI-738/93

AURKIBIDEA

	Orr.
AURKEZPENA	13
SARRERA	17
ERABILITAKO ITURRIAK ETA METODOLOGIA	21
1. HERIOKORTASUNA	27
1.1. Sarrera	29
1.2. Heriokortasunaren bilakaera, mende honetan	31
1.3. Heriokortasuna adinaren eta sexuaren arabera	33
1.4. Heriotz eragileak	35
1.4.1. Eragile nagusiak	35
1.4.2. Bestelako eragileak	38
2. ERIKORTASUNA	43
2.1. Sarrera	45
2.2. Pairamen fisiko eta psikikoak	47
2.2.1. Sarrera	47
2.2.2. Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak	48
2.2.3. Kokapen zehatzik gabeko pairamen fisikoak	50
2.2.4. Pairamen psikikoak	53
2.2.5. Joera patogenoen modalitateak	57
3. OSASUN ZAINKETAK	61
3.1. Sarrera	63
3.2. Aurrezaintza neurriak	63
3.3. Kontsulta medikoak eta medizinen kontsumoa	65
4. BIZITZEKO OHITURAK	69
4.1. Sarrera	71
4.2. E.A.E.ko populazioaren elikadura	71
4.3. Ariketa fisikoa	73
4.4. Tabakoaren kontsumoa	75
4.5. Alkoholen kontsumoa	77
4.6. Drogen kontsumoa	79

5. UGALKETA ARLOKO OSASUNA	81
5.1. Sarrera	83
5.2. Antisorgailuen ezagupena eta erabilera	84
5.2.1. Antisorgailuen ezagupena	84
5.2.2. Antisorkuntza metodoen erabilera	87
5.3. Abortoa antisorkuntza metodotzat hartzea	92
5.4. Laguntza haurdunaldian eta erditzean	93
5.4.1. Haurdunaldiko zainketak	93
5.4.2. Haurren zainketak	98
5.5. Abortoa	99
5.6. Menopausia	101
6. LANEKO OSASUNA	109
6.1. Sarrera	111
6.2. Laneko istripu tasa	112
6.3. Faktore argigarriak	115
7. OSASUNA HIRUGARREN ADINEAN	117
7.1. Sarrera	119
7.2. Hirugarren adinekoen alditxarrak	120
7.3. Ezgaitasunak eta laguntzak	122
8. EMAKUMEEN OSASUN EGINKIZUNA ETXEKO ESPARRUAN	125
8.1. Sarrera	127
8.2. Elkarrekikotasun eskaria	127
8.3. Etxeko osasun zereginen banaketa	128
8.4. Emakumeen osasun eginkizunaren betirautea etxeko esparruan	129
9. ONDORIOAK	131
9.1. Testuinguru historikoa	133
9.2. Ondorio orokorrak	133

TAULEN AURKIBIDEA

	Orr.
1. HERIOKORTASUNA	27
1.1. Heriokortasun arrisku erlatiboak, emakume eta gizonezkoetan berezita, 30 urtetik 69ra: Askotariko azterketa logistikoa. Alameda County, C.A., 1965-74	31
1.2. Bizi itxaropena jaiotzetik, herri garatuetan, sexuaren arabera, 1985ean	32
1.3. Bizi itxaropena jaiotzean, E.A.E.n eta Espainian, 1960-88 urtean	32
1.4. Heriokortasun tasa berariazkoen bilakaera, adin eta sexu multzoen arabera	34
1.5. Heriotz eragileak E.A.E.n 1988an, sexuaren arabera	35
1.6. Heriotz eragileak E.A.E.n, 45 urtetik aurrerakoetan, 1988an, adinaren eta sexuaren arabera	36
1.7. E.A.E.n, zirkulazio aparatuko eritasunarekin edo tumoreekin zerikusirik ez duten heriotz eragileak, sexuaren arabera, 1988an	38
2. ERIKORTASUNA	43
2.1. Osasun arazoen hedadura E.A.E.n, 1985-86an	45
2.2. Eritetxeratzeak E.A.E.n 1987an osasun arazoaren eta sexuaren arabera	46
2.3. Osasun arazoengatik egin ez daitezkeen iharduerak, E.A.E.n, 1989an	46
2.4. Osasun arazoen gailentasuna E.A.E.n, 1985-86an	47
2.5. Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak	48
2.6. Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, adinaren arabera	48
2.7. Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, lanbidearen arabera	49
2.8. Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, bizilekuaren arabera	49
2.9. Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, statusaren arabera	50
2.10. Kokapen zehatzik gabeko pairamen fisikoak	50
2.11. Kokapen zehatzik gabeko pairamen fisikoak, adinaren arabera	51
2.12. Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, lanbidearen arabera	51
2.13. Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, etxeko lanetan izaten den atseginaren arabera	52
2.14. Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, seme-alaba kopuruaren arabera	52
2.15. Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, bizilekuaren arabera	53
2.16. Kokapen zehatzik gabeko pairamen fisikoak, statusaren arabera	53
2.17. Pairamen psikikoak	54
2.18. Pairamen psikikoak, lanbidearen arabera	54
2.19. Pairamen psikikoak, egiten diren etxeko lanen arabera	55
2.20. Pairamen psikikoak, etxeko lanetan izaten den atseginaren arabera	55

2.21.	Pairamen psikikoak, adinaren arabera	56
2.22.	Pairamen psikikoak, adinaren eta statusaren arabera	56
2.23.	Pairamen psikikoak, bizileku motaren arabera	57
2.24.(a)	Barreiatzea (I. faktorea: bazterreko pairamen positiboak)	58
2.24.(b)	Mugatzea (I. faktorea: bazterreko pairamen negatiboak)	58
2.25.	Emakumezko taldeen eta I. faktorearen arteko erlazioa	59
2.26.(a)	Somatizazioa (II. faktorea: bazterreko pairamen positiboak)	59
2.26.(b)	Depresioa (II. faktorea: bazterreko pairamen negatiboak)	59
2.27.	Emakumezko taldeen eta II. faktorearen arteko erlazioa	60
3.	OSASUN ZAINKETAK	61
3.1.	Osasun kontrolen praktika, sexuaren arabera	63
3.2.	Ohizko alditzarrengatik medikura joatea, sexuaren arabera	65
3.3.	Ohizko alditzarrengatik medikura ez joatearen arrazoiak, sexuaren arabera	66
3.4.	Azken egunetako medizina kontsumoa, sexuaren arabera, 1985-86an	66
4.	BIZITZEKO OHITURAK	69
4.1.	E.A.E.ko populazioan eguneroko ihardueran burutzen den aktibitate fisikoa, 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera	73
4.2.	E.A.E.ko populazioan astialdietan burutzen den aktibitate fisikoa, 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera	74
4.3.	Ariketa fisikoaren maiztasuna	74
4.4.	Tabakoaren kontsumoa E.A.E.ko biztanleen artean, 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera	75
4.5.	Tabakoa kontsumitzeko moduak E.A.E.ko erretzaileen artean, 1985-86an	76
4.6.	Tabakoa kontsumitzeko moduak E.A.E.ko erretzaile gazteen artean, 1985-86an	76
4.7.	Tabako kontsumoaren bilakaera E.A.E.ko gazteen artean, sexuaren arabera	77
4.8.	Alkoholaren kontsumoa E.A.E.ko biztanleen artean, 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera	77
4.9.	Alkohola kontsumitzeko moduak E.A.E.ko edaleen artean, 1985-86an	78
4.10.	Alkohola kontsumitzeko moduak E.A.E.ko edale gazteen artean, 1985-86an	79
4.11.	Alkohol kontsumoaren bilakaera E.A.E.ko gazteen artean, sexuaren arabera	79
4.12.	Droga kontsumoaren bilakaera E.A.E.ko gazteen artean, sexuaren arabera	80
5.	UGALKETA ARLOKO OSASUNA	81
5.1.	Antisorkuntza metodoen ezagupena	85
5.2.	Antisorkuntza metodoen ezagupena, adinaren arabera	85
5.3.	Antisorkuntza metodoen ezagupen maila	86
5.4.	Antisorgailuak inoiz erabili dituztenak, adinaren arabera	88
5.5.	Antisorgailu erabilienak, adinaren arabera	89
5.6.	Gaur egun erabiltzen diren antisorkuntza metodoak, adinaren arabera	90
5.7.	Hiru motatako antisorgailuei buruz erabiltzaile gisa egindako balorazioa	91
5.8.	Abortoa antisorkuntza metodo gisa	92
5.9.	Erditzeko prestaketa saioetara joandako emakumeen proportzioa	95
5.10.	Haurra izateko hautatzen den zentroa, adinaren arabera	95
5.11.	Haurra izateko hautatzen den zentroa, statusaren arabera	96

5.12.	Atsegin izango lukeen erditze mota, adinaren arabera	97
5.13.	Atsegin izango lukeen erditze mota, statusaren arabera	97
5.14.	Lagunik hobetsiena erditzeko unean	97
5.15.	Haurra zaintzen jakitearen balorazioa, adinaren arabera	98
5.16.	Erditzeari buruzko argibideak eman zituen informatzaileaz, adinaren arabera	98
5.17.	Erditzeari buruzko argibideak eman zituen informatzailea, statusaren arabera	99
5.18.	Menopausiari buruzko eritzia, adinaren arabera	102
5.19.	Menopausiari buruzko eritzia, ikasketen mailaren arabera	102
5.20.	Menopausiari buruzko eritzia, lanbidearen arabera	102
5.21.	Menopausiari buruzko eritzia, statusaren arabera	103
5.22.	Menopausiaren sintomei buruz zer dakiten	103
5.23.	Menopausiaren ondorioak, adinaren arabera	104
5.24.	Menopausiari aurre egiteko ikasitakoaren balorazioa, adinaren arabera	104
5.25.	Menopausiari aurre egiteko ikasitakoaren balorazioa, aldi hori igaro dutenen eta ez dutenen arabera	105
5.26.	Menopausiari aurre egiteko ikasitakoa, igaro ez dutenen artean, ikasketen arabera	105
5.27.	Menopausiari aurre egiteko ikasitakoa, igaro ez dutenen artean, statusaren arabera	105
6.	LANEKO OSASUNA	109
6.1.(a)	Laneko istripu tasa, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an	113
6.1.(b)	Zauriaren gradua, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an	113
6.1.(c)	Istripu mota, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an	114
6.1.(d)	Gorputzaren zein atal zauritu den, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an	114
7.	OSASUNA HIRUGARREN ADINEAN	117
7.1.	Bizi itxaropena E.A.E.n, 65 urtetan	119
7.2.	Osasun arazoak E.A.E.n, 1985-86an	121
7.3.	Adinekoen pairamenak, sexuaren arabera	121
7.4.	Pairamen psikikoak, astialdietako laguntasunaren arabera	122
7.5.	Ezgaitasunaren adierazleak, sexuaren arabera, 1985-86an	123
7.6.	Osasuneko alditzarrek sortutako ondoezak gainditzeko modurik ohizkoenak	123
7.7.	Adinekoen erakunderatze tasak E.A.E.ko erresidentzietan sexuaren eta egoera zibilaren arabera, 1985ean	123
8.	EMAKUMEEN OSASUN EGINKIZUNA ETXEKO ESPARRUAN	125
8.1.	Norengana joko lukeen osasun arazo larria izango balu	127
8.2.	Etxekeko osasun arazo arrunten arduradun nagusia	128
8.3.	Azken 15 egunotan medikura joan dira familiako batek osasun arazoak izan dituelako	129
8.4.	Etxekeko osasun arazo arrunten arduradun nagusia, adinaren arabera	130
8.5.	Norberaren eta inguruko osasun arazoez arduratzeko lortutako ezagupenen balorazioa	130

GRAFIKOEN AURKIBIDEA

	Orr.
1. Mende honetako heriokortasun tasa: E.A.E. eta Espainia, 1900-1988	29
2. Heriokortasuna baldintzatzen duten faktoreak eta gastuen banaketa osasun arloan	30
3. Gizon/emakumeen heriokortasun ratioa, 1988an	33
4. Tumoreek eragindako heriotzen portzentaiaren bilakaera	36
5. Zirkulazio aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna, adinaren arabera, 1988an	37
6. Tumoreen ondoriozko heriokortasuna, adinaren arabera, 1988an	37
7. Arnas aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna 1988an, adinaren arabera	39
8. Liseriketa aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna 1988an, adinaren arabera	39
9. Kanpoko heriotz eragileak 1988an, adinaren arabera	40
10. Hezur-giharre aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna 1988an, adinaren arabera	41
11. E.A.E.ko elikapen eredua, sexuaren arabera	72
12. 65 urtez gorako populazioaren zenbaketa, E.A.E.an	120



AURKEZPENA

Pertsonen osasuna oinarrizko ondasuna da egungo gizartearen balore-eskalaren barruan eta Konstituzioak aitortzen du osasuna babesteko eskubidea. Bizi den eta lan egiten den gizarte-motarekin, ekonomia- eta kultura-baldintzekin eta gizarte-egituraren betetzen den tokia-rekin oso lotua dago osasunaren egoera.

Emakumeak tradizioz familiako osasunaren hezitzaile eta zaintzaile izan direnez eta, horrez gain, naturak ugalketa bere gain ezarri duenez, emakumeek osatzen dute osasun-sistemarekin harremanik estuena duen biztanle-arloa; baina, hala ere, emakumearen beharrak ez dira oso eza-gunak izaten eta, beraz, arreta gutxi eskaintzen zaie. Gainera, emakumeak lan-munduan gero eta gehiago sartzea aldaketa nabarmenak eragiten ari da gizarteko eta familiako roletan, eta guzti horrek emakumearen osasunaren ezaugarriak aztertzeke eta zehazteke beharra dakar, ikuspuntu berriak eta ikerbide berriak bultzatuz, eta bai ikerketan eta osasun-ihardueran oraindik ere badiren sexu bereizkeriak alde batera utziz ere.

Emakumeentzako 1991-1994 Ekintza Positiborako Planean jasota dagoenez, Emakundek osasuna osotasunean kontuan hartzea bultzatzen du. Osasun-ihardueren jarraibideak jarri behar dira eta osasun-egituraren heziketak koherentea izan behar du, lehen mailako arreta, osasunerako erreforma eta aurrea hartzeko ekintzak bultzatuz eta sendabide hutsezko eredua gaindituz.

Osasuna osotasunean hartu ahal izateko osasunaren osagai bakoitza aztertu behar da; emakumearen kasu berezian bizikera, ugalketarekin zerikusia duten alderdiak, lan-osasuna, buru-osasuna, hirugarren adina eta abar hartu behar dira kontuan, osasun-arloan duten benetako egoera ezagutu ahal izateko eta sexu-bereizkeriak kenduko dituzten politika eraginkorrak ezarri ahal izateko.

Hori da azterketa honen azken helburua. Gure autonomia-elkarteko emakumeen osasunaren hainbat alderdi aztertzeke hurbilketa izanik, emakumeek osasun-sistemarekin duten harremana eta emakumearen osasunak dituen baldintzagarriak eta behar bereziak sakonduko dituzten ikuspuntu berriak dakartza, gerorako azterketak bideratu ahal izateko.



Txaro Arteaga Ansa
EMAKUNDE / Emakumearen
Euskal Erakundeko Zuzendaria

S

SARRERA

Euskal Autonomi Elkarteko (hemendik aurrera E.A.E. deituko diogu) emakumeen osasunari buruz IKEIk Emakunde Erakundearentzat prestatu duen txostenak, emakumeek osasunarekin eta eritasunarekin duten berariazko erlazioa azaltzeaz gainera, laguntzan eta aurrezaintzan izandako bideari heltzen dio. Halaber egoki eritzi zaio munta handiko gaia den arren frangotan aintzartat hartzen ez den errealitatea txosten honetan azaltzeari: etxe barruan izaten diren hainbat osasun gorabeheratan emakumeek betetzen duten eginkizuna.

Era berean lan honetan osasuna kontrolatzeko pautak aztertuko dira hiru motatan sailka daitezkeelarik: batetik eskuhartze behinena bakarkakoa izan ohi deneko praktikak (tentsioa kontrolatzea, pisua, ohitura osasungarriak edo kaltegarriak bizitzan, e.a.), bestetik osasun sistemak parte hartzen duteneko praktikak eta azkenik osasun sistematik kanpoko pertsonak esku hartzen dutenekoak.

Bizikondizioak itxuratzen dituzten osagaien artean osasuna da definitzeko zailenetakoa. Osasunaren eta eritasunaren artean ez dago muga zehatzik jartzerik. Begibistakoa da gaisotasun larriak, aldaketa somatiko nabariak edo heriotza dakartzatenak, ez datozela bat osasunez ongi egotearekin. Eritetxeratzeari eta heriotzei buruzko informazioak, beraz, lehenbiziko hurbiltze bat ematen digu joera patogenoen gainean. Hala eta guztiz ere, gizarteek aurrera egiten duten heinean, ikuspegi horretatik alboratu uzten da gero eta garrantzi handiago hartzen ari den errealitatea: heriotza ez dakarten arren eguneroko bizitza oztopatu behintzat oztopatzen duten eritasunak eta pairamenak. Halako neurriz baldintzatzen duten non askotan garrantzi handieneko gune bihurtzen baitira, inguruko beste ekintza guztiak mendeko dituztelarik.

Emakumeen osasunari dagokionean, eguneroko bizitza baldintzatzen duten eritasunaldi horien garrantzia are handiagoa da. Alde batetik, estatistikoki frogatzen ahal den joera da mendebaldeko egungo gizarteetan emakumeen eta gizonen arteko ezberdintasunik nagusiena, osasunaren nondik norakoei dagokienean, emakumeek gizonek baino eritasun larri gutxiago izaten dituztela; joera hori da, baina aldi berean emakumeek gaisotasun arinak usuago nozitzen dituzte, ohizko eginbeharrak uzteko adinakoak ez badira ere, oztopatu behinik behin egiten dutenak. Gure gizartean emakumeen eginkizuna etxeko mugetara murriztua egon da, mundu pribatura, eta horregatik interesgarria da zeintzu diren egungo baldintzak jakitea, lan merkatura sartzeak aldaketa ikaragarria baitakarkio bere eginkizun soziala tajutzen ari den une honetan.

Hori dela eta, erikortasunaren gaiari heltzean ikuspegi zabal bat aukeratu dugu, pairamen ohizkoenak azaltzeko asmoz, horiek ez direlako behar bezain kontutan hartzen.

Emakumezkoen osasunari buruz, gaur egun dugun abiapuntuko informazioa ez da nahi bezain osoa. Txosten honetarako burutu den inkestak hein batean bederen, gabezia hori nola ere bait betetzeko balio izan du. Izan ere, egiten ari diren beste ikerketa partzialak, haiek eman dezaketen informazio eta gutzi, ez daude oraindik eskura. Inkesta honetaz gain, zenbait bilera ere egin da, taldeka, eta informazio osagarria eta kualitatiboa eman digute.

Bigarren mailako iturri hauek erabili ditugu:

- EUSTAT eta INE: Populazioaren berezko mugimendua (Urtekoa).
- Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila: Euskal Autonomi Elkarteko Osasunaren Inkesta. 1987.
- INE: Ospitaleetako eritasunari buruzko inkesta (Urtekoa).
- EUSTAT: Bizikondizioei buruzko inkesta. 1989.

— Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila: Elikadurari buruzko inkesta. 1990.

— Eusko Jaurlaritzako Kultura eta Turismo Saila: Euskal Gazteak. 1990.

— Eusko Jaurlaritzako Lan eta Gizarte Segurantzak Saila: Laneko istripuen errolda. (Urtekoa).

Amaierako dokumentua 8 kapitulutan egituratu da eta horietako bakoitzak edukin hauek jasotzen ditu:

1. Heriokortasuna

Heriokortasunaren bilakaera, heriokortasunaren ezberdintasunak sexuaren arabera, eta heriotz eragileak.

2. Erikortasuna

Erikortasunaren ezberdintasun orokorrak sexuaren arabera. Toki jakin batean kokatzen diren paimenen eragina, zehaztu gabeko tokitan kokatzen direnak eta paimen psikikoak. Joera patogenoen tajuera.

3. Osasunaren zainketak

Aurrezaintza neurriak, sendagilearen kontsultak eta medizinen kontsumoa.

4. Bizierak

Ohitura osasuntsuak eta ohitura kaltegarriak.

5. Ugalketa arloko osasuna

Antisorgailuak, haurdunaldia eta haurren osasuna eta menopausia.

6. Laneko osasuna

Laneko arriskuak eta istripu tasak.

7. Adineko emakumeen osasuna

Demografiaren joerak. Hirugarren adinekoen alditxarrak, ezgaitasunak eta laguntza beharrak.

8. Emakumeen osasun eginkizunak etxeko esparruan

Elkarrekikotasun eskarien eta etxeko osasun eginbeharren banaketaren arteko kontrajarpena. Emakumeek etxeko esparruan betetzen duten osasun eginkizunaren betierekotasunaren frogak.

Osasunari buruzko ikerketa batean bi motatako ikuspegiak daude ¹. Bata epidemiologikoa, arazoak biztanleen artean nola banatzen diren aztertu eta faktore eragileak analizatzen dituena. Bestea, gizarte zientzietan oinarritua, honek kausalitatearen erlazioa ez du aintzat hartzen, baizik eta ingurunea deskribatu eta haren ezaugarrien arteko erlazioak aztertzen ditu. Horretarako aldagai ezberdinak erabiltzen dira, gizarte arlokoak, kulturalak edo demografikoak. Txosten honetarako, helburutzat hartu zena betetzeko asmoz, funtsean bigarren ikuspegi hau hautatu da, baina eskura dauden ikerketa epidemiologiko ezberdinek eman dezaketen informazioa gutxietsi gabe.

Hurrengo ikerketetan sakonago aztertu beharreko alderdiak gelditzen diren arren, bildu diren materialak abiapuntu dira gai horren egungo egoeraren agerpen enpirikoan oinarritutako erreflexio bati ekiteko.

¹ Pineault, M.D. "Osasun plangintza". Masson, Arg. 6-7 orr.

E

**ERABILITAKO ITURRIAK
ETA METODOLOGIA**

Azterlan honen xede, proposamenaren zehaztapenekin bat etorri, Euskal Autonomi Elkarteko emakume eta gizonak, 15 urtetik 70era bitartekoak izan dira.

Inkesta egin zen 1991ko urtarrilaren 21etik martxoaren 1a arte.

Elkarrizketatu diren pertsonak, guztira 1.729 izan dira, horietako 1.314 emakumeak eta 415 gizonak. Ausazko erakuskaria eta aldianitzekoa EUSTATEko zentsu ataletako tipologiatik abiatuta atera zen. Aurrena, tipologia bakoitzaren barruan, inkesta egin behar zeneko zentsu atalak aukeratu ziren, ataletako populazioaren tamainari zehazki egokitutako erizpideei jarraikiz.

Bigarrenez, aukeratutako zentsu atal bakoitzaren barruan inkestari erantzungo zion pertsona hautatu zen. Hautaketa hori ausaz egin zuen EUSTATEk, atal bakoitzari zegozkion emakumeen eta gizonen kopurua zehaztu ondoren. Gainera, pertsona titular bakoitzeko bi ordezeko atera ziren. Erakuskaria aukeratu ondoren pertsona bakoitzari aurkezpen eta harremani ekiteko gutun bana bidali zitzaion. Auzo eratu berriak 1986ko Erroldan sartzen ez direnez (EUSTAT iturri horretan oinarritu baitzen), erakuskaria osatzeko hiru euskal hiruburuetakoa auzo berrietan 6 bidatza ausazko egin ziren.

Hautapen prozedura aleatorioa zenez gero aurrez pentsa zitekeen erakuskari titularren banaketak, "adina" aldagaiaren arabera, populazioaren distribuzioa islatuko zuela. "Adina" aldagaia kontrolatzeak, burutzen ari zen neurrian, ikusteko bide eman zuen hala ere, ordezekoak titularren lekuan agertu ahala aldagai hori zehiartuz joan zela.

Lerratze horren arrazoia da 1986ko Erroldan agertzen den helbide bereberean gelditzeko parada ez dela biztanle guztientzat berdina: gazteek helduek baino errazago aldatzen dira etxez, mugikorrak egonkorrak baino errazago. Beraz, titularrak gehienbat gazteak ziren, mugikorrak, eta erreserbakoak, haien ordezekoak alegia, zaharragoak eta egonkorragoak, helbidean estabilitatea eta iraupen luzeagoa zutenez gero. Kontrola egin zen arren, adinaren eta lanbidearen araberako azken emaitzetan lerratze arin batzuk agertzen ziren, neurri jartzaileak erabiltzera behartu dutenak.

Erakuskariaren azken banaketa, lurralde historikoaren eta sexuaren araberakoa A.1. taulan azaltzen da.

A.1. TAULA Erakuskariaren banaketa

LURRALDE HISTORIKOA	EMAKUMEAK	GIZONAK	GUZTIRA
Araba	182	58	240
Bizkaia	726	225	951
Gipuzkoa	406	132	538
GUZTIRA	1.314	415	1.729

Lurralde historiko bakoitzeko erakuskari puntuak, eta haietan eginiko inkestak hauexek izan dira:

Araba: Gasteiz (184), Audio (20), Agurain (16), Bernedo (4), Lantaron (8) eta Oion (8).

Bizkaia: Abanto eta Zierbena (16), Zornotza (16), Barakaldo (105), Basauri (40), Bermeo (16), Bilbo (316), Derio (4), Durango (16), Elorrio (24), Erandio (18), Ermua (24), Gernika (28), Gertxo (35), Guenes (16), Leioa (33), Mendexa (9), Mungia (15), Muxika (13), Otxandio (84), Ortuella (16), Portugalete (78), Santurtzi (16), Sestao (41), Sopela (12), Trapagaran (16), Zalla (20).

Gipuzkoa: Amezketa (8), Andoain (27), Aretxabaleta (12), Arrasate (47), Azkoitia (28), Beasain (16), Donostia (184), Eibar (32), Elgoibar (16), Hernani (16), Hondarribia (8), Ibarra (16), Irun (50), Lasarte (25), Pasaia (8), Erreterria (17), Zestoa (28).

% 95 konfidantza maila eta $P=Q$ baterako orotariko datuetarako hutsegite tarteak emakumeen taldean % 2,8koa da eta gizonezkoetan % 4,9koa.

Inkestaren oinarri galdesorta bat izan da galdera itxitan egituratua.

Emaitzen ustiapenerako kontroleko sei aldagai hartu dira. Aldagaiak eta beren definizioak hauek dira:

- ADINA

Emakumeen kasuan zehazki 5 multzo hauek bereizten dira: 15-24; 25-44; 45-54; 55-64 eta 65-70 urte bitartekoak. Gizonen kasuan aztertutako multzoak hauek dira: 15-24; 25-44; 45-64 eta 65-70 urte bitartekoak.

- IKASKETA MAILA

Hiru ikasketa maila ezarri dira, lortutako maila gorenari dagozkionak: a) lehen maila, behialako lehen mailako eta egungo OHOk ikasketak burutu dituzten pertsonak biltzen dituen; b) ertaina, lanbide heziketa (LH), goi mailako batxilergoa eta oraingo BBB/UBIko ikasketak hartzen dituen; eta c) goi maila, bertan sartzen direlarik unibertsitateko ikasketa ertainak (maisutza, erizaintza, merkataritza irakaslea, teknikari ertainak, etab.) eta goi mailakoak (unibertsitateko fakultateak eta goi mailako eskola teknikoak).

- LANA

Hiru talde hartu dira kontutan: a) lan ordaindua dutenak, bertan sartzen dira berek aitortu duten bezala enplegatu edo autoenplegatu direnak eta lan baimena edo famili laguntza ematen dihardutenak, eta gainera iharduera marginalak burutzen dituztenak egunean 15 ordu baino gehiago emanaz; b) etxekoandre eta jubilatuak; eta c) gainerakoak, hots, langabezian daudenak, ikasleak edo soldadutza daudenak.

- BIZILEKUA

Lau bizileku hartzen dira kontutan bere espazioaren espezializazio funtzionalaren arabera: egoitz hiria, hiritar eta industrialak, industri gunea eta baserria.

Lehenengo bizilekutzat hartzen dira hiru hiriburuak eta gainera beren eginkizuna gehienbat egoitza izatea duten biziguneak: Gasteiz, Donostia, Hondarribia, Bilbo, Getxo eta Sopela.

Bizileku hiritar eta industrialak dira ekonomi eta egoitz egitura autozentratua duten herriak: Agurain, Andoain, Aretxabaleta, Arrasate, Azkoitia, Beasain, Eibar, Elgoibar, Ibarra, Irun, Zornotza, Bermeo, Durango, Elorrio, Ermua, Gernika, Guenes, Mungia eta Zalla.

Industri gunetara sar daitezke beren eginkizuna funtsean industria izanik bertako populazioa batik bat sektore horretan ari diren hiriguneak: Audio, Hernani, Lasarte, Pasaia, Errenteria, Abanto eta Zierbena, Barakaldo, Basauri, Derio, Erandio, Leioa, Ortuella, Portugalete, Santurtzi, Sestao, Trapagaran.

Nekazari eremuak dira aktibitate nagusia nekazaritza dutenak eta etxeak sakabanatuta: Berne-
do, Lantaron, Oion, Amezketza, Zestoa, Mendexa, Muxika eta Otxandio.

- EGOERA SOZIOEKONOMIKOA

Aldagai hau lau multzo nagusitan dago berezia etxean den ondasun eta ekipamendu kopuruaren arabera: beheko maila, ertain-behekoa, ertain-goikoa eta goikoa. Lau multzo hauek eratze-ko prozesuak bi aldi izan ditu: Lehenengoan hauteman zen zehaztasun osoz, jabetzapeko ondasun kopuruaren maiztasunen banaketaren arabera hiru egoera maila bereizi zitezkeela: behekoa, ertaina eta goikoa. Hiru maila horiek dirusarrerara osoarekin dituzten lotura handiak aipatu segmentazioaren balioa berretsi zuen.

Haatik, erdiko mailak kasu ugari biltzen zituen eta horren ahalmen bereizlea eta adierazlea nahikoa murrizta zen. Horren kariaz, bigarren fase gisa, egoki juzkatu zen erdiko kategoria bi multzotan banatzea, eta horretarako anitz aldaeradun analisi franko egin zen (egokitasun anitzak eta atzerantzko analisiak), ondasunen jabetza statusari datxezkion beste aldagai batzuekin lotuz: ikasketa maila, dirusarrerak, lanbide egoera eta lana. Azkenik erdiko multzoaren bereizketa egin zen bi azpimultzo sortuz, ertain-behekoa eta ertain-goikoa.

- ETXEKO LANAK

Aldagai honek inkestaren gai izan den populazioa bi puskatan banatzen du, etxeko lan guztiak/guztiak ez egiten diren ala ez abiapuntutzat hartuta.

Lehen ere aipatu den bezala, erakuskari hartan titularrak erreserben partez ordezkatzeko "adina" eta "lana" aldagaiak lerrarazten zituen. Erakusgaiaren lerradura zehazteko aipatu aldagai horien distribuzioa kontrajarri da sexuaren arabera eta erreferentzi puntu gisa Biztaleek egiten duten Aktibitateari buruzko inkesta hartu zen, 1991ko lehen hiruhilabetekoari dagokiona. A.2 taulak adin eta sexu multzo bakoitzarentzat erabilitako altxatzaileak biltzen ditu, lanbidearen arabera.

A.2. TAULA Altxatzaileak

	EMAKUMEAK		GIZONAK	
	Lana dutenak	Lanik gabeak	Lana dutenak	Lanik gabeak
15	1	1,2121	0	0,5708
16-19	0,3783	0,9680	0,7856	0,6270
20-24	0,7490	1,0609	0,9245	1,1204
25-29	1,0924	1,5226	0,8691	1,1461
30-34	1,0036	1,1761	0,9883	1,2127
35-39	1,1710	1,2079	1,0053	0
40-44	0,9904	0,8808	1,1779	2,7123
45-49	1,2807	0,9451	1,6854	0,8822
50-54	1,3110	0,8133	1,1921	4,6690
55-59	1,1535	0,8589	0,8191	2,2101
60-64	1,6462	0,8795	1,6065	0,9610
65-69	0,6512	1,2168	0,9544	1,0659
70	0	0,5282	0	0,2493

1

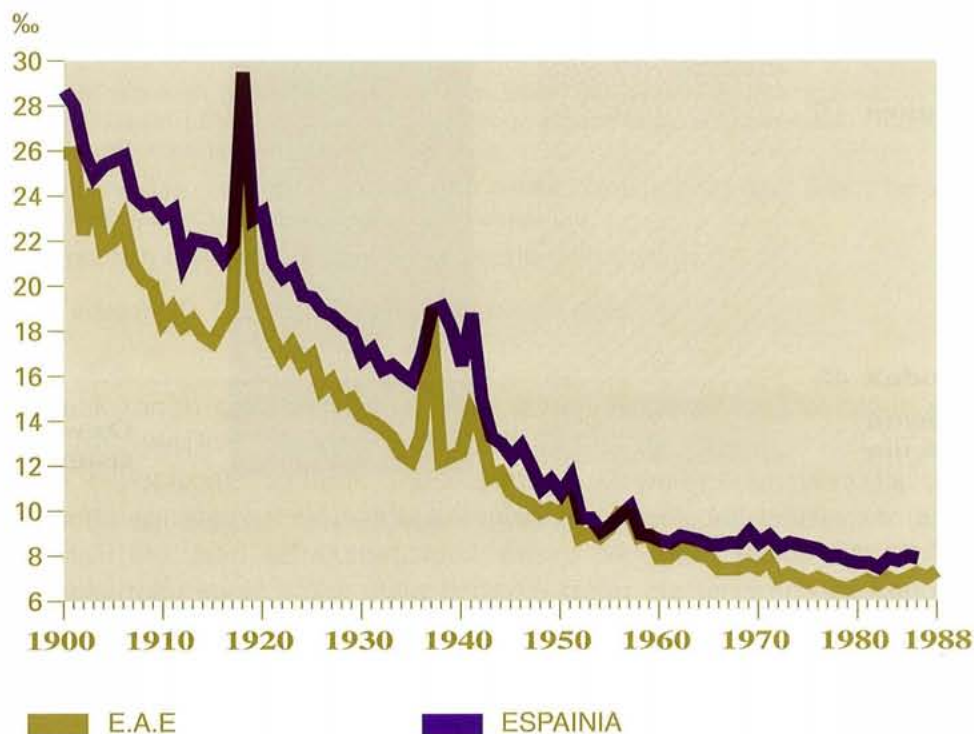
HERIOKORTASUNA

1.1

SARRERA

Mende honetan zehar, heriokortasun tasa beherantz joan da etengabe mendebaldeko herrialdeetan.

1. GRAFIKOA Mende honetako heriokortasun tasa: E.A.E. eta Espainia, 1900-1988

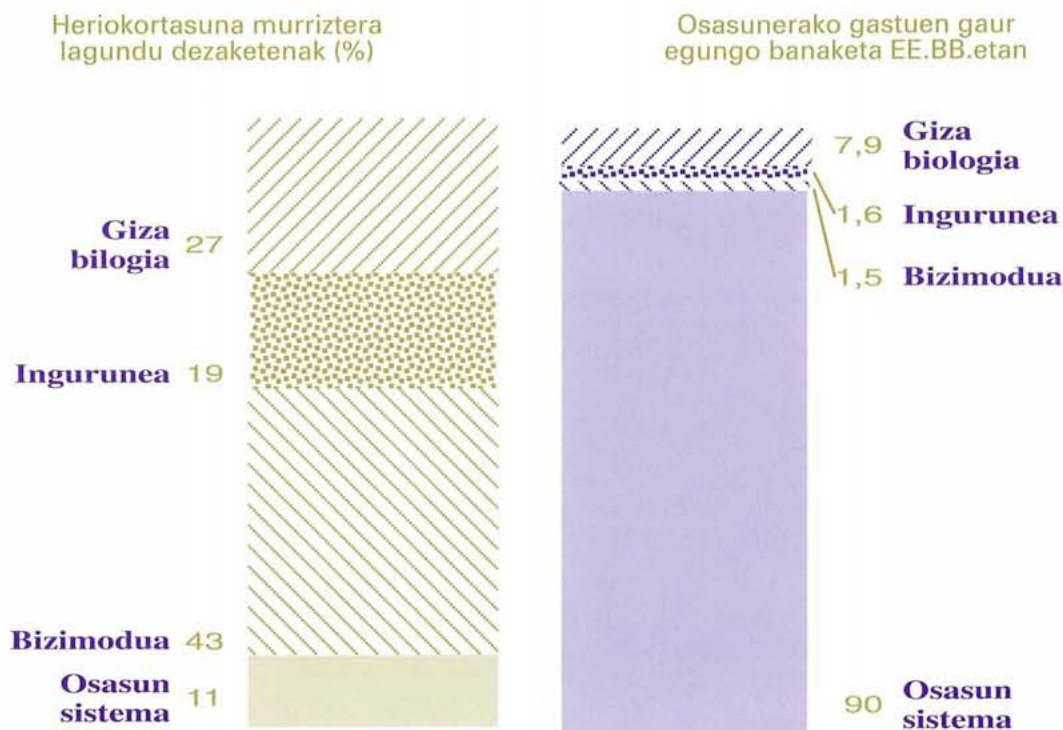


Iturria: INE eta EUSTAT.

Prozesu horretan erabateko eragina izan dute bizimodu aldaketek, dieta kalitatea edo higie-ne ohiturak hobetzeak, barneko beste faktore batzuek eta baita ingurunean berean izan diren al-daketek ere. Era berean, medikuntza eta farmazia arloko aurrerapenen garrantzia ere aitortu beharrekoa da. Alabaina, adierazi beharra dago herri garatuenetan heriokortasuna jaisteko osa-sun sistemaren ekarpena, beste faktoreekin alderatuta aski marginala dela.

Hori hala bada ere, herri garatueta osasunerako gastua ia osorik osasun sistemara bideratzen da (ikus 2. grafikoa). Gastuaren banaketa horrek, dudarik gabe, erreflexio gai izan behar du.

2. GRAFIKOA Heriokortasuna baldintzatzen duten faktoreak eta gastuen banaketa osasun arloan



Iturria: Dever, G.E.A. "An Epidemiological Model For Health Policy Analysis". Soc. Ind. Res. 1976. 2. alea, 465 orr, Pineault, M-ren aipatu lanetik jasoa.

Kapitulu honetan aztertzen da heriokortasunaren murrizte prozesuak E.A.E.n izan duen eragina eta horren ondorioak emakume eta gizonengan. Aldi berean agerian jartzen da heriotzen sorburu zuzenek zer eragin ezberdina duten gizon eta emakumeengan.

Bizitzako ohiturei eta egitura biologikoei dagokienez anitz eztabaidatu da zergatik duten gizonengan emakumeengan baino heriotz gehiago sortzen. Ikerlari askok azpimarratu dute gizonetzkoek emakumeek baino tinkoago eusten dietela bizitzaren ohitura eta moduei, hala nola tabakoa eta alkohola haiek baino gehiago kontsumitzeari edo lan arriskutsuagoetan aritzeari, beti ere heriotzetik gertuago. Baina aski da haurdunaldietako eta haurtzaroko gizonetzkoen heriotze tasak emakumezkoenak baino gorago daudela ikustea, edozein esplikazio, demagun adibidez, gizonetzkoen heriokortasun tasa handiago hori, bizitzako ohituretan oinarritzen duena, bertan behera uzteko. Esplikazio zehatzak finkatzeko modu bakarra izango da faktore biologikoak eta ohiturak, ingurugiroa edo beste motatako faktoreak bezalako aldagaiak aldi berean kontsideratzea.

Deborah L. Wingard-ek ² ezagutzen ziren 16 arrisku mota isolatu zituen eta ondorioz emaitza-aren arabera gizona ala emakumea izatearekin lotutako heriokortasun tasaren diferentzia guztiz adierazkorra zela atera zuen, kontrolatutako beste faktoretik ate (ikus 1.1. taula).

² Wingard, D. "The sex differential in mortality rates". American Journal of Epidemiology. 115 alea, 2.zk., 1982.

1.1. TAULA Heriokortasun arrisku erlatiboak, emakume eta gizonezkoetan berezita, 30 urtetik 69ra: Askotariko azterketa logistikoa ³. Alameda County, C.A., 1965-74

	AE*	p†
Sexoa (gizonak/emakumeak)	1,7	0,001
Adina (69/30 urte)	27,4	0,001
Osasun fisikoaren egoera (ezgaitua/osasuntsua)	3,0	0,001
Erretzailearen historiala (noizik behin/behin ere ez)	1,9	0,001
Alkohol kontsumoa (asko/gutxi)	1,5	0,01
Ariketa fisikoa (egonkorra/mugikorra)	1,4	0,01
Lo egiteko ohitura (≤ 6 edo $\geq 9/7$ edo 8 ordu)	1,3	0,05
Adiskide eta familiakoekin harremanak (gutxi/asko)	1,7	0,05

Arrisku erlatiboaren gehiketa ez-adierazkorra atera zen, arraza, egoera sozioekonomikoa, lanbidea, osasun zerbitzuez baliatzea, pisua, egoera zibila, erlijio edo taldebateko ezatea edo atsegin maila kontutan hartuta.

* AE: Heriokortasunaren gutxi gorabeherako Arrisku Erlatiboa (odds ratio) arrisku handikoaren kategoriarentzako arrisku txikikoarekin alderatuta.

†: Finkatutako maila baino apalagoa edo berdina adierazten du.

Iturria: Wingard, D, "The sex differential in mortality rates".

Atal honen xedetik kanpo gelditzen da gizonen eta emakumeen heriokortasun ezberdintasuna zertan datzan aurkitzea. Horri buruz, adierazi daiteke faktore ezberdinen lehentasunarekiko eztabaida (faktore biologikoak, ohiturak, ingurugiroa, e.a.) puri-purian dagoela oraindik ikerlari profesional ezberdinen artean. Horrexegatik, heriotzen arrazoi gertuenak zein diren adieraztera mugatuko da. Hala ere, adin ezberdinetakoen arrisku faktoreen ikuspegi bat emango du, eta hortik izakera orokorreko konklusioak atera daitezke gizon eta emakumeek heriotzaren aurrean duten arrisku ezberdinaren gainean.

HERIOKORTASUNAREN BILAKAERA, MENDE HONETAN

1.2

Heriokortasun tasa gordina erabiltzen bada mendeko honetako bilakaeraren erakusle orokor gisa, ikus daiteke ez ohizko gertakizunei dagozkien goraldiak salbu (1918ko gripea eta gerra zibila), joera nagusia etengabe jaistea dela (ikus 1. grafikoa). 1900ean E.A.E.ri zegokion heriokortasun tasa gordina milako 25,8 izanik 1988rako milako 7,3ra jaitsia zen. Espainiako tasak daraman norabidea Euskalerrikoaren gisakoa da, baina piska bat goragotik.

Azken urteotan heriokortasun tasaren geraldia bat dakusagu eta are gehikuntza xume bat ere ⁴. Jokabide hori argitzen duen arrazoi nagusia da hiltzeko arrisku handiena duten adin multzoak

³ AE indizea da zenbatzailean kokatzen den kategoriari dagokion hiltzeko probabilitate erlatiboen zatidura (adibidez, gizona, egonkorra...) eta horren aurrean legoke zenbatenean jasotako kategoria (emakumea, mugikorra...).

⁴ Analisi zehatzago baterako IKEI kontsulta daiteke: "Agertoki demografikoak 2016 horizontea", Ekonomiaren dokumentuak 7.zk., Ekonomia eta Plangintza Saila, 1990, Gasteiz.

gehitu egin direla, eta ez ordea, jaiotzean bizi itxaropena gutxitzearena; beste modu batera esanda, biztanlegoaren egituraren adinekoen multzoak gora egin dutela, eta hori, bestalde, Europako beste herrietan gertatzen ari denaren parekoa da.

Heriokortasunaren gai horretan adinen egitura jakin batek duen eragina isolatzeko, eta beraz, denbora-arteko eta beste ingurune geografikoekiko konparaketa errazteko, maizenik erabiltzen den heriokortasun erakusle sintetikoa bizi itxaropena da.

Bizi itxaropen hori heriokortasunaren erakusle trinko gisa erabiliz frogatzen ahal da E.A.E.ko heriokortasun mailak inguruko herrietakoak bezalatsu daudela. Adibidez 1985ean, nazioarteko azken datualderagarriak ordukoak baitira, E.A.E. Europa barruan bizi itxaropenari dagokionean oso goian zegoen, jaiotzetik emakumeentzat 80 urtekoa baitzen eta 72koa gizonentzat (ikus 1.2. taula).

1.2. TAULA Bizi itxaropena jaiotzetik, herri garatueta, sexuaren arabera, 1985ean

	EMAKUMEAK	GIZONAK
Alemania	78,1	71,2
Espainia (*)	79,8	73,2
Suedia	79,7	73,7
Japonia	80,57	4,8
E.A.E.	79,6	72,1

Iturria: United Nations Statistical Yearbook eta EUSTAT E.A.E. rako.

(*) 1984ko datuak.

1960-88 bitarteko aldiari, 1.3. taulan ikus daitekeen bezala, emakumeen bizi itxaropena 8,3 urtez gehitzen da eta 6,8 gizonen kasuan. Aldi osoan sexuen arteko diferentzia, bizi itxaropenari dagokionez, emakumeen aldekoa da, eta azken hamabost urteetan 7,6 urtetik 8ra bitartekoa izan da. 1986-88 bitarteko hirurtekoan, emakumeen bizi itxaropena 79,6 eta 80,2 urteren artean dago, gizonezkoena berriz 72,1 eta 72,3 bitartean. Emakumeek lortutako maila hagitx hobea da gizonezkoena baino, izan ere 1988an gizonen bizi itxaropena gutxi gorabehera emakumeek 1960an zutenera baizik ez baita iritsi.

1.3. TAULA Bizi itxaropena jaiotzean, E.A.E.n eta Espainian, 1960-88 urtean

	EMAKUMEAK	GIZONAK	(E-G)
1960 (*)	71,5	65,5	5,9
1970 (*)	74,1	67,4	6,7
1980 (**)	78,6	70,6	8,0
1988 (**)	79,8	72,3	7,6
▲ 1988-60	8,3	6,8	—

(*) Espainiari dagozkion datuak

(**) E.A.E.ri dagozkion datuak

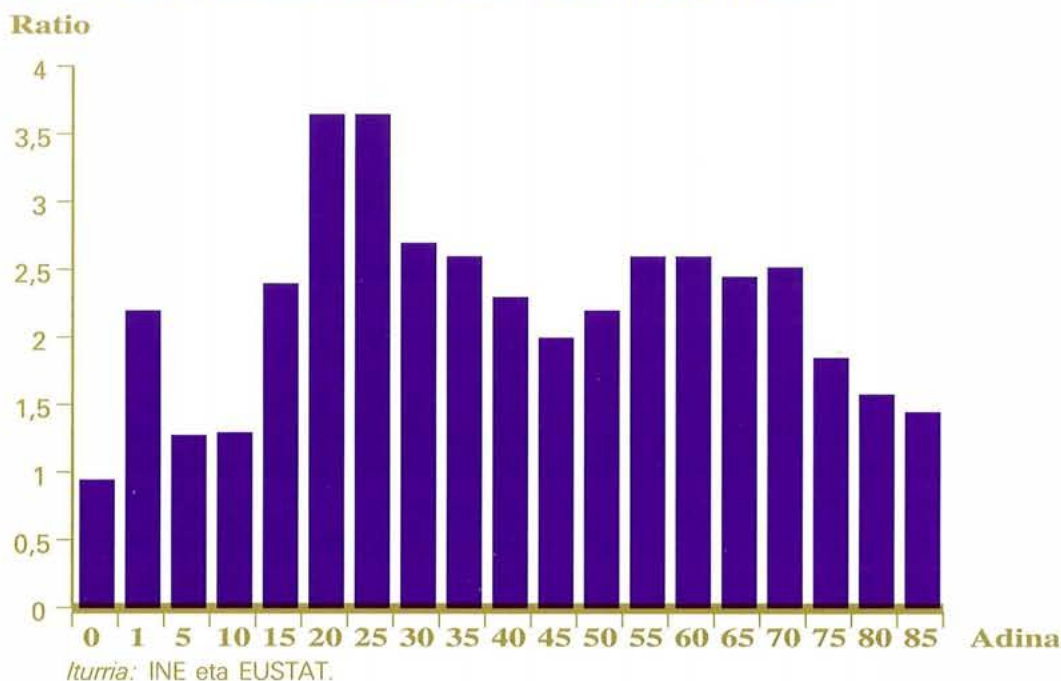
Iturria: IKEI INEren datuen (1960, 1971ko Biztanlegoaren Zentsua) eta EUSTATen datuen gainean prestatua (Urteko Estatistikak eta Biztanlegoaren Berezko Mugimendua).

HERIOKORTASUNA ADINAREN ETA SEXUAREN ARABERA

1.3

Heriokortasunaren azalpena egiteko gizonezkoenaren eta emakumezkoenaren arteko erlazioa erabiltzen da. 1988an, hots, datuak eskura dituguneko azken urtean, gizonezkoen heriokortasuna emakumezkoena baino goragokoa izan zen ia adin multzo guztietan, baina zenbait gora-beherarekin (ikus 3. grafikoa) ⁵, beti gertatzen den bezala.

3. GRAFIKOA Gizon/emakumearen heriokortasun ratioa, 1988an



Azpitarratzekoa da gain-heriokortasun erlatiboaren lerradura 15 eta 24 urte arteko gizonezkoen taldean, bertan emakumezkoen heriokortasunaren hiru halakoa baino handiagoa baita. Gutxienekeo aldea, sexuen artean 0 urterekin gertatzen da, non gizonezkoen heriokortasuna 1988an emakumezkoenaren azpitik egon baitzen.

Jaiotze inguruko eta pediatria arloko osasun laguntza hobetu eta hedatzearen ondorioz (ikus 1.4. taula), adinaren arabera berariazko tasen bilakaerak, 1960-88 aldian, heriokortasun beherakada nabariak erakusten ditu adin multzo guztientzat, batez ere urtebetera iristen ez direnetan.

⁵ 3. grafikoan batetik gorako balore guztiek adierazten dute gizonezkoen heriokortasuna emakumeenaren gainetik dagoela.

Aldi horretan emakumezkoen heriokortasun tasek behera egin dute gizonezkoenak baino arago, 0 urteko, 5-9 urteko eta 10-14 urte bitartekoetan salbu.

Etorkizunean ez dirudi heriokortasun beherakada nabarmenik izango denik ⁶. Antzeman daiteke hobekuntzak urte bete baino beherakoen eta 60tik gorakoen adin multzoetan kontzentratuko direla. Lehendabiziko kasuan haurdunaldian eta erditzeko unean ematen diren zainketa eta kontrol toko-ginekologikoak ororengana hedatu direlako, eta bigarreanean, ohitura osasuntsuagoen eta laguntza geriatriko hobearen ondorioz.

1.4. TAULA Heriokortasun tasa berariazkoen bilakaera, adin eta sexu multzoen arabera

	EMAKUMEAK					GIZONAK				
	1960	1970	1975	1980	1988	1960	1970	1975	1980	1988
0	34,99	21,98	15,79	10,70	9,48	45,51	27,87	20,22	13,42	9,24
1-4	1,61	0,82	0,80	0,90	0,25	1,87	1,17	0,82	1,25	0,52
5-9	0,64	0,42	0,30	0,59	0,21	0,67	0,57	0,52	0,84	0,27
10-14	0,38	0,38	0,20	0,20	0,21	0,66	0,43	0,44	0,32	0,27
15-19	0,39	0,46	0,40	0,33	0,32	1,18	1,04	0,90	0,69	0,69
20-24	0,73	0,48	0,40	0,35	0,38	1,53	1,26	1,38	1,44	1,39
25-29	0,74	0,69	0,50	0,52	0,47	1,51	1,35	1,40	1,55	1,70
30-34	1,03	0,66	0,60	0,63	0,54	1,85	1,75	1,54	1,47	1,48
35-39	1,61	1,37	0,90	0,78	0,70	2,59	2,29	2,08	1,89	1,83
40-44	2,02	2,14	1,50	1,24	1,07	4,01	3,63	3,35	3,48	2,45
45-49	3,47	2,92	2,40	1,55	2,09	5,85	6,28	5,39	4,21	4,20
50-54	4,93	4,27	4,00	3,09	2,99	9,53	9,07	9,40	7,27	6,56
55-59	7,91	6,85	5,90	4,49	3,96	14,81	14,53	13,90	12,05	10,33
60-64	12,18	10,90	9,60	7,66	6,01	23,89	23,07	21,30	18,38	15,68
65-69	21,86	19,89	15,40	11,97	10,79	37,63	37,25	32,90	28,23	26,53
70-74	39,09	36,03	29,40	21,51	16,92	60,01	60,09	53,90	45,33	42,58
75-79	71,67	63,45	58,30	40,60	36,07	92,88	96,85	90,30	80,03	68,37
80-84	144,95	107,06	97,50	77,74	73,60	172,84	141,74	138,80	124,22	116,43
85 edo +	d.g.	188,01	193,17	176,27	151,74	d.g.	198,58	231,09	237,50	214,76

Gainerako adin multzoen heriokortasunari igertzea oso zaila da, hain zuzen ere, beste eratako faktoreei lotuta dagoelako, esate baterako bizimoduari eta bizi kalitateari, nahiz eta ohitura osasungarri batzuk hedatzearekin nolabaiteko hobekuntzak izaten ahal diren. Sexuen arteko bizi-molde eta ohiturek gero eta antz gehiago dute beren artean, eta horrek pentsarazten digu heriokortasun mailak ere hurbil daitezkeela.

⁶ Ikus horri buruz IKEI, aip. obr.

HERIOTZ ERAGILEAK

1.4

ERAGILE NAGUSIAK

1.4.1

Zirkulazio aparatuko eritasunak eta tumoreak dira gaur egun lehenengo eta bigarren eragileak E.A.E.n: 1988an erregistratutako heriotzen artean hirutik bi zirkulazioko akatsei eta tumoreei lepora dakizkieke.

1.5. TAULA Heriotz eragileak E.A.E.n 1988an, sexuaren arabera. (% bertikalak)

	EMAKUMEA	GIZONAK
Zirkulazio aparatua	43,0	33,7
Tumoreak	23,1	30,6
Gainerakoak	33,9	35,7

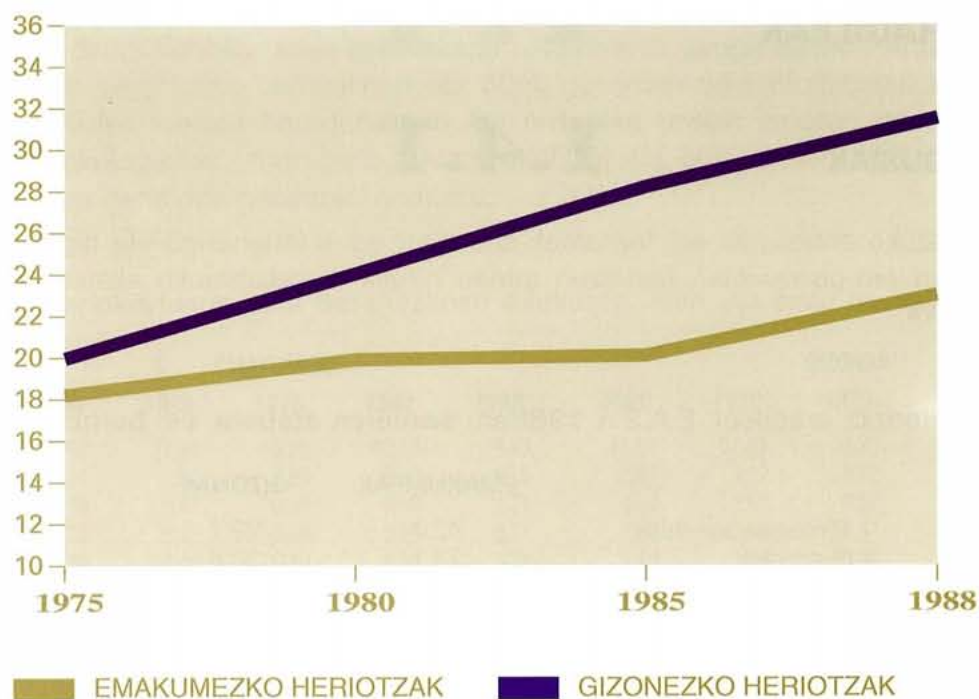
Iturria: EUSTAT.

Tumoreen eragina ez da egonkorra. Azken urteotan gero eta gorago doa. 4. grafikoan ikusten denez, nahiz eta emakumeek ere prozesu horren mende egon, tumoreen gorakada heriotz eragile gisa, gizonengan izan da nabarmenago. Ikusten da, halaber, tumoreengatiko heriokortasunak izan duen goraldia emakumeen kasuan.

Edozein direla ere ingurugiroaren faktoreak, bi sexuetan tumoreak agertzeko eragin zuzena dutenak, emakumezkoen taldean halako tumoreen gehikuntza gerta daiteke, minbiziarekin zuzenean lotzen diren ohitura batzuk zabaldu direlako (erretzea, alkohola, eguzkia hartzea, e.a.)

Gizonen eta emakumeen artean zirkulazio aparatuekin zerikusirik duten gaisotasunen ondoriozko heriotzak, gehienetan, adineko pertsonetan gertatzen dira, 1.6. taulan frogatzen denez.

4. GRAFIKOA Tumoreek eragindako heriotzen portzentaiaren bilakaera



Iturria: EUSTAT.

1.6. TAULA Heriotz eragileak E.A.E.n, 45 urtetik aurrerakoetan, 1988an, adinaren eta sexuaren arabera. (% bertikalak)

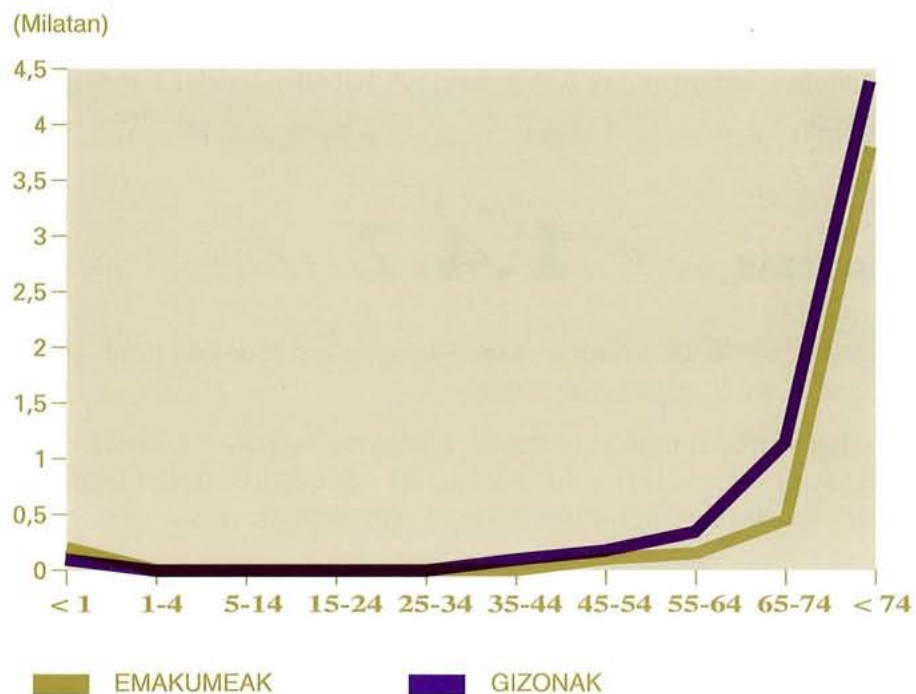
	EMAKUMEAK				GIZONAK			
	45-54	55-64	65-74	+ 74	45-54	55-64	65-74	+ 74
Zirkulazio ap.	17,8	21,6	33,4	52,6	26,6	28,7	33,8	42,1
Tumoreak	51,9	50,7	35,1	14,6	40,1	42,0	38,8	23,0
Gainerakoak	30,3	27,7	31,5	32,8	33,3	29,3	27,4	34,9

Iturria: EUSTAT.

Heriotz eragile usuenak 74 urte arte tumoreak izaten dira. Adin horretatik aurrera, ordea, zirkulazio aparatuko eritasunak biziki ugaltu eta tumoreak baino askozaz gehiago izan ohi dira.

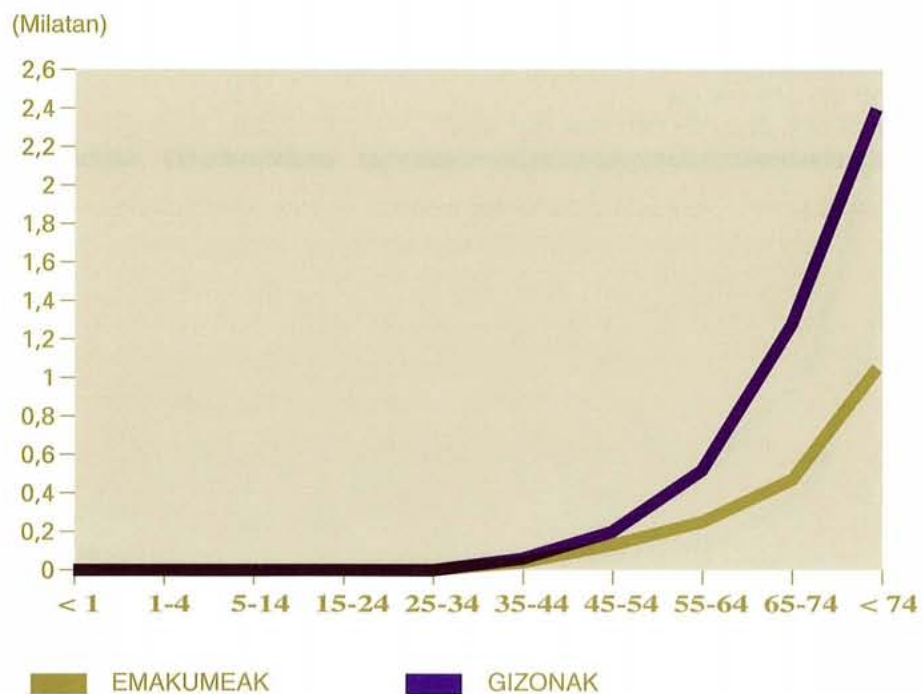
Erlatiboki zirkulazio aparatuko eritasunek emakumeengan gizonen artean baino eragin handiago badute ere, heriotz kopuruen aldetik, horren arrazoia ez da emakumeek era horretako gaisotasunengatik hiltzeko gizonaek baino arrisku gehiago dutelako. Arrazoia tumoreen eraginean datza, emakumeengan askozaz ere apalago delako gizonetan baino, eta horrek zirkulazio aparatuko gaisotasunen garrantzi erlatiboa jasotzen du.

5. GRAFIKOA Zirkulazio aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna, adinaren arabera, 1988an. (Urtean hil direnak/10.000 biztanleko)



Iturria: EUSTAT.

6. GRAFIKOA Tumoreen ondoriozko heriokortasuna, adinaren arabera, 1988an. (Urtean hil direnak/10.000 biztanleko)



Iturria: EUSTAT.

5. eta 6. grafikoetan ikus daiteke gizonen heriokortasun orokorra emakumeena baino handiagoa denez gero, zirkulazio aparatuekin zerikusirik duten eritasunen edo tumoreen ondoriozko heriotze tasak, gizonenak handiagoak direla emakumeenak baino, eta hori adin guztietan. Baina zirkulazio aparatuko eritasunengatiko heriotz arriskuaren bilakaera oso antzekoa baldin bada bizitzan zehar bi taldeotan, zahartzaroak tumoreengatik hiltzeko arrisku handiagoa dakarkie gizonei emakumei baino.

BESTELAKO ERAGILEAK

1.4.2

Gainerako arrazoietan, beste bi sistema somatiko garrantzitsuekin, hots arnas eta liseriketa aparatuekin erlazionatutakoak azpimarra daitezke.

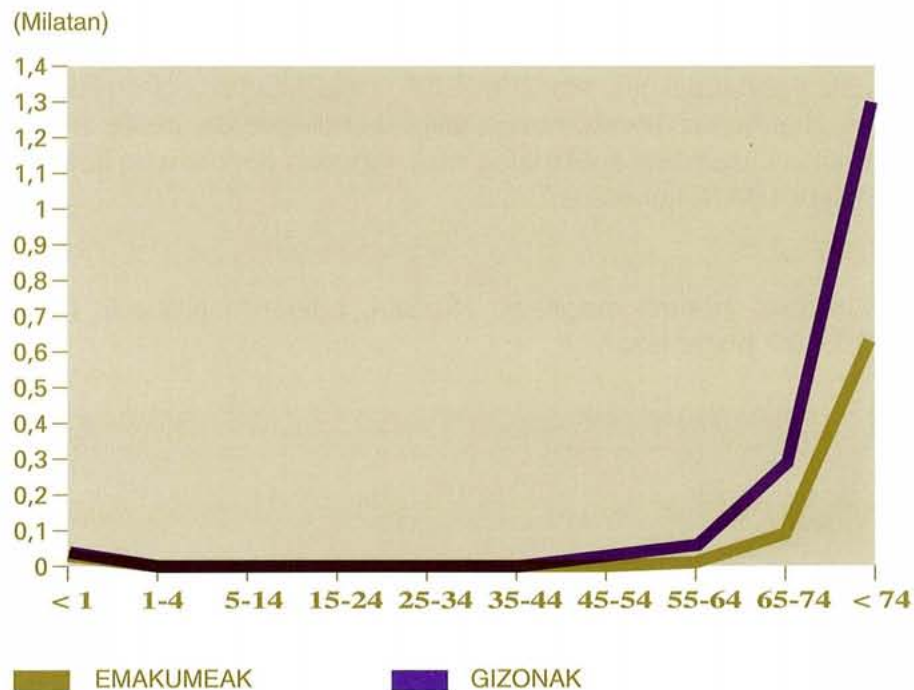
Arrazoi horietan oinarrituriko heriokortasunaren bilakaera, adinaren arabera, gizonen eta emakumeen artean, zirkulazio aparatuko eritasunengatiko heriokortasunaren bilakaera bezalatsukoa da: gizonek heriotz arrisku handiago dute adinean aurrera egin ahala.

1.7. TAULA E.A.E.n, zirkulazio aparatuko eritasunarekin edo tumoreekin zerikusirik ez duten heriotz eragileak, sexuaren arabera, 1988an. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
Arnas aparatua	7,2	8,5
Liseriketa aparatua	5,4	7,2
Kanpoko eragileak	4,0	7,9
Guruin endoor., elikadurako., metab	3,7	2,4
Adimenekoak	2,3	1,6
Nerbio sistema	1,8	1,7
Ernaltze-gernu aparatua	1,6	1,6
Hezur-giharre aparatua	1,5	0,4
Infekziozko eta parasitarioak	1,4	1,1
Gainerakoak (zirk. apar. eta tumoreak izan ezik)	5,0	3,3

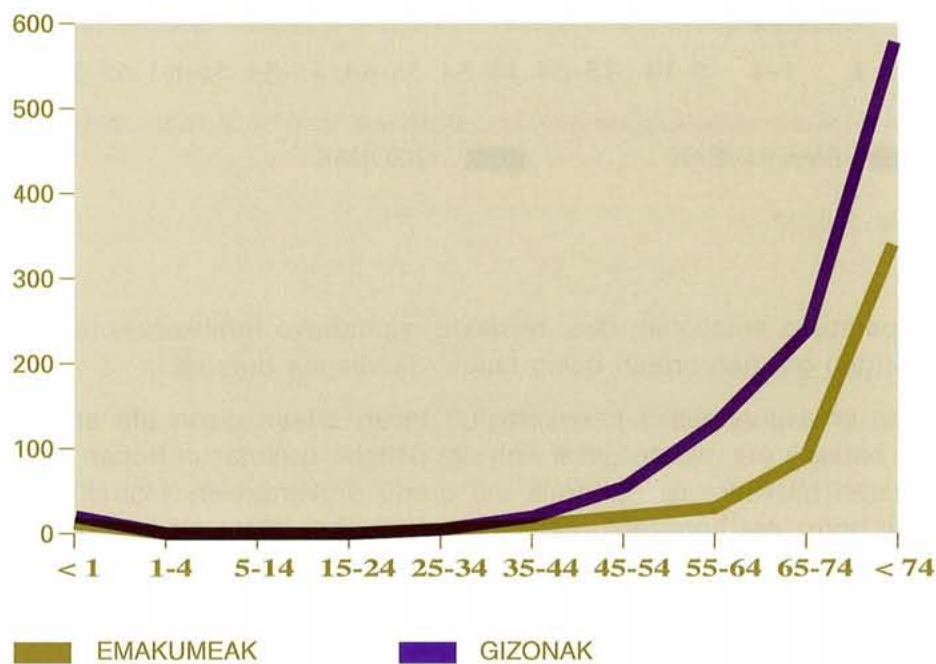
Iturria: EUSTAT.

7. GRAFIKOA Arnas aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna 1988an, adinaren arabera. (Urteko heriotzak/10.000 biztanleko)



Iturria: EUSTAT.

8. GRAFIKOA Liseriketa aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna 1988an, adinaren arabera

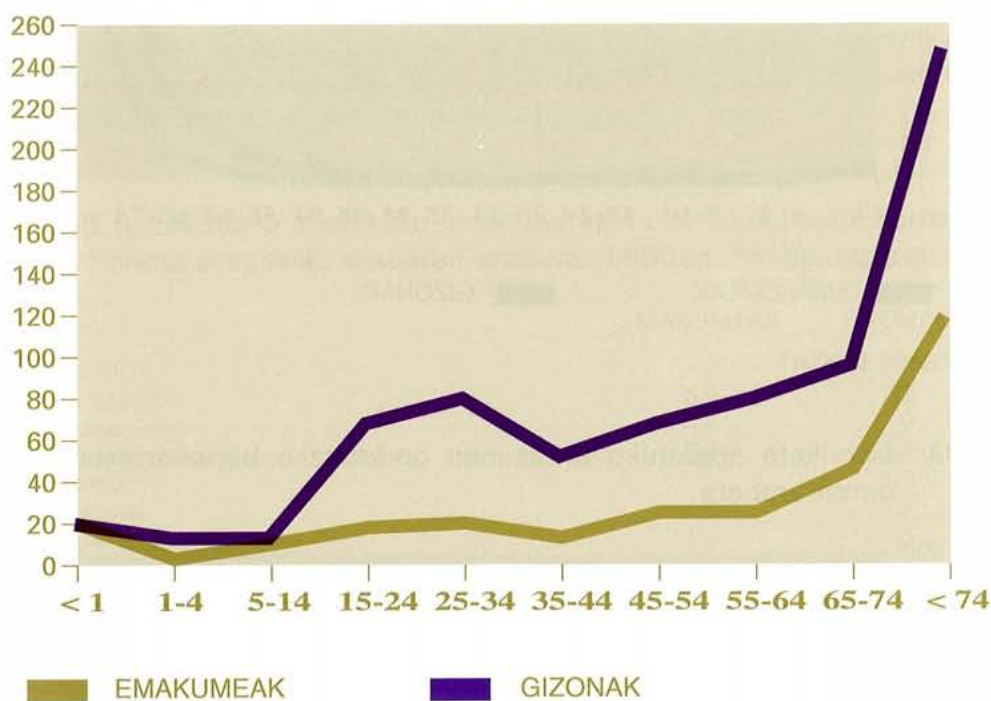


Iturria: EUSTAT.

Eredu orokor honi egin dakizkiokeen salbuespen bakarrak dira kanpoko arrazoiengatik herio-kortasuna eta hezur-giharre aparatuen eritasunen ondoriozko herio-kortasuna, lehenengoak gizonezkoei lotuagoak eta bigarrenekoak emakumezkoei.

Kanpoko heriotz eragileei dagokienez, horietako gehienak lan istripuetakoak izan ohi dira edo ibilgailu motordunekin gertatutakoak, eta 25etik 64 urtera bitarteko gizonezkoen arrisku maila, 9 grafikoan ikusten ahal denez, emakumeena baino handiagoa da, beste arrazoiekin konpara-tuz gero. Gizonen eta emakumeen arteko alde hori, kanpoko heriotz eragileen kasuan, nabaria-go da 25 eta 44 urte bitarte horretan.

9. GRAFIKOA Kanpoko heriotz eragileak 1988an, adinaren arabera. (Urteko heriotzak/10.000 biztanleko)

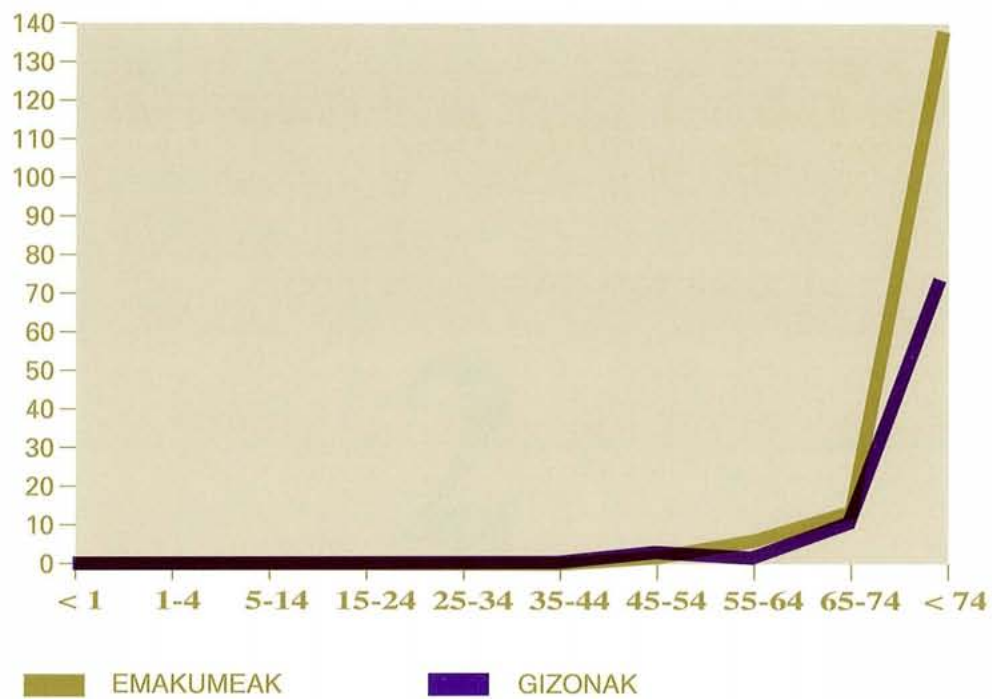


Iturria: EUSTAT.

Hezur-giharre aparatuko eritasunak dira, bestalde, aipatutako herio-kortasunaren eragileen artean emakumeengan gizonen artean baino eragin handiagoa dutenak.

Hezur-giharretako eritasunengatik herio-kortasun tasen artean gizon eta emakumeen artean alde handirik ez badago ere, aipatu gabe ezin utz daiteke gaisotasun horien ondoriozko herio-kortasun arriskuaren bilakaera ez datorrela bat eredu orokorrarekin. Horrek zerikusirik izango luke emakumeek berez era horretako gaisotasunetara aiherrizatearekin, ondoko kapituluan jasotzen den bezala.

10. GRAFIKOA Hezur-giharre aparatuko eritasunen ondoriozko heriokortasuna 1988an, adinaren arabera. (Urtean hil direnak/10.000 biztanleko)



Iturria: EUSTAT.

2

ERIKORTASUNA

Emakumeen erikortasuna aztertzeko erabili diren iturrietatik bat izan da Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Sailak 1985 eta 1986 artean egindako eta 1987 argitaratutako Osasunari buruzko Inkesta. Hain zuzen ere "inkesta" delako eta informazioa elkarrizketa bidez lortu delako "hautematen" da zein motatako erikortasuna den. Pertsona bakoitzak era ezberdinean hautematen du, nor bere jakituriaren, ezaugarri psikologikoen eta abarren arabera, baina adierazpen horien berri izateak badu garrantzirik osasunaren informazio sistema osatzeko.

Osasunari buruzko Inkesta munta handiko tresna da, izan ere horren bidez E.A.E.ko 24.657 pertsonaren informazioa jaso baitzen. Erakusgai horretatik % 51,2 emakumezkoak dira. Inkestatzaileek hautatutako familien etxeetan burutu ziren elkarrizketak. Bi galdesorta ezberdin erabili ziren: batean etxebizitzan bizi ziren pertsona guztien osasunari buruzko informazioa biltzen zen, erabilitako osasun zerbitzuak, medizinen kontsumoa, e.a., eta bestean berriz, bakarkako informazioa, bizitza ohiturei buruz (tabakoaren kontsumoa, alkoholarena, ariketa fisikoa). Lehenbiziko galdesorta betetzeko norbait ez egotea gertatuz gero, haren ordeztu besteren batek eman zitzakeen datuak, baina bigarren galdesortarako ez ziren bestek emandako erantzunak onartzen.

Osasunari buruzko Inkestak baieztatu zuen emakumeak gizonak baino emanago direla sistema somatiko nagusienetako bat ukitzen duten osasun arazoak izatera, arnas aparatua izan ezik (ikus 2.1. taula), hori da behintzat adierazi dutena (ez dezagun ahantz "hautemandako" arazoak bildu direla). 2.1 taulan agertzen dira osasun arazoak multzo patologiko handitan sailkatuta.

2.1. TAULA Osasun arazoen hedadura E.A.E.n, 1985-86an. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
OINARRIA (Pop. osoa):	12.624	12.033	
Nerbio apar.	7,0	2,7	4,3
Zirkulazio apar.	28,0	14,6	13,4
Arnasa	19,1	20,2	-1,1
Liseriketa (ahokoak ezik)	17,3	11,4	5,9
Ernaltze-gernu apar.	3,7	2,4	1,3
Hezur-giharre apar.	27,6	15,5	12,1
Adimenekoa	7,4	3,5	3,9

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko osasunari buruzko inkesta, 1987.

Harritzekoa bada ere, emakumeek osasun arazo gehiago jasaten dutela frogatu ondoren gizonen eritetxeratze indizeak gorago daude emakumeenak baino. Sistema somatiko nagusienetako bat ukitzen duten arazoren baten ondoriozko eritetxeratzeak emakumeen kasuan gizonezkoenak baino gutxiago dira, ernaltze-gernu sistemakoak salbu. Alde nabarmenenak arnas eta liseriketa aparatuko eritasunei dagozkie, eta hauek aurreko kapituluaren esan bezala hertsiki loturik daude ingurugiro, lan eta bizitza ohitura ez oso osasungarriekin.

Hori guztia kontutan hartuta, zenbait hipotesi plazara daitezke azterlanaren abiapuntu gisa.

1. Gizonezkoei laguntza gehiago eskaintzen al zaie emakumeei baino gure osasun sistemetan, gizonezkoak lan merkatuan emakumeak baino proportzio handiagoan dauden heinean "baliotsuagoak" direlako aitzakiarekin?
2. Gizonezkoek jasaten duten osasun arazoak benetan al dira emakumeenak baino larriagoak, eta beraz, laguntza bereziaren beharrekoak?

Hipotesi hauek azaldu besterik ez dugu egin nahi, inoiz norbaitek jaso eta frogatu nahiko balu hor lituzke eskuragai.

2.2. TAULA Eritetxeratzeak E.A.E.n 1987an, osasun arazoaren eta sexuaren arabera. (1.000 biztanleko tasa, arazo mota bakoitzerako)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
Nerbio apar.	1,3	1,6	-0,3
Zirkulazio apar.	7,4	10,7	-3,3
Arnasa	7,7	12,8	-5,1
Liseriketa (ahokoak ezik)	9,9	16,1	-6,2
Ernaltze-gernu apar.	9,5	5,7	3,8
Hezur-giharre apar.	5,0	5,7	-0,7
Adimenekoa	2,2	3,5	-1,3

Iturria: EUSTAT, Urteko estatistika, 1989.

INE, Eritetxeko erikortasunari buruzko inkesta, 1987.

Emakumeek osasun arazo gehiago izatearen arrazoia behar bada izan daiteke ibiltzeko edo komunikatzeko ezintasun gehiago jasatea gizonezkoek baino, 2.3 taulan azaltzen den bezala, eta horiek eguneroko bizitza arrunta oztopa dezakete. Alabaina, arrazoia beste hau ere izan daiteke, alegia, emakumeetan gizonetan baino adineko gehiago izatea.

2.3. TAULA Osasun arazoengatik egin ez daitezkeen iharduerak, E.A.E.n, 1989an. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
OINARRRIA (Pop. + 6 urte):			
Elkarrizketa segitzeko gai	6,7	2,4	4,3
400 m-tan neke gabe ibiltzea	18,8	13,2	5,6
Eskailera batetik igo eta jaistea	17,3	13,0	4,3
Etxe barruan ibiltzea	8,0	2,3	5,7
Bere burua jantzi eta garbitzea	6,0	0,9	5,1
Bakarrik jatea	6,0	0,9	5,1

Iturria: EUSTAT, Bizitz kondizioei buruzko inkesta, 1989.

2.2

SARRERA

2.2.1

Azterlan honetarako burututako inkesta oinarritzat hartuta, atal honetan isolatzen dira arruntan estatistikek jasotzen ez dituzten pairamen ezberdinak, horietara emakumeak gizonak baino emanago direnak, eta aldi berean frogatzen da pairamen horien sorreran zer eragina duten emakumezkoen ohiturek eta eginkizunek. Alde horretatik, helburua litzateke aurreko ikerketetan sortu hipotesiak kontrastatzea (ikus 2.4. taula); ikerketa horien arabera lan ordaindua duten emakumeen osasunak gizona zkoenarekin antz gehiago du etxeko lanetan bakarrik aritzen diren emakumeen osasunarekin baino, eta helburua litzateke halaber "etxekoandarearen sindromearen" azpian zer dagoen jakitera iristea, biltegi horretan ezkutatzen baitira emakumeek izaten duten hainbeste pairamen mota. Saio bat litzateke medikatzeko neurrigabea ezezik baita pairamen agerkari batzuek, bizitza kalitate makurragoa bederen dakartenak, aintzakotzat ez hartzea galera zteko.

2.4. TAULA Osasun arazoaren gailentasuna E.A.E.n, 1985-86an. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK			GIZONAK
	Etxeko andr./ Jubil.	Lan ordain.	Gainerakoak	
OINARRIA (25-44 urte bitarte):	1.984	1.027	183	3.092
Zirkulazio apar.	24,1	14,3	9,3	9,1
Hezur-giharre apar.	25,8	17,0	9,8	13,4
Adimenekoak	7,6	5,7	10,4	3,9
Arnas apar.	15,0	17,6	15,9	15,0

Iturria: E. Jaurilaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarte osasunari buruzko inkesta, 1987.

Inkestaren funtsa informazio biletaren teknika denez gero, datu horien balioaren kontrako argudio gisa esan zitekeen datuok hautemandako erikortasunari dagozkiola, eta halabeharrez ez direla benetako disfunzio fisikoekin bat etortzen. Emakumeek kultura berezi bat dute beren arazoak adierazteko eta identifikatzeko, hala ere ikerketa zenbaiten arabera ez omen dago alderik, oro har, gizon eta emakumeen artean pairameneen berri emateko orduan⁷. Pairamen psikikoen datuen gainean, berez eztabaidagarriagoak liratekeenak, argudio hori, hots, adierazitako sintomak ez datozela bat arazo objektiboekin, ez da onargarria inkestako datuen balioa arbuiaztzeko, izan ere edozein arazo psikikotan (eta berdin fisikotan) disfunziotik ez daitezke bereiz ondorezaren sentipen subjektiboa eta besteei azaltzeko joera.

⁷ Waldron, I. "Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality". Soc. Sci. Med. 17, alea, 16. zk., 1.107-1.123, orr. 1983.

Ohizko pairamenen ⁸ lehen multzo gisa aukeratu dira gaixoak berak gorputzaren atal batean edo zona batean kokatu dituenak.

2.5. TAULA Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
OINARRIA (15 urtez gor. pop.):	1.314	415	
Bularreko mina/presioa	8,4	5,9	2,5
Buruko mina	42,7	24,9	17,8
Artikulazioetako mina	35,0	24,6	10,4
Gerrontzeko mina	30,7	25,3	5,4
Beherakoa	3,6	3,5	0,1
Idorreria	15,9	6,8	9,1
Arazoak hilekoarekin	25,2		25,2
Bat ere ez	24,5	49,0	-24,5

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

2.5. taulan agertzen diren emaitzek argi eta garbi adierazten digute hautatutako pairamenak direla emakumeek maizenik nozitzen dituztenak, eta bertan ikus dezakegu sintoma horietako bat ere izaten ez duten emakumeak arrunt gutxi direla —4tik 1—, eta hedatuenak berriz buruko minak, gerrontzekoak eta artikulazioetakoak direla.

Arreta berezia jarri behar zaie buruko minei, bada, emakumeen % 40k baino gehiagok jasaten dutenez, gizonezkoetan % 25 baizik ez denean, emakumezkoen pairamen berezienetakoak direla baieztatu dezakegu. Gerrontzeko eta artikulazioetako minak ere maizago izan ohi dituzte emakumeek gizonek baino.

Hiru eratako pairamen hauek aztertuz gero frogatzen ahal dugu emakumeak adinez aurrera doazen heinean gerrontzeko minak eta artikulazioetakoak gehituz doazela. Buruko minak, ordea, eragin gehiago dauka 45 eta 54 urteko emakumeengan (ikus 2.6. taula)

2.6. TAULA Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, adinaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	OINARRIA	15-24	25-44	45-54	55-64	+ 65
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Buruko mina	42,7	38,1	43,7	46,7	45,3	37,8
Artikulazioetako mina	35,0	11,7	26,1	53,0	57,8	67,2
Gerrontzeko mina	30,7	12,6	26,6	40,6	46,2	53,8

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

⁸ Pairamen bat noiz den "ohizkoa" zehazteko elkarriketatuaren eritzi subjektiboa erabili da, eta ez denboraren neurri finkorik.

Lanbideari dagokionean, adinaren eragina kontrolatu ondoren ⁹, estatistikaren aldetik ezberdintasun adierazkor bakarrak buruko minetan eta artikulazioetako minetan jaso dira, hauek etxe-koandreetan baitute eragin handiena (ikus 2.7. taula).

2.7. TAULA Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, lanbidearen arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	LAN ORDAIN.	ETXEKO- ANDREAK	GAINERA- KOAK
OINARRIA (25-44 urteko emak.):	515	192	218	104
Buruko mina	43,7	39,2	50,5	38,0
Artikulazioetako mina	26,1	24,4	31,9	16,2
Gerrontzeko mina	26,6	31,3	24,6	22,3

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Emakumezko populaziaren barnean talde ezberdinak zehatzeko erabili izan diren beste alda-
gaiei buruz, hautematen diren estatistika multzo adierazkor bakarrak beheko statusetan eta in-
dustri gunetan gertatzen dira, buruko minei dagokionean, eta gerrontzeko minak nahiz artiku-
lazioetakoak berriz, haur gehien izan duten emakumeetan. Azpimarra daiteke, halaber, halako
joera bat sumatzen dela statusa jaisten den neurrian artikulazioetako minak gora egiteko (ikus
2.8 eta 2.9 taulak).

2.8. TAULA Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, bizilekuaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	EGOITZ HIRIA	INDUSTRI HIRI	INDUSTRI GUNE	NEKAZ.
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	568	326	355	65
Buruko mina	42,7	43,0	34,8	49,2	45,4
Artikulazioetako mina	35,0	36,4	33,9	34,8	29,8
Gerrontzeko mina	30,7	33,8	27,8	28,1	33,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

⁹ Adinaren eragina kontrolatzeko 25etik 44 urtera bitarteko elkarriketatuek emandako sintomak baizik ez dira az-
tertu. Erabaki metodologiko horren arrazoia da adin tarte horretako emakumeak oinarri biologikoaren eta bizi mo-
duaren aldetik nahikoa homogenoak direla.

2.9. TAULA Kokapen zehatzeko pairamen fisikoak, statusaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	BEHEKOA	ERTAIN-BEHEKOA	ERTAIN-GOIKOA	GOIKOA
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	193	601	306	214
Buruko mina	42,7	52,9	43,1	41,5	34,2
Artikulazioetako mina	35,0	40,6	37,3	29,1	31,9
Gerrontzeko mina	30,7	33,9	31,5	28,0	29,3

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

KOKAPEN ZEHATZIK GABEKO PAIRAMEN FISIKOAK

2.2.3

Ohizko pairamenen artean bigarren taldea osatzen dute organo batean edo gorputzaren zona jakin batean kokatzen ez direnek, era askotako arrazoietatik sortzen diren disfuntzio orokor gisa somatzen direlarik.

Honelako pairamènek gehienetan eragin gutxiago dute kokapen zehaztuko pairamen fisikoek baino (ikus 2.5 eta 2.10 taulak). Halaz ere emakumeen erdiak baino gehiagok nozitzen du horietakoren bat. Emakumezkoen multzoan berezkoenak izaten dira zorabioak, pilpirak eta jangura gutxitzeak. Emakumeen artean logabeziak duen eragina, 2.10. taulan jasotako pairamenen artean bera baita handiena, ez da gainerakoekin alderatuta hainbeste aldentzen gizonezkoenetik.

2.10. TAULA Kokapen zehatzik gabeko pairamen fisikoak. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
OINARRIA (15 urtez gorako pop.):	1.314	415	
Jangura gutxitzea	12,4	5,3	7,1
Neke kronikoa	10,6	10,8	-0,2
Logabezia	22,8	17,1	5,7
Pilpirak	12,9	3,4	9,5
Zorabioak	19,0	4,6	14,4
Dardarak	4,9	1,0	3,9
Bat ere ez	53,3	68,2	-14,9

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Emakumeak adinez aurrera doazen neurrian gehitzen zaizkie logabezia eta zorabioak bezalako ondoezak ere. Pilpirak eta jangura gutxitzeak adinarekin duten zerikusiarri buruz agerrarazi behar da jangura gutxitzea gehienbat gazteenetan eta 65 urtetik gorakoetan duela eragina (ikus 2.11 taula).

2.11. TAULA Kokapen zehatzik gabeko pairamen fisikoak, adinaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	OINARRIA	15-24	25-44	45-54	55-64	+ 65
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Jangura gutxitzea	12,4	19,6	10,4	8,0	8,2	19,6
Logabezia	22,8	11,5	15,5	29,8	38,2	48,8
Pilpirak	12,9	5,6	10,8	18,2	20,8	17,6
Zorabioak	19,0	12,9	16,1	21,7	24,8	34,5

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Emakumeen lanbideak ez du aparteko garrantziarik logabezia edo emakumezkoen multzoan ohizkoenak kontsideratu diren hiru pairamen horietakoren bat izateko

2.12. TAULA Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, lanbidearen arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	LAN ORDAIN.	ETXEKO-ANDREAK	GAINERAKOAK
OINARRIA (25-44 urteko emak.):	515	192	218	104
Logabezia	15,5	13,4	16,2	18,2
Jangura gutxitzea	10,4	10,7	9,5	11,9
Pilpirak	10,8	8,8	15,0	6,0
Zorabioak	16,1	16,8	16,1	15,3

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Adinaren eragina kontrolatu ondoren, estatistikaren aldetik 2.12. taulan azaltzen den ezberdintasun adierazkor bakarra da pilpirak gehienbat etxekoandreek izaten dituztela.

Etxekoandreen taldean, etxeko lan gehiago edo gutxiago izateak ere ez ditu pilpirak edo zorabioak berariaz sortarazten, baina logabeziarako aiherkundera areagotzen du.

Etxeko lanetan atseginez aritzen diren etxekoandreek dute logabeziarako joera handiena.

2.13. TAULA Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, etxeko lanetan izaten den atseginaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	BAT ERE EZ	GUTXI	NAHIKOA	ASKO
OINARRIA (25-54 urteko etxekoand.):	368	40	116	165	43
Logabezia	23,2	17,6	21,3	25,0	25,0
Jangura gutxitzea	8,8	14,7	7,0	6,5	18,0
Pilpirak	17,0	25,5	12,3	16,2	21,5
Zorabioak	19,3	21,4	14,2	19,2	31,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

2.13 taulan frogatuta daiteke atsegin maila aldetik bi muturretan dauden emakumeak (atseginik bat ere ez, ala asko), emanago direla pilpirak eta zorabioak izatera eta jangura urritzera. Pairemenduan eta etxeko lanak atsegin izatearen arteko erlazioa hauteman daiteke, ondoko atalean frogatuko denez, pairamen psikiko anitzetan ere.

Etxekoandreen artean haur kopuruak badu eraginik logabezia izateko, 2.14 taulan ikus daitekeenez.

2.14. TAULA Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, seme-alaba kopuruaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	1 edo 2 SEME-ALABA	3 SEME- ALABA edo GEHIAGO
OINARRIA (25-54 urteko etxekoand.):	368	255	113
Jangura gutxitzea	8,8	7,8	11,1
Logabezia	23,2	19,1	32,5
Pilpirak	17,0	16,0	19,2
Zorabioak	19,3	18,4	21,2

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Adinaren ondoren pairamen mailan gehien eragiten duten faktoreak statusa eta bizilekua dira. Arlo horretan berriro ere status apaleneko emakumeak eta industri gunetan bizi direnak dira logabeziara eta zorabioetara lerratzenago (ikus 2.15 eta 2.16 taulak).

2.15. TAULA Kokapen zehaztu gabeko pairamen fisikoak, bizilekuaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	EGOITZ HIRI.	INDUSTRI HIRI	INDUSTRI. GUNE	NEKAZ.
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	568	326	355	65
Logabezia	22,8	22,0	19,7	26,5	25,4
Jangura gutxitzea	12,4	13,3	10,4	13,8	7,4
Neke kronikoa	10,6	10,9	10,8	10,1	10,3
Zorabioak	19,0	16,2	13,9	27,3	22,7

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

2.16. TAULA Kokapen zehatzik gabeko pairamen fisikoak, statusaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	BEHEKOA	ERTAIN- BEHEKOA	ERTAIN- GOIKOA	GOIKOA
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	193	601	306	214
Logabezia	22,8	34,4	23,7	17,0	18,2
Jangura gutxitzea	12,4	15,6	12,2	13,3	9,1
Neke kronikoa	10,6	13,5	10,9	9,2	9,3
Zorabioak	19,0	27,9	19,8	14,8	14,6

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

PAIRAMEN PSIKIKOAK

2.2.4

Azkenik, pairamenduen hirugarren multzoa osatzen dute hasiera batez osagai somatiko zehatzik agertzen ez duten horiek. Pertsonaren egoera animikoa ukitzen duten ondoezak dira.

Errealitatearen ezagutza antzaldatu duten estereotipo zenbaitek baldintzatu dute mota horietako pairamenek emakumeengan duten eraginari buruzko eritzia. Osasun arloko zenbait profesionarik ere emakumezkoen pairamen fisikoak "sindromearen" izenpean bildu dituzte (adibidez etxeakoandreaaren sindromea), zirkunstantzia jakin batzuei lotzen zaizkien ondoez ezagunak bezala; gizonezkoen pairamenak aldi berean, "sintomatzat" hartu dira, eritasunekin erlazionatzen direnak. Hala eta guztiz ere, pairamen psikikoen kasuan, hauek topiko batzuk sortu dituzte bi sexuotan. Horrela, bada, "estresa" litzateke gizonezkoen ezaugarria eta "histeria" berriz, emakumezkoena.

Hori dela eta, gai honi heltzean, ahaleginak egin behar dira neurriz kanpoko aitzin konklusioei itzuri egiteko. Bestela, hasi ikertu beharreko pairamenen hautapenetik eta jasotako datuen interpretazioetara, erabiltzen diren aurreritzi zenbait indartu eta finkatzeko arriskua dago.

2.17. TAULA Pairamen psikikoak. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
OINARRIA (15 urtez gorako pop.):	1.314	415	
Suminkortasuna	28,3	18,1	10,2
Arrazoi gabeko goibelaldiak	29,1	8,8	20,3
Arrazoi gabeko negargalea	22,6	3,4	19,2
Aldarte aldaketak	50,6	27,1	23,5
Laridura edo estuasunak	26,4	8,7	17,7
Bat ere ez	36,3	60,9	-24,6

Iturria: EMAKUNDE.

Pairamen psikologikoek eragin handia dutela emakumeengan baiezta daiteke, eta hori bi arrazoiengatik. Lehen, arazo horiek sofritzen zituztela aitortu zuten emakumezko elkarrizketatuei dagozkien portzentaia guztiak % 22 eta % 51 bitartekoak direla, gizonezkoen portzentaia 10 puntuz bederen gaintzen dituztela. Bigarrena, pairamen fisikoen artean era horretako intzidentziak direla nabarmenenak.

Adinaren eragina kontrolatu ondoren, emakumeak etxetik at lana izateak edo zentzu hertsian etxekoandrea izateak ez dirudi aparteko eraginik duenik orokorrean pairamen psikikoetara joera izateko. Alde horretatik, azaldu besterik ez etxekoandreek duten sumintasunerako joera nabiagoa eta etxetik kanpo lan egiten duten emakumeen aldarte aldaketak, 2.18. taulak erakusten digun bezala.

2.18. TAULA Pairamen psikikoak, lanbidearen arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	LAN ORDAIN.	ETXEKO-ANDREAK	GAINERAKOAK
OINARRIA (25-44 urteko emak.):	515	192	218	104
Suminkortasuna	27,6	27,8	32,3	16,6
Arrazoi gabeko goibelaldiak	21,2	18,6	21,4	24,9
Arrazoi gabeko negargalea	16,9	14,6	19,7	15,3
Aldarte aldaketak	49,3	52,8	46,7	47,9
Laridura eta estuasunak	21,9	20,3	20,5	26,9
Bat ere ez	38,2	36,2	38,9	41,0

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Guztiarekin ere, etxeko lanetara osorik dedikatzen den etxekoandre batek burutzen duen etxeko lanen kopurua eta zeregin horiek sortzen duten atsegin maila badirudi pairamen psikiko horiekin zerikusirik badutela (ikus 2.19 eta 2.20 taulak).

2.19. TAULA Pairamen psikikoak, egiten diren etxeko lanen arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	BATEN BAT	GUZTIAK
OINARRIA (25-54 urteko etxekoand.):	368	108	261
Suminkortasuna	35,4	29,8	37,7
Arrazoi gabeko goibelaldiak	29,4	23,1	31,9
Arrazoi gabeko negargalea	22,4	16,2	24,9
Aldarte aldaketak	50,0	39,2	54,4
Larridura eta estuasunak	25,3	17,0	28,8
Bat ere ez	33,9	44,8	29,4

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

2.19. taulan agertzen da zer alde dagoen, pairamen psikikoei dagokienez, etxeko lan guztiak eta banaka batzuk baizik egiten ez dituzten etxekoandreen artean. Hautatutako pairamen psikikoetako edozeinetara lerratzenago da etxeko lanetan aritzen dena, eta bereziki nabarmentzen dira aldarte aldaketari edo larridura nahiz estuasunaren diferentziak.

Honetan ere gertatzen da pairamen psikikoetariko edozeinek eragin handiago duela atsegin maila aldetik bi muturretan dauden emakumeengan. Etxe barruko arrisku faktoreen tajuera horrek pentsarazten digu bai etxekoandreen rola betetzeko eskakizunak osoki berganatzea eta baita arbuizatzea ere egoera psikologiko ez-egonkorren sortzaile direla.

2.20. TAULA Pairamen psikikoak, etxeko lanetan izaten den atseginaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZT.	BAT ERE EZ	GUTXI	NAHIKOA	ASKO
OINARRIA (25-54 urteko etxekoand.):	368	40	116	165	43
Suminkortasuna	35,4	39,8	33,8	34,2	40,9
Arrazoi gabeko goibelaldiak	29,4	41,1	29,8	23,7	39,6
Arrazoi gabeko negargalea	22,4	31,9	19,4	19,0	34,7
Aldarte aldaketak	50,0	66,4	53,3	44,8	45,1
Larridura edo estuasunak	25,3	41,9	22,8	23,2	25,0
Bat ere ez	33,9	18,1	36,3	39,1	23,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Pairamen fisikoek ez bezala, zeinek adinarekin zuzeneko eta lerroz lerroko lotura baitute, pairamen psikikoek adinarekin zerikusi konplexua eta zeharkakoa dute (2.21 taula).

2.21. TAULA Pairamen psikikoak, adinaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	+ 65
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Suminkortasuna	28,3	23,9	27,6	38,8	28,2	22,7
Arrazoi gabeko goibelaldiak	29,1	27,5	21,2	37,6	37,4	40,6
Arrazoi gabeko negargalea	22,6	23,7	16,9	24,4	35,5	22,6
Aldarte aldaketak	50,6	51,4	49,3	52,7	51,0	48,9
Larridura edo estuasunak	26,4	22,6	21,9	35,1	25,1	25,7
Bat ere ez	36,3	42,2	38,2	29,9	29,6	36,7

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Adinak duen eraginari dagokionean, nabarmena da 45 eta 64 urte bitarteko emakumeek pairamen psikologikoak izateko duten joera handiagoa dela, arrazoi gabeko goibeldura izan ezik, hau 65 urtez gorakoen artean usuago gertatzen baita.

Bizitzaren eta familiaren zikloak eragin handia dute emakumeen egoera animikoan eta oreka psikologikoan. Adin horietan (45 eta 64 urteren artean) aldaketa biologikoak ezezik etxeko egiturarenak ere suertatzen dira, bikotearen harremanetan, denbora nola eman, e.a.

Orain arte aipatu ditugun emaitzek berretsi egingo lukete menopausia garaian eta geroago ere arazo psikologikoak maizago agertzen direla.

Pairamen psikologikoak izateko joeran statusak duen eragina adinak baldintzatua dago. Goiko statuseko emakume gazteek status apaletakoek baino arrisku handiago baldin badute ere, 25 urtetik aurrera joera alderantzitu egin ohi da, eta orduan pairamen psikikoen tasa handienak status apaleko emakumeei dagozkie, suminkortasuna salbu (ikus 2.22. taula).

2.22. TAULA Pairamen psikikoak, adinaren eta statusaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	OINA- RRIA	ADINA/STATUSA					
		15-24 Behekoa/ Ertain Behekoa	15-24 Goikoa/ Ertain Goikoa	25-54 Behekoa/ Ertain Behekoa	25-54 Goikoa/ Ertain Goikoa	55etik gora Behekoa/ Ertain Behekoa	55etik gora Goikoa/ Ertain Goikoa
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	158	135	405	315	231	70
Suminkortasuna	28,3	25,3	22,3	31,3	30,1	24,7	32,1
Arrazoi gabeko goibelaldiak	29,1	26,8	28,4	29,3	21,5	40,3	32,0
Arrazoi gabeko negargalea	22,6	22,1	25,5	22,1	15,0	31,2	26,3
Aldarte aldaketak	50,6	47,8	55,8	56,3	42,6	53,2	40,9
Larridura eta estuasunak	26,4	20,8	24,7	26,9	24,1	32,7	30,2
Bat ere ez	36,3	45,1	38,8	33,2	39,3	30,0	37,8

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Azpiarratu behar den beste alderdi bat da goiko statuseko emakumeek arazo gutxiago izaten dutela 25 eta 54 urteren artean beren bizitzako beste aroetan baino, eta hori ez zaie status apalekoei gertatzen. Horrek, guzti horrek garbi erakusten digu faktore sozioekonomikoek pertsonen osasunean duten eragina.

Edozein pairamen psikiko izateko joera ere bizileku motaren baldintzapean dago, zeinek zuze-nean erakusten baitu gure gizartean batbederak betetzen duen toki sozioekonomikoa.

2.23. TAULA Pairamen psikikoak, bizileku motaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	EGOITZ HIRI.	INDUSTRI HIRI	INDUSTRI GUNE	NEKAZ.
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	568	326	355	65
Suminkortasuna	28,3	30,1	19,8	34,4	20,8
Arrazoi gabeko goibelaldiak	29,1	29,3	23,1	34,9	26,6
Arrazoi gabeko negargalea	22,6	21,0	19,6	28,4	20,8
Aldarte aldaketak	50,6	52,6	40,6	55,9	53,4
Laridura eta estuasunak	26,4	24,6	21,1	34,0	28,2
Bat ere ez	36,3	33,8	44,8	31,7	41,0

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Aurreko 2.23 taulan ikusten denez, kontraste handiak daude, industri gunetako biztanleek emandako pairamen tasa gorenekoen eta beste herri industrialetako bizilagunek adierazitako pairamen tasa apalagoen artean, non ingurugiro arazoak, pobrezia guneak, langabezia, e.a. kontzentratzen baitira.

JOERA PATOGENOEN MODALITATEAK

2.2.5

Joera patogenoen modalitatetzat hartzen dira modu orokor batzuk, zeinetan sintomek gaixotzeko era ezberdinen arabera konbinatzen baitira. Zeintzuk diren zehaztea osagarritzko informazioa da, gertatzen diren sintomak multzo batean hartuta aztertzeke, eta horren bidez giza talde ezberdinen gaixotzeko joerak zehazten ahal dira.

Asmoa ez da sintomen konbinazio baten bidez eritasun konkretu bat hautemateko bezain zehatzak izatea, baina joera patogeno nagusienak zeintzuk diren jakitea, nork bere sintomak kontestualizatzeko ezezik, emakumeen bizitzaren baldintzak zein diren ezagutzeko ere lagungarri izango da.

Adierazi beharra dago bestalde, atal honetan informazioa era abstraktoagoan aurkeztuko dela multzo batean bildutako sintomen eragina azaltzean baino. Helburua baldin bada joerak mugatzea, sintomak aldi berean agertzen direneko formak sintetizatzen duten joerak, alegia, horretarako behar-beharrezkoa da sintoma bakoitza pairatzeagatik suertatzen diren aldaketak, oroharreko maiztasunaren arabera egin daitekeen ausazko banaketari dagozkionak aztertzea.

Joera patogenoak zehazten dituzten faktore matematikoak, korrespondentzia anitzetako faktore azterketaren bidez ateratakoak, kontzeptu hauek mugatzen dituzte:

- Kokamena:** Sintoma batek faktorean zein tokitan dagoen erakusten duen balorea, horrek ohizko elkartzeko ezberdinak sintetizatzean aurkako bi joera definitzen ditu. Kokamenaren arabera faktore baten aurrean sintomak izan daitezke positiboak, negatiboak edo neutroak. Logikoki, bazter bateko sintoma positiboak negatiboak agertzen ez direnean azalduko dira; eta sintoma neutroen agerpena berriz bazterrekoengandik independentea da.
- Ekarpen erlatiboa:** Balore honek adierazten digu faktorearen osakeran sintoma bakoitzak duen pisua. Sintoma batek faktore batean duen ekarpenaren arabera jakin daiteke haren agerpena zer neurritan har daitekeen faktore horren zehaztatzailetzat.
- Azalpen erlatiboa:** Balore honek adierazten digu ea sintoma bat faktorean duen partaide-tzara soilik mugatzen den. Faktore batek sintoma batez egiten duen azalpenaren arabera jakin daiteke sintoma horrek faktore horretan soilik parte hartzen duen edo baita beste batzuetan ere.

Beste kategoriei buruz, hala nola statusa, lanbidea edo atsegin maila, horiek ez baitute zuzenean faktoreak osatzen, frogatzen ahal da faktore bakoitzarekiko erlazioa.

Adinari zor zaizkion aldaketak saihestearren, berehalaxe gazteen modalitatea eta zaharrena bereiztera behartuko zutenak, ikerketa 25 eta 54 urte bitarteko emakumeen sintometara mugatu da.

BARREIATZEA/MUGATZEA

Sintomen arteko elkarketa gehien azaltzen duen faktoreak tentsioak jasotzeko bi modalitate ezberdindu sortzen ditu: barreiatua eta mugatua.

2.24.(a) TAULA Barreiatzea (I. faktorea: bazterreko pairamen positiboak)

	KOKAMENA	EKARPENA (%)	AZALPENA (%)
Dardara	720	24,0	48,7
Bularreko mina/presioa	366	15,0	42,0
Pilpirak	331	17,3	42,6
Nekea	252	8,1	22,0

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

2.24.(b) TAULA Mugatzea (I. faktorea: bazterreko pairamen negatiboak)

	KOKAMENA	EKARPENA (%)	AZALPENA (%)
Gerrontzeko mina	-178	9,3	24,0
Buruko mina	-160	9,7	28,2
Artikulazioetako mina	-150	7,4	23,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Modalitate barreiatuan tentsioen eragina organo konkretu batean baino gorputz osoan sumatzen da. Modalitate mugatuan aldiz, organo batean dira ondoez guztiak kontzentratzen.

Gehienbat pairamen mugatuak nozitzen dituzten emakumezko taldeak ikasketa maila goreneko emakumeek osatzen dituzte eta berebat, etxeko lanetan atsegin maila handiegirik izaten ez dutenak.

2.25. TAULA Emakumezko taldeen eta I. faktorearen arteko erlazioa

	KOKAMENA	EKARPENA (%)	AZALPENA (%)
Goi mailako ikasketak	-219	3,2	48,6
Atsegin maila apala etxeko lanetarako	-160	4,7	71,0
Nahikoa atsegin ditu etxeko lanak	-145	0,4	61,6

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

DEPRESIOA/SOMATIZAZIOA

Sintomen arteko elkarketak azaltzen dituen bigarren faktoreak bi modalitate sortzen ditu: goibelaldia eta somatizazioa. Hauek tentsio psikikoei aurre egiteko bi modu ezberdin gisa uler daitezke.

2.26.(a) TAULA Somatizazioa (II. faktorea: bazterreko pairamen positiboak)

	KOKAMENA	EKARPENA (%)	AZALPENA (%)
Gerrontzeko mina	229	18,5	39,1
Artikulazioetako mina	190	14,3	36,9
Zorabioak	180	8,1	21,6
Pilpirak	161	4,9	10,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

2.26.(b) TAULA Depresioa (II. faktorea: bazterreko pairamen negatiboak)

	KOKAMENA	EKARPENA (%)	AZALPENA (%)
Arrazoirik gabeko negargalea	-225	14,3	48,7
Arrazoirik gabeko tristura	-225	17,9	61,4
Jangura gutxitzea	-149	2,9	4,6
Laridura eta estuasuna	-157	8,2	26,8

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Tentsio psikikoei erantzuteko modalitate ezaguna den hau, somatizazio kontzeptua alegia, depresioari kontrajartzen zaiona, funtsean ondoko hau da: tentsio psikikoak sintomatologia fisi-

kora bideratzeko joera edo horietatik premiazko ekintzen bitartez ihes egitea. Nahiz eta arazo psikologiko baten somatizazioak hura jasateko ahalmena hazten duen, zenbaitetan arazoari aurre egiteko eta konponbidea bilatzeko oztopo ere bihur daiteke.

2.27. TAULA Emakumezko taldeen eta II. faktorearen arteko erlazioa

	KOKAMENA	EKARPENA (%)	AZALPENA (%)
Oso atsegin ditu etxeko lanak	24	0	5,9
Nahikoa atsegin ditu etxeko lanak	60	0,9	10,4
Atsegin maila apala etxeko lanetarako	-8	0	0,2
Etxeko lanak ez ditu bat ere atsegin	-11	0	0,3
Goiko statusa	87	0,9	12,8
Status ertain-goikoa	42	0,3	7,1
Status ertain-behekoa	7	0	0,2
Beheko statusa	-67	0,4	7,2

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Somatizaziorako joera handiagoa da goiko statusetan, etxeko lanetan atsegin gehien izaten duten emakumeen artean. Depresiorako joera ordea, status apaleko emakumeengan gertatzen da gehiago, etxeko lanetan atseginik izaten ez dutenen artean.

Taldeen arteko erlazio horiek matizatu egiten dute beste egile batzuek egindako hipotesia, hots, maila soziokultural apalenetan patologia psikikoa sintoma somatikoen bitartez azaltzeko joera izaten dela ¹⁰.

SINTOMA BEREZIAK: JANGURA GUTXITZEA, LOGABEZIA ETA SUMINKORTASUNA

Zentzu hertsian pairamen modalitateak ez badira ere, kontuan hartzeko dira gainerakoekin komunztadura positiborik ez negatiborik ez duten sintoma hauek, adiera garrantzizkoa baitute: jangura gutxitzea, logabezia eta suminkortasuna.

Gertakari mota honek hipotesi bat planteatzeko bide eman dezake, hau da, sintoma guzti horiek gehienetan izaera bereziko disfuntzioei dagozkiela, eta alde horretatik heldu behar zaiela.

¹⁰ Ikus Vázquez-Barquero, J.L. "Emakumearen adimen osasuna Espainian". In Zerbitzuen Erabilpena eta medizinen kontsumoa, 1990.

3

OSASUN ZAINKETAK

SARRERA

3.1

Gizarteak aurrera doazen neurrian, dela ongizate eskaerak gehitzearen ondorioz, dela medikuntzako aurrerapenen eraginez, gaisotasun gisa hartzen diren eta osasun sisteman kasu egiten ahal zaizkien arazoen esparrua zabaltzen ari da. Gaur egun osasun sistemak babes orokorra ematen du, eritasun larrienentzako eta ohizko alditxar horientzako berehalako laguntza barne dela.

Bestalde, osasunarekiko laguntza planteatzen ari da ekimen orokor baten garapen gisa, eta bere baitan biltzen ditu ohizko osatze edo indartze lana ezezik baita prebentziozko ekimen jarraikorra ere, ingurugiro arloko arrisku faktoreak eta ohitura osasungaitzak kontrolatu eta edozein desoreka hautemateko, agiriko patologia bihurtu baino lehen.

Kapitulu honetan aztertzen dira osasuna kontrolatzera berariaz bideratzen diren praktikak, eta hurrengo kapituluaren zuzenean eragina izan dezaketen ohiturak, esate baterako, dieta, ariketa fisikoa, alkohola edatea eta tabakoa erretzea.

AURREZAINZA NEURRIAK

3.2

Emakunderentzako burutu den inkestan elkarriketatuak izan direnek emandako erantzunei erreparatuz gero, ziurta daiteke prebentzioaren kultura franko hedatu dela E.A.E.ko populazioan, zeren osasunaren gainean nolazpaiteko kontrol ohiturak praktikatzen dutela adierazten dutenen proportzioak erakuskariaren % 40a gainditzen baitu galdesortan sartu diren kontrol mota guztietarako. Osasun kontrol horiek guztiak emakumeek gehiago praktikatzen dute gizonen baino, txekoa ezik (ikus 3.1. taula).

3.1. TAULA Osasun kontrolen praktika, sexuaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (15 urtez gorako pop.):	1.314	415
Gorputzaren pisuaren kontrola	42,7	40,5
Tentsioaren kontrola	61,9	47,5
Elikaduraren kontrola	65,6	52,7
Araketa/Preb. kontsulta	44,7	45,4
Kontrol ginekologikoa	46,3	
Kontrolik ez	9,4	23,6

Iturria: EMAKUNDE.

Datuak bildu direneko osasun kontroletan, E.A.E.n gehienbat tentsioaren eta elikaduraren kontrolak egiten dira (ikus 3.1. taula), elkarrizketatuen statusa zenbat eta goragokoa den hainbat eta kontrol gehiago egiten direlarik.

Araketa horiek etxekoandreen artean ez daude lan ordaindua duten emakumeen artean bezain hedatuak, besteak beste, enpresa batzuetan urteko araketa egitea nahitaezkoa izaten delako.

Gutziz hedatu den zerbitzua da ginekologiako ikusketa eta kontrola, 3.1. taulan ikusten denez. Alabaina, osasun sistemak ematen duen erantzunak badu akatsik. Ikerketa honetarako egin diren bileretan egoera horri buruz zenbait eritzi adierazgarri bildu dira.

Ezberdintasun ugari daude bai sektore publikoko nola pribatuko eritetxea nola ginekologoa hautatzeko garaian, eta frogatu izan zenez gero emakumeen eritzia ezberdina zen segun eta zein zen ematen zitzaien profesionari, giza edo administrazio-burokrazia arloko laguntza. Ia emakume guztiek beren medikuak profesionari ontzat dauzkaten bitartean, emakume batzuek laguntza gizatiarrago baten beharrean sentitzen dira, informazio gehiago eta gardenagoa, batez ere minbiziaren bildur badira.

Emakumeak kezkatzen dituen beste gai bat da harrerei eta itxaron zerrendei buruzko aribide administratiboa (batzuek diote itxaron beharrik ez dutela izan eta kontent direla eta beste batzuek berriz orain okerrago dabilela, gehiago itxaron behar dela eta) eta berdin gertatzen da profesionarien aldetik izaten duten tratu pertsonalarekin. Kontraesan bat dago osasun sistema barrutik atera dituzten mezuen (zainketa beharrak sortuz) eta sistema publikotik eskaintzen den asistentziaren artean. Dirudien eritziak sektore pribatuan ematen den laguntzaren alde daude. Hauexek dira emakumeek beren ikuskapen eta kontroletarako ohiturei buruz adierazi dituzten eritzietako batzuk:

"Ni famili plangintzan, oso ongi. Odol analisiak eta guzti egiten dizkigute, eta gero bi urtetik behin zitologia bat... oso ongi".

"Dena dela, Seguritate Sozialean eskatzen duzu errebisioa egin nahi duzula eta ez dago arazorik. Hilabete itxoin behar zita emateko, hori bai".

"Joan segurura, bolante bat eskatu errebisioa egiteko eta, ea zer duzun. Ez, baina urtero joan beharra dagoela eta ni ez naizela joan deneko 2 edo 3 urtetan azaldu... Ah!, baina baduzu zerbait?, zeozer sumatzen duzu?... Ez, baina atergabe ari dira esan eta esan, egin behar dela eta. Ez, baina hori ez badaukazu, ez duzu horren beharrik. Eta hurrengo hilean itzuli, eta hurrengoan ... eta berdín, egin gabe. Eta azkenean hainbesteko alamenaren eman ondoren, eman egin ziotela, baina bestela etzazula pentsa...".

"Ez da gauza bera, lehen bikain funtzionatzen zuen, baina orain, konpetentziak direla eta ez direla, edo ez dakit zer, negargarri dabil. Hala zita eskatu behar duzu bi edo hiru hilabete aurretik, han ez baita inortxo ere agertzen..."

"Neretzat profesional bezala oso ondo; gizalege aldetik uste dut medikuari asko falta zaiola oraindik. Duela 9 urte fibroma bat izan nuen bularrean eta orduan onkologikora joan nintzen. Gero beste arazo bat izan dut, kiste bilgortsu bat beste bularrean, infektatu egin zitzaidana. Ama horregatik hil zitzaidan eta ikaratuta nago. Ederki asko hartu naute Seguritate Sozialean, baina alde batean ematen dizuten tratutik beste aldean ematen dizutenera... bada aldea. Nik ez dakit zergatik baina landare bat bazina bezala hartzen zaituzte, osatu bai, osatzen zaituzte, baina ez dute sentimendua kontutan hartzen, ezta informatzea ere, ze. medizinan analfabetoa izanik ere informazioa behintzat eman diezazutela. Zerbaiten berri izateko, eta nola nengoen

jakiteko, ni neroni joan behar izan dut galdezka. Haiek begiratu besterik ez dizute egiten; Ah!, ba, hobeto zaude, etorri 8 egun barru. Ez dizute informatzen, ez zaie ardura.”

“Hala ere, nere kasuan, era guztietako esplikazioak eman dizkirate”.

“Partikularrarekin bada aldea. Ni beti joan naiz berarengana, alabak ere harekin izan nituen, eta urtero-urtero... Izan ere, edozein gauza duzunean, deitu telefonoz, edozein duda, edozein gauza. Hori nabari da. Seguruan, ez dakit jende gehiegi dagoelako, edo dena dela, ez dakit errua haiena edo norena den, baina ez da berdin”.

KONTSULTA MEDIKOAK ETA MEDIZINEN KONTSUMOA

3.3

Atal honetan bi informazio iturri erabiliko ditugu:

- Eusko Jaurlaritzako Osasun Inkesta, profesionariei edozein motatako arazoen eta medizinen kontsumoen gainean egiten zaizkien kontsultei buruzkoa.
- Emakunderen Inkesta, “eguneroko” alditxarrengatik kontsultak aztertzeko.

Osasun Inkestako emaitzen arabera, Euskadin batez beste pertsona bakoitza urtean zazpi aldiz joaten da medikuaren kontsultara. Haurtzaroan gizonezkoak emakumezkoak baino usuago joaten badira ere medikura, 15 urtetik aurrera alderantziz gertatzen da. Kontsultara joateko arrazoi nagusia (% 80an) arazoren baten diagnostikoa, tratamendua eta ikusketa izan da. Bestalde, populazioa errezeten eske joaten da (% 11) eta % 6 berriz, problema zehatzik izan gabe, bada ezpada.

Emakunderen Inkestan galdetzen zitzairen ea kontsultara joan ziren edo ez “eguneroko” arazoengatik -horietaz mintzatu gara lehen (nekea, logabezia, artikulazioetako mina, hilekoagatiko ezongia, etab.). Osasunari buruzko Inkestan ateratzen zenaren aurka, emakumeek, frogatu den bezala eguneroko alditxar horietara emanago baitira, medikura gizonezkoak baino gutxiagotan joaten dira horiek sendatzeko (ikus 3.2 taula).

3.2. TAULA Ohizko alditxarrengatik medikura joatea, sexuaren arabera. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (15 urtez goitiko pop.):	1.314	415
Ohizko alditxarrengatik medikura joaten da	58,0	63,5
Ohizko alditxarrengatik medikura ez da joaten	41,6	35,6
Ez daki/Ez du erantzun	0,4	0,9

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Emakumeen artean ezezik gizonen artean ere ezongialdi baten aurrean axolarik eza, edo hori normalizat hartzea dira medikura ez joateko aitzakirik hedatuak (ikus 3.3. taula).

3.3. TAULA Ohizko alditxarreatatik medikura ez joatearen arrazoiak, sexuaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRRIA (ez dute medikuarekin kontsultatzen):	552	151
Normalak dira pertsona guztientzat	23,2	23,2
Normalak dira emakumeen artean	9,8	
Ez dago soluziorik	3,4	2,0
Medikuek ez diete garrantzirik ematen	10,7	2,6
Utzikeriagatik	17,4	17,2
Kezkatzen ez naudelako	36,4	43,7
Ez daki/Ez du erantzun	8,0	16,6

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Arrazoi nagusienetan bat datozen arren, agerrarazi behar dira emakumeen eta gizonen arteko ezberdintasunak osasun sistemarekiko jarreraren gainean. Ohizko ezongiez kezkatzen ez direla eta, gizonezkoek medikura ez joateko joera nabaria duten bitartean, emakumeak kezkatu ager-tzen dira beren ustez medikuek beren ezongiari ez diotelako garrantzirik ematen.

Hasiera batez, beren ezongiari garrantzirik emango ez zaiola esateko emakumeek daukaten kezka horrek bi egoera ezberdin agerraraziko zituzkeen, ez halaberrez kontrajarriak:

- Emakumeak gizonak baino usuago joango lirateke medikura ezongi horiengatik. Baina me-dikuek, egungo osasun sistemaren esparruan indarrean dauden erizpideak aplikatuz, ez dute haientzako tratamendurik ematen (adimen osasuna, kasu).
- Osasun sistemak ez lieke emakumeei behar bezain besteko konfidantzarik emango, beren ezongiak, nahiz tratamenduan jartzeko modukoak izan, atentzio egokia izango dutela pen-tsatzeko.

Ondoko ikerketetan argitu beharko da egoera bata eta bestea zein neurritan gertatzen den. Zernahi gisaz, argi dago etorkizuneko erreformetan osasun sistema nola heda daitekeen era-baki eta profesionariak emakumezkoen ezongi horienganako sentsibilizatu behar direla, nahiz eta anitzetan erantzun sanitario soila baino zerbait gehiagoren premiatan izan.

Medizinen kontsumoari dagokionez, eta 3.4 taulan ikus daiteke, emakumeen kontsumoa gizo-nezkoenari gailentzen zaio.

3.4. TAULA Azken egunetako medizina kontsumoa, sexuaren arabera, 1985-86an. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRRIA (Populazio osoa):	12.624	12.033
Ez dute kontsumitzen	62,0	71,7
Kontsumitzen dute	38,0	28,3

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko osasunari buruzko Inkesta, 1987.

Bestalde, kopuru handiagoan eta maizago kontsumitzen dute gizonezkoek baino, batez ere emakumeek arazo ugari eta kronikoak nozitzen dituztelako. Medizina gehienak medikuak errezetatzen ditu (% 77), eta ez da harritzekoa, kontutan izanik merkeago ateratzeko eta kostua Gizarte Segurantzak nahiz beste mutua batzuek ordain dezaten beharrezkoa dela errezeta. Dena den, medizinen % 19 medikuak agindu gabe kontsumitzen dira, eta besteak beste, analgesikoak dira norberaren kabuz gehien kontsumitzen direnak.

4

BIZITZEKO OHITURAK

SARRERA

4.1

Eritasunen aurrezaintzarako edo gaixotu ondoren sendatzeko ematen diren zainketa batzuk ikusi ondoren bizitzeko ohitura batzuk ezagutuko ditugu, pertsonen osasuna modu positiboan edo negatiboan baldintzatzen dituztenak.

Oraingoan, dieta, ariketa fisikoa eta droga kontsumoa izango ditugu gai, bereziki tabakoa eta alkohola azpimarratu eta leku berezia eskainiko diegu.

Emakumeen eta gizonen arteko erikortasunarekiko aldeak aztertzean pentsa zitekeen sexua erabateko aldagaia dela erikortasun-heriokortasunean antzemandako diferentziak ikusirik; hala eta guztiz ere, bizitzeko ohitura batzuk ezberdintasun horien sortzaile diren arrisku eragileztat har daitezke, esaterako tabakoaren kontsumoa kardiopatia koronaria eta biriketako minbiziarekin lotzen da, edota alkoholarena liseriketa patologia handiagoarekin gizonen artean.

Bizitzeko azturak indibidualak diren arren begibistan dago osagai soziala ere badutela. Beraz, ohitura kaltegarriak aldatzeko neurri indibidualez gain ez dugu ahortzi behar haien alde soziala, horregatik gizarte osora zuzendu behar gatzazkio, eta zenbait kasutan ohiturekin batean beste balore batzuk ere badaude, kontutan hartu beharrekoak, eta askotan, kritikatu ere kritikatu beharrekoak.

E.A.E.ko POPULAZIOAREN ELIKADURA

4.2

E.A.E.ko populazioaren adierazle antropometrikoek eta biometrikoek desoreka batzuk erakusten dituzte, elikadura gehienetan eskasian baino soberan izaten delako. E.A.E.ko biztanlegoan Elikapen Inkestak hauteman duen lodien gailentasuna emakumeentzat % 16koa litzateke, gizonezkoetan % 11koa baizik izango ez zelarik ¹¹.

Medikuntzan azken urte hauetan erruz erabili den neurri bat da organismoko kolesterola kontrolatzea, hein batean bederen elikadura desegoki batekin erlazionatuta egon baitaiteke. Kolesterol gehiegi izateak patologia kardiobaskularra izateko arrisku handienetakoa dakar, batez ere pertsonen ezaugarri edo arrisku bereziei lotuta hala nola hipertentsioa, beste motatako hiperlipidemiak, loditasuna, bizitzeko ohitura egonkorra, famili arriskua, etab... Alde horretatik Elikapen Inkestak eskurarazi dituen datuek erakusten dutenez emakumeen % 11k eta gizonezkoen % 18k 250 mg/dL kolesterol baino gehiago dute ¹².

Nahiz eta organismoaren elikapen behar minimoak beteak egon kontutan hartzeko eliku eskaia aurkitu dira, esate baterako, ferritina maila txikiek anemia ferropatikoa sortzen dute, eta horrela, Elikapen Inkestako erakuskarian, emakumeen % 14k eta gizonen % 8k erakusten dituzten ferritina balio sortak arrisku mugan daude ¹³.

¹¹ Ikus Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Elikapen Inkesta, Gasteiz, 1990, 39. orr.

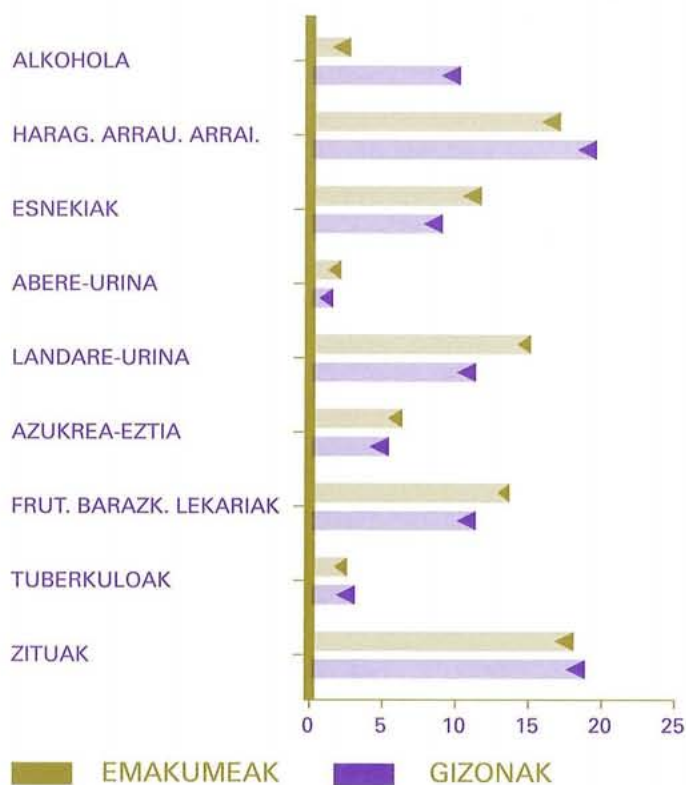
¹² Ikus Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Elikapen Inkesta, Gasteiz, 1990, 39-41. orr.

¹³ Ikus Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Elikapen Inkesta, Gasteiz, 1990, 45. orr.

E.A.E.ko elikadura kontsumoaren eredua, bizitza aktibotik egonkorrago batera aldatuz doan prozesu baten ondorioa da. Prozesu horrek, alde batetik, energia gutxiago irentsi beharra suposatzen du, eta bestetik transformazio industrialaren bidez ekoiztutako elikagaien garrantzia gehitzea.

Testuinguru horretan, 11. grafikoan ikus daitekeenez, E.A.E.ko emakumeen energia ratioak planteatzen duen arazoa da materia koipetsu gehiegi izatea, batez ere landare-urina. E.A.E.ko Elikapen Inkestak dioenez emakumeen % 35en eta gizonen % 16ren elikaduran razio energetikoaren % 40 urinezko materietatik letorkieke, OMEk (OMS) gomendatzen duen proportzioa % 30 denean ¹⁴.

11. GRAFIKOA E.A.E.ko elikapen eredua, sexuaren arabera



Elikagai multzo bakoitzaren proportzioa elikaduran

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Elikapen Inkesta. Gasteiz 1990.

Datu hauen bitartez agerian geratzen da pisu gehiegia, urin kontsumo handiegia eta kolesterol mailak goregi daudela. Faktore horiek, hipertentsioarekin eta bizitzeko ohitura ez oso osasuntsuekin batean, adibidez sedentarismoa eta tabakoa erretzea, eritasun kardiobaskularren sortzaile dira hein handi batean, eta horiek batera dira gure herriko heriokortasunaren lehenengo eragile.

¹⁴ Ikus Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Elikapen Inkesta, Gasteiz, 1990, 44. orr.

4.3

ARIKETA FISIKOA

Gizarte tradizioaletan osasunarentzat arriskurik behinenetako bat laneko ariketa baldin bazen, egungo gizarteetan egoera iraui egin da. Gaur egun oso gutxi dira eginahal fisiko handiko lanetan ari direnak, makinei esker. Eta hori ez da gizonek egiten ohi zituzten zereginetan gertatzen soilik, gauza bera gertatzen baita etxeko lanei dagokienean ere. XX. mendearen azkenaldeko etxekoandreak duten lana askozaz ere arinago da beren amonek egiten zutena baino, etxea zaintzeak eginahal fisiko hagitzez txikiagoa eskatzen du, eta ordu gutxiago behar dira egunean guztiak burutzeko.

Arriskua beraz, gehienbat bizikera egonkorretatik datorkigu, izan ere horiek sendotasun fisikoa higitzen dute eta metabolismoaren nahiz zirkulazio eta arnas funtzioaren aribide egokia galarazten dute.

Bizitzaren etapa bakoitzean egiten den ariketa fisikoaren maila baldintzatzen dute zenbait ingurumenek, eta horiek arras ezberdinak dira sexuari bagagozkio.

Osasun Inkestan bi motatako ariketa neurtzen ziren: "ohizko" ihardueran egiten zena eta astialdietakoa. Pertsona bakoitzaren ohizko ariketa zen ia egun osoa hartzen zuena, adibidez: lana, etxekoandreaken zereginak, ikasleenak, langabezian daudenenak, etab.

Ohizko ihardueran egiten den ariketa fisikoa antzekoa da bi sexuetako gazteen artean, adin horietan, eta kontuan izanik zein berandu jartzen diren familiatik at beren kontura bizitzen, bai mutilek nola neskek "aktibitate" berdintsuko bizitza daramate. Gero gertatzen da, 25 urtetik aurrera laneko eta familiako ardurak beren gain hartzean, emakumeen aktibitate fisikoa gizonenakoa baino handiagoa dela. Horren ondorioz 25 urtetik 64ra bitarteko emakumeen artean ohitura egonkorrak mantentzen dituztenen proportzioa hagitz murrizta da (ikus 4.1. taula)

Horren arrazoia da etxeko lana oraino ere bulego edo lantegietako beste lan batzuk baino "aktibitate fisiko" handiagokoa dela. Gogoan hartuz famili ardurak dituzten emakumeak lan merkatuan ere daudenez bi eginkizunetan ari direla, bistan da aktibitate gehiago aitortzea.

4.1. TAULA E.A.E.ko populazioan eguneroko ihardueran burutzen den aktibitate fisikoa, 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK			GIZONAK		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
OINARRIA (16 urtetik gora):	60	433	132	77	350	77
Egonkorra	55,0	12,5	39,4	55,8	29,7	55,8
Aktiboa	45,0	87,5	60,5	44,2	30,3	44,2

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko Osasunari buruzko Inkesta, 1987.

Gazteenen kasuan, emakumeek ariketa fisiko gutxiago egiten dute astialdietan gizonenakoa baino, batez ere kirolarekin lotzen den ariketa; halaz ere, 25 urtetik aitzina astialdietako ariketa fisikoaren mailak berdintsuak dira (ikus 4.2. taula)

4.2. TAULA E.A.E.ko populazioan astialdian burutzen den aktibitate fisikoa, 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK			GIZONAK		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
OINARRIA (16 urtetik gora):	60	433	132	77	350	77
Egonkorra	63,3	67,2	78,8	35,1	63,4	89,6
Aktiboa	36,7	32,8	21,2	64,5	36,6	10,4

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarte Osasunari buruzko Inkesta, 1987.

Gai hau argitzeko, azterlan honetarako burututako inkestan zenbait galdera sartu ziren. Han frogatzen da emakumeen artean, etxetik kanpora lan eginez gero ariketa praktikatzeko maiztasuna jaisten dela, nahiz ez den erabat lagatzen.

4.3. TAULA Ariketa fisikoaren maiztasuna. (% bertikalak)

	OINARRIA	SOLDATAPEKO LANGILEAK	JUBILATUTAKO ETXANDREAK	GAINERAKOAK
OINARRIA:	514	192	218	104
Astean bitan edo gehiagotan	30,2	20,6	36,3	34,3
Astean behin	13,8	19,8	7,3	17,2
Noizbehinka	27,8	28,5	27,4	25,8
Behin ere ez	28,3	31,1	29,0	22,7

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Astero ariketa egiten duten etxekoandreak, gehienetan bizpahiru aldiz aritzen dira astero, aldiz etxetik at lana egiten duten emakumeen erdiak kasik astean behin bakarrik egiten du (ikus 4.3 taula). Horren zergatia begibistan da, zeren aurretik aipatu dugunez, lan ordainduan ari eta familia duten emakumeen "presentzia" bikoitza baita; ondorioz zereginak metatzen zaizkie, eta asti gutxiago dute ariketa fisikoan aritzeko.

Etxandreek beste arazo bat ere izaten dute beren denbora banatzeko. Anitzetan, batez ere ja-danik haur txikirik ez dagoenean, industria eta zerbitzuetan lan egiten duten pertsonak ez be-zalako ordutegia baitute. Horregatik maiz aski kirol instalazioetara (holakorik izanez gero) joan ezinik gelditzen ziren haien ordutegi desegokiak zirelako. Orain ordea, eskaintza motak ge-hitu direnetik emakumeek kiroldegiak bete dituzte, Emakunderentzat Mercedes Salcedo sozio-logoak eginiko "Emakumezkoen partaidetza kirolean" delako azterlanean frogatzen zen bezala. Askotan egintza batzuk ez egitearen arrazoiak zerikusi gehiago du talde sozial bakoitzaren den-bora banaketarekin talde horiek osatzen dituzten pertsonen guriarekin baino.

Emakumeek ez dute tabakoa erretzeko gizonek adina ohiturarik. Baina azken hamarkadetan erretzeko ohitura hainbeste zabaldu da emakumeen artean non ia gizonezkoena baizik ez zena gaur egun neurri beretsuan emakumeena ere izatera iritsi baita.

Osasun erakundeek eta profesionaliek aho batez aitortzen dute erretzea osasunerako arrisku-tsua izateaz gain heriotz eragile ere badela.

Tabakoaren kontsumoa ekidin daitekeen heriotz eragile nagusienetakotzat katalogatu dute. Uste da 1988an E.A.E.n izandako heriotzen % 14 erretzeak eragindakoak izan zirela.

Tabakoaren kontsumoak osasunarentzako arrisku sortzaile gisa duen garrantziari dagokionez, azpimarratu egin behar da hainbat arazotan duen eragina, bronkitis kronikoetan, kardiopatia iskemikoetan eta are eritasun larriagoetan ere, adibidez arnas eta liseriketa aparatuetako minbizieta. Mendebaldeko estatu batzuetan, Estatu Batuetan kasu, biriketako minbiziak sortutako heriokortasun tasak gora egin du, eta orain arte emakumeen artean minbiziagatik heriotz eragile lehena izan den bularretako minbiziaren parera iritsi da.

Bi sexuentzat arrisku berak izateaz gainera, tabakoa erretzeko ohituraren ondorioz konplikazioak etor dakizkieke haurdunaldian emakumeei, sasoiz aurreko haurra izateko bidea, sortzez pisu gutxiegiak eta bere bizitzako lehenbiziko urtean hiltzeko arrisku handiagoarekin, bihotzeko dis-funtzioak antisorgailu oralak hartzean, menopausia goiztiarra edo osteoporosiaren gehikuntza.

Kezka hau modu eraginkorrean transmititu beharko litzaioke populazioari eta bereziki emaku-meei, alde batetik tabakoa erretzeak osasunari eta amatasunari dakartzkien ondorio berezien-gatik, emakumeek familia barruan hezitzaile gisa duten zeregina aitortuz, eta bestetik hezkun-tza eta osasunarekin erlazionatutako lanbideetan duten ordezkotza zabalagatik, horrek funtsezko katemaila bihurtzen baititu emakumeak osasuna suspertzeko edozein politika edo ekintzatan.

4.4. TAULA Tabakoaren kontsumoa E.A.E.ko biztanleen artean 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera. (% bertikalak)

	EMAKUMEA			GIZONAK		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
OINARRIA (16 urte edo gehiago):	60	433	132	77	350	77
Ez dute erretzen	33,3	63,0	90,9	37,7	32,9	37,7
Erretzen dute	66,7	37,0	9,1	62,3	67,1	62,3

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko Osasunari buruzko Inkesta, 1987.

Euskal Autonomi Elkarteko Osasunari buruzko inkestak eman dituen 1985-86 urteetako datuen arabera, 64 urtez goitiko emakumezko populazioan erretzaile zirenak % 10 baizik ez ziren bi-tartean, 16 eta 24 urte bitarteko emakumezkoetan berriz % 60ra iristen zen, adin tarte horre-tan gizonezko populazioan erregistraturiko proportzioa gainditzen dutelarik (ikus 4.4. taula).

Emakumezko populazioan erretzeko ohitura apalagoa izateari gaineratu behar zaio emakume erretzaileek gutxiago erretzen dutela kopurutan gizon erretzaileek baino (ikus 4.5. taula).

4.5. TAULA Tabakoa kontsumitzeko moduak E.A.E.ko erretzaileen artean, 1985-86an. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (16 urte edo gehiago, Erretzaileak):	212	325
Noizean behin	49,1	22,5
Erdizka	34,0	32,0
Gehiegi	15,6	33,2
Oso erretzailea	1,4	12,3

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko Osasunari buruzko Inkesta, 1987.

Euskal Autonomi Elkarteko Osasun Inkestaren emaitzen arabera, erretzen zuten emakumeen ia erdiak noizbehinka erretzen zuen, gizonen artean berriz % 23k besterik ez (ikus 4.5 taula).

Gazteenetan, emakumeek noizbehinka erretzeko ohitura handiagoa dute gizonezkoek baino, baina tabakoa kontsumitzeko moduetan bi sexuetako erretzaileen arteko aldeak gutxiago nabari dira populazio osoarekin alderatuz (ikus 4.4. eta 4.6. taulak).

4.6. TAULA Tabakoa kontsumitzeko moduak E.A.E.ko erretzaile gazteen artean, 1985-86an. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (15-29 urte bitarte. Erretzaileak):	656	627
Jaiegunetan bakarrik	16,7	11,7
Batez beste 10 zig. eguneko	32,2	27,6
Batez beste 10-20 zig. eguneko	41,7	44,0
Batez beste pakete 1etik gora eguneko	9,5	16,7

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Kultura eta Turismo Saila, Euskal Gazteak, 1990.

Emakume gazteenen tabako kontsumo handiak sortzen duen kezka hori baretu daiteke, Euskalherriko Gaztediari buruzko txostenaren kariaz egin ziren inkestetan erretzeko ohituren behar-rakada hauteman zela jakinik (ikus 4.7 taula).

4.7. TAULA Tabako kontsumoaren bilakaera E.A.E.ko gazteen artean, sexuaren arabera. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK		GIZONAK	
	1986	1990	1986	1990
OINARRIA (15-29 urte bitartean):	1.000	1.127	1.030	1.115
Ez dute erretzen	35,3	41,8	39,4	43,8
Erretzen dute	64,7	58,2	60,6	56,2

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Kultura eta Turismo Saila, Euskal Gazteak, 1990.

ALKOHOLAREN KONTSUMOA

4.5

Alkoholaren kontsumoa, heriotz eragile eta osasunerako arriskutsua den aldetik daukan garrantziaz gainera, gaitzeko nahasmen bide izan daiteke gizarte eta familiako harremanetarako —ezaguna da horren zerikusia tratu txarrak izaten diren egoeretan— eta bai ardurak hartzeko gaitasunerako ere.

Illo horri segiz aski adierazgarriak dira alkoholaren kontsumoaz egin diren kalkuluak; horien arabera E.A.E.n gizonek izaten dituzten lan eta zirkulazio istripuetan lautik bat alkoholagatik da, eta bestalde alkoholak kasik milioi lanaldiren galera ekarri du urte beteko epean ¹⁵.

4.8. TAULA Alkoholaren kontsumoa E.A.E.ko biztanleen artean 1985-86an, adinaren eta sexuaren arabera. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK			GIZONAK		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
OINARRIA (16 urte edo gehiago):	60	431	131	77	350	77
Ez dute edaten	16,7	25,1	54,2	11,7	12,0	22,1
Edaten dute	83,3	74,9	45,8	88,3	88,0	77,9

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarte Osasunari buruzko Inkesta, 1987.

Alkoholaren kontsumoa osasunerako duen arriskuaren garrantziari dagokionean, azpimarratu behar da zer eragina duen gibeledko gaitzekin eta nahasmendu psikikoekin. Halaber, frogatu da buruko odol isuriaren arriskua ere areagotzen duela.

Emakumeen artean, alkoholak bularretako minbiziaren eta haurdunaldietako konplikazioen arriskua ere areagotzen du.

¹⁵ Osasun eta Kontsumo Saila. "Euskadirentzako osasun politika 2000". Eusko Jaurlaritza, 1990, 516. orr.

E.A.E.n alkohola kontsumitzeak ohitura sozial askoren parte izanik onarpen maila handia du. Izan ere, alkohola ospakizun kolektibo askoren ardatza da, nahiz eta azken hamar urte hauetan lehen izandako abegi positiboa nolaerebait aldatu den eta orain gehienek drogatzat hartzen duten. Neurri handi batean bederen arestian aipatutakoagatik, edaleen proportzioa E.A.E.n Espainia osoan baino handiagoa da ¹⁶.

Erretzeko ohiturarekin gertatzen den bezala, emakumeek ez dute gizonek besteko ohiturarik alkohola kontsumitzeko, baina azken hamarkada hauetan asko hedatu da emakumeen artean.

Euskal Autonomi Elkarteko Osasunari buruzko Inkestak emandako datuen arabera, 64 urtetik gorako emakumeen erdiak kasik edaleak ziren, eta % 80 baino gehiago 16 eta 24 urte bitartekoetan, eta azken proportzio hau adin bereko gizonezkoen parekoa da (ikus 4.8 taula)

Eta alkohola kontsumitzeak emakumeen osasunean izan ditzakeen ondorioei dagokienez, adierazi behar da oso "edale" gutxi direla Euskal Autonomi Elkarteko Osasun Inkestan finkatutako parametroei jarraikiz kontsumo "handitzat" edo "gehiegizkotzat" har daitekeen alkohol kopurua edaten dutenak, gizonezkoetan proportzioa nahikoa handiagoa den artean (ikus 4.9 taula).

4.9. TAULA Alkohola kontsumitzeko moduak E.A.E.ko edaleen artean, 1985-86an. (% berti-kalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (16 urte edo gehiago, edaleak):	433	435
Noizean behin	55,7	17,2
Gutxi	42,5	56,3
Asko	1,8	17,2
Gehiegi	0,0	9,2

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko Osasunari buruzko Inkesta, 1987.

Gazteenetan, noizbehinka erretzeko ohitura handiagoa dute emakumeek gizonezkoek baino. Baina tabakoaren kontsumoarekin gertatzen den bezala, alkohola kontsumitzeko moduetan bi sexuetako edaleen arteko aldeak (4.10. taulan froga daitekeenez) gutxiago nabari dira populazio osoarekin alderatuz.

Emakume gazteenetan, alkoholaren kontsumorako joera gero eta zabalduago dago (ikus 4.11. taula). Lehen adierazitakoari helduz, kontsumoa noizbehinkakoa izaten den arren ikusi beharko da zer eragin izango duen datozen urteetan gazteen artean alkoholaren kontsumoa hainbeste zabaltzeak.

¹⁶ 1990eko Osasunari buruzko Inkesta Nazionalaren esanetan, emakumeen % 61,9 "edaleak" lirateke eta gizonezkoen % 83,35 E.A.E.n, Espainian portzentaia horiek % 58,7 eta % 82,1 diren bitartean. Inkesta bien artean, hots, Osasunari buruzko Inkesta Nazionalaren eta Euskal Autonomi Elkarteko osasunari buruzko Inkestaren artean dauden aldeak agian izan daitezke "noizbehinkako edale" askok "ez edaletzat" jotzen dutelako bere burua.

4.10. TAULA Alkohola kontsumitzeko moduak E.A.E.ko edale gazteen artean, 1985-86.
(% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (15-29 urte bitarte, edaleak):	900	976
Jaiegunetan bakarrik	36,0	21,6
Otorduetan bakarrik	2,3	2,1
Otorduetatik at bakarrik	54,0	59,4
Otorduetan eta otorduetatik at	7,7	17,0

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Kultura eta Turismo Saila, Euskal Gazteak, 1990.

4.11. TAULA Alkohol kontsumoaren bilakaera E.A.E.ko gazteen artean, sexuaren arabera.
(% bertikalak)

	EMAKUMEAK		GIZONAK	
	1986	1990	1986	1990
OINARRIA (15-29 urte bitarte):	1.000	1.127	1.030	1.115
Ez dute edaten	29,1	20,1	16,5	12,5
Edaten dute	70,9	79,9	83,5	87,5

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Kultura eta Turismo Saila, Euskal Gazteak, 1990.

DROGEN KONTSUMOA

4.6

Osasunerako arazo bat den aldetik drogen kontsumoaz mintzatzean lehenik eta behin zailtasun bat agertzen zaigu, bere ondorioak era askotakoak eta konplexuak direla, alegia. Sustantziak mota askotakoak izanik, eta beste hainbeste kontsumitzeko moduak eta inguramenak, berezi beharra ditugu drogen kontsumoaren era ezberdinak. Kontsumo era guztiak zehazki aztertzea iritsi gabe, aintzakotzat hartzea komeni da, bere hedapen sozialagatik, edo larritasunagatik, guztxienik hiru kontsumo mota: kannabisaren eratorrinak (hatxis edo marihuana), bizgarriak (kokaína eta anfetaminak), eta hirugarrenez heroina. Azken hau, sustantzia beraren eta nahasten zaizkion produktuen ondorioengatik, edo kontsumoa egiten deneko inguramenean asepsiarik ez izatetik sortzen diren konplikazioengatik, droga guztien artean hedadura txikiena duen arren, bera da osasun arazo gehien sortzen dituen.

Bestalde kontuan hartu behar da drogen kontsumoak zein talde sozialetan duen eragina: gazterian, eta ez bestetan.

4.12. taulan ikusten ahal dugu kannabisaren eratorrinen kontsumoak duen hedapena, hain zuzen ere 1990ean E.A.E.n bizi diren 15 urtetik 29ra bitarteko gazteen ia erdiak hartu baitu. Kokaína, anfetamina eta heroinaren kontsumoak askozaz ere apalagoak dira, baina horien eragina ez da inola ere ahaztekoa. Sexuari dagokionez azpimarratu behar emakumeengan hiru kontsu-

mo mota horiek eragin gutxiago dutela. Halaber, adierazi behar da emakume eta gizonen artean kontsumoaren eraginari dagozkion aldeak handitzen direla kontsumo mota bakoitzak izan dezakeen larritasuna gehitzen den heinean (ikus 4.12. taula)

4.12. TAULA Droga kontsumoaren bilakaera E.A.E.ko gazteen artean, sexuaren arabera ¹⁷.
(% bertikalak)

	EMAKUMEAK		GIZONAK	
	1986	1990	1986	1990
OINARRIA (15-29 urte bitarte):	1.000	1.124	1.030	1.155
Porroa	40,9	40,9	58,3	55,8
Anfetaminak	6,4	7,3	13,2	15,4
Kokaina	5,2	6,0	9,8	14,6
Heroina	1,2	1,1	4,2	5,1

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Kultura eta Turismo Saila, Euskal Gazteak 1990.

Gazteen droga kontsumoari buruzko datuek erakusten dutenez populazio kontsumitzailea gero eta zaharrago bihurtzen ari dela, gazteagoen kontsumo maila jaistearen ondorioz ¹⁸. Hala ere, 4.12. taulan ikus daitekeenez, E.A.E.n bizi diren 15 urtetik 29rako gazteen kokaina eta anfetaminaren kontsumoa gora doa, ez hainbeste emakumeen nola gizonen artean.

¹⁷ Noizbait sustantzia horietako bakoitza kontsumitu dutenen proportzioa.

¹⁸ Ikus Eusko Jaurlaritzako Kultura eta Turismo Saila. Euskal Gazteak 1990, 301. orr.

5

UGALKETA ARLOKO OSASUNA

Emakumeen ugalketa osasunarekin zerikusirik duten egoera eta arazoen esparrua gero eta zabalagoa eta konplexuagoa da. Lehenago kezka guztiak amatasun aldiaren zainketarekin lotzen ziren. Gaur egun berriz, kezka horiek ugalketa zikloaren hasieratik bukaera arte irauten dute. Aldaketa osasun arazoenganako arreta gehiago izatearekin eta baita ere ugalketa eginkizunaren eta harreman sexualen arteko bereizketa areagotzearekin lotzen da. Horrela, haur kopurua planifikatu ahal izateak, haur gutxiago eta osasun laguntza hobeak izateak, emakumeen osasunerako hobekuntza nabariak ekarri dituzte.

Gaur egunean, nerabe eta gazteek beren sexu jokabidea eta antisorgailuak ezagutu eta haien gainean erabakiak hartzen ikasi behar dute, hautapen horietan beren belaunaldiko gazteekin parte hartzen ikasiz. Gazteek gai hauek ardura gehiagok hartzen dituzte, ia gehienek estudiatu eta lan egin nahi baitute, eta horregatik baldintza horiek betetzen ez dituzten bitartean amatasuna goizegitzat hartuko dute.

Bestalde, une horretan hasten dira osasun sistemarekin kontaktuak izaten, antisorgailuak medikuntzarekin zerikusia duen zerbait delako. Beste faktore batzuek, adibidez transmisio sexualeko eritasunen prebentzioa, eta batez ere IHESAk kezka eta ardura hori gehitzera datoz.

Jaiotzaren aurreko probak egiteko dagoen aukera alde batetik eta haurdunaldiaren etendura lege eskakizunen barnean gero eta normalizatuagoa izatea bestetik emakumeek dituzten beste aukera batzuk dira beren ugalketa bizitzari buruz erabakia hartu beharrekoak.

Konplexotasun handiko beste gai bat da haurgabetasuna. Orain arte egoera hori bikoteak estuasunez eta halako zapuzketa sentipenez bizi bazuen ere, ernaltze teknika berriak azaldu dira eta horiek aukera itxaropentsu eta era berean sofistikatu eta garestiak eskaintzen dituzte; beraz haurrik ez izatera etsitu beharrik ez dago, ez lehengo neurrian behinik behin. Baina, berriro ere emakumeak edo bikoteak buruhauste korapilotsuetan sar daitezke, medikuntza sistemaren menpean, gastu handitan eta emaitza onik izateko garantiarik gabe.

Joera berri hauen ondorioz, lehen kontutan hartzen ez ziren alderdiek berezko izatea hartu dute eta tratamendu medikoa ematen zaie. Horrela gertatu da famili plangintzarekin, norberaren ugalketa prozesuaren kontrolarekin eta menopausiarekin.

Ugalketa arloko osasunaz mintzatzeko, zentzu hertsian ulertuta, beharrezkoa da, beraz, aldezturik jakitea zein modutan aurre egiten dien emakumeek ugalketa prozesuaren parte ez izanik ere zerikusirik izan baduten alderdi horiei.

Atal honetan, estatistikek eta inkestek emandako datu kuantitatiboak ezezik burututako taldekako bilera zenbaiten azterketen emaitzak ere sartu dira. Era horretan zenbaki datuekin bakarrik oratu ezinezko alderdietara irits daiteke.

Atal honetan jorratzen diren alderdiak, bizitzako etapen hurrenkeraren arabera ordenatuak, hauexek dira:

- a) Antisorgailuak ezagutu eta erabiltzea, bereiziz metodo ezberdinen ezagupena, bere kabuz ikasitakoa eta bestek iradokitakoa, horien erabilpen noizbehinkakoa, ohizkoa eta gaurkotua, eta hiru metodo eraginkorren balorazioa (pildora, preserbatiboa eta UBDa).

- b) Abortoa antisorgailu motatzat hartzea.
- c) Ernaltze prozesuari laguntza ematea, aintzakotzat hartuz haurdunaldiko zainketak, erditzeko aukeratu den zentroa eta haurrak zaintzen ikastea.
- d) Haurdunaldiaren borondatezko etendurari buruzko osasun laguntza zertan den.
- e) Menopausia, bertan aztertzen dira bizitzako etapa horretaz dagoen eritzia, sintomen eta horien ondorioen ezagupena.

ANTISORGAILUEN EZAGUPENA ETA ERABILERA

5.2

ANTISORGAILUEN EZAGUPENA

5.2.1

Hirurogeiko hamarkadan hasiera eman zitzaion famili plangintzaren etapa berri bati; horretarako guztiz eraginkorrak izan ziren indarra hartzen ari ziren baloreak, aktibitate sexuala eta ugalketa bereiztea erreibindikatzen zutenak, eta orobat emakumeei zuzenduriko lehen zentro bereziak, emakumea lan mundura ateratzea, antisorgailuen zabalpena, bereziki pildora, berrikuntza bat suposatzen duena, segurtasun eta eginkortasun aldetik ezezik baita bakarka erabil daitekeelako eta ekintza sexuala egiten den unetik at; beraz guztiz era pribatuan hartzeko bidea ematen du.

Ondoko hamarkadetan faktore horien bilakaerak hasierako egoera hura erabat sendotu du eta famili plangintzak aparteko lekua hartu du pertsonen bizitzan. Alde batetik, sexu aktibitatearen aldia luzatu egin da sexu harremanetan lehen baino goizago hasten direlako eta bestetik ugalketara ematen den denbora moztu egin da lehenbiziko haurdunaldia atzeratzen delako eta haurrak ere gutxiago izaten direlako.

Antisorkuntza metodoen erabilerari dagokionean normalkuntza mailaren neurria ematen du, lehenbizi, emakumeek horietaz daukaten ezagupenak. Horretako gure inkestak bereizketa egiten du nork bere gisa lortutako ezagupenaren eta iradokitakoaren artean. Galdetegian sartutako antisorgailuen zerrendan (ezagupen iradokia) badira zenbait zinetan batere efikaziarik gabekoak, baina tradizioz populazioak erabili dituenak, eta horrexegatik hain zuzen ez dira zerrendatik kanporatu.

5.1. TAULA Antisorkuntza metodoen ezagupena. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (15 urtez gorako pop.):	1.314	415
Ezagupen orokorra:		
Ezagutzen ditu edo zerbait entzun du	87,0	89,3
Ez ditu ezagutzen, ez du deus entzun	12,8	10,0
Ez daki/Ez du erantzun	0,2	0,7
Nork bere gisa ikasitakoa:		
Metodoren bat bere kabuz ikasita ezagutzen du	84,2	87,0
Bere kabuz ikasitako metodorik ez du ezagutzen	11,5	9,7
Ez du metodorik ezagutzen	4,3	3,2
Ezagupen osoa (berez ikasitakoa eta iradokia):		
Metodorik ezagutzen du	95,7	96,7
Ez du metodorik ezagutzen	4,3	3,2

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Emakunderen inkestak dioenez, gaur egun ia emakume guztiek, 15 urtetik 70era ezagutzen dituzte metodo horiek (ikus 5.1. taula). Galdetu zaienean: "Antisorgailu deitzen dituzten metodorik ezagutu edo hartaz zerbait entzun duzu?", inkestatutako emakumeen % 87k baietz erantzun du eta "Zer metodo ezagutzen duzu?" galderari erantzuterakoan % 84k baten bat aipatu dute. Portzentaia horiek nabarmen gora dagite —% 95era inguru— 65 urtetik gorako emakumeak kontatzen ez badira (ikus 5.2 taula).

5.2. TAULA Antisorkuntza metodoen ezagupena, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65etik aurrera
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Ezagutzen dituztenak (*)	95,7	100	99,3	94,9	91,1	74,9
Ezagutzen ez dituztenak	4,3	—	0,7	5,1	8,9	25,1

(*) Antisorgailu metodoren bat ezagutzen dutela edo horietako batez zerbait entzun dutela adierazten dute.

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Euskal Herriko emakumeen artean % 4k bakarrik esaten dute antisorkuntza metodoez ez dakitela ezer. Ezjakintasun hori —agian gerta daiteke gai hortaz, hain barnekoa eta samurra delarik, hitz egin nahi ez izatea— areagotu egiten da 55 urtetik gorako emakumeetan, beraz bai eta emakume jubilatueta ere, lehen mailako ikasketadun, status apaleko eta nekazal munduan bizi direnen artean.

NORK BERE GISA IKASITAKOA

Nork bere aldetik ikasitako metodo bakoitzaren ezagupen maila aldakorra da oso, 5.3 taulako datuetan ikusten den bezala.

5.3. TAULA Antisorkuntza metodoen ezagupen maila

	GUZTIRA	Bere gisa ikasit.	EZAGUPENA		EZ DU EZAGUTZEN
			Iradokia	Guztira	
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	(1)	(2)	(3)	(4)
Pildorak	100,0	75,2	19,7	94,9	5,0
Preserbatiboa	100,0	67,6	27,1	94,7	5,4
UBD	100,0	52,9	28,5	81,4	18,6
Diafragma	100,0	23,0	51,2	74,0	25,8
Basektomia	100,0	22,5	66,8	89,3	10,7
Estekadura	100,0	23,1	66,8	89,9	10,1
Ogino	100,0	12,9	51,0	63,9	36,1
Antisorgailu kremak	100,0	9,5	41,0	50,5	49,5
Coitus interruptus	100,0	10,4	66,5	76,9	23,1
Injekzioa	100,0	5,5	42,2	47,7	52,4
Maginaren garbiketa	100,0	3,3	53,8	57,1	42,9
Biharamuneko pildora	100,0	2,9	41,0	43,9	56,1
Edoskitze luzatua	100,0	1,7	33,2	34,9	65,1
Besteren bat	100,0	0,8	1,6	2,4	97,5

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Berez ikasitakoaren portzentaien gainean sailkapen hau egin daiteke:

- Metodo oso ezagunak (> % 50): pilula (% 75); preserbatiboa (% 68); UBD (% 53). Denak metodo eraginkortzat jotzen dira.
- Metodo ezagun samarrak (% 20-30): diafragma (% 23); estekadura (% 23); basektomia (% 23). Hauek ere metodo eraginkorrak dira eta azkeneko biak behin betikoak.
- Metodo ezezagun samarrak (% 10-15): ogino (% 13); coitus interruptus (% 10); antisorgailu kremak (% 9,5). Ogino eta coitus interruptus metodoak ez dira eraginkorrak; kremak diafrakmarekin batera eraginkortzat jotzen dira.
- Metodo ia erabat ezezagunak (% 1-6): injekzioa (% 6); maginaren garbiketa (% 3); biharamuneko pildora (% 3); edoskitze luzatua (% 2). Azken hau eta berdin garbiketarena ez dira eraginkortzat jotzen, beste biak berriz bai.

Gogoan hartuz metodo ezagunenak edo aski ezagunak direnak denak direla eraginkorrak, ez gaitu harritu behar, lehen adierazi den bezala, nork bere gisa ikasitako metodo eraginkorren azken portzentaia handia izatea: % 84 (ikus berriro 5.1. taula).

IRADOKITAKO EZAGUPENA ETA OSOKOA

Ezagupen iradokia kontuan hartuz gero —horren helburua ez da besterik metodo bakoitzarekiko ezagupenaren edo ezjakintasunaren osotariko maila zehaztea baino—, ondorioz gertatzen da euskal emakumeetako % 96k antisorkuntza metodoak ezagutzen dituztela.

Lehen aipatu den 5.3. taulak eskaintzen dizkigu metodo bakoitzarentzat ateratako emaitzak. Ezagupen iradokiari buruzko emaitza 2. zutabearen jaso arren, datu instrumental bat baizik ez da —berezko ezagupen portzentaiarekiko menpekotasuna kontutan hartuta—, eta datu horrek metodo bakoitzaren ezagupen/ezjakintasunari buruzko datua ateratzeko bide ematen du, 3. eta 4. zutabeetan bildu bezala.

Zalantzarik gabe metodo bakoitzaren osoko ezagupen maila gehitu egin da, ezaugarri hauekin:

- a. Erabat ezagunak dira antisorkuntza metodo gisa aurreko atalean hagitx ezagunak edo aski ezagunak ematen ziren sei metodo eraginkorretatik bost, ordenan aldaketaren bat edo beste izanik ere.

Horrela, pildorak eta preserbatiboak ezagupen maila osoari dagokionean berdintsu daude (% 95), eta behin betiko bi metodoak (basektomia eta estekadura) —bere gisa laurdenak baino gutxiagok ezagutzen zituztenak— orain agertzen dira hirugarren eta laugarren postuan, % 90 inguruko ezagupen portzentaiarekin —UBDren aurretik gainera (% 81).

- b. Ondoren datoz ohizko hiru metodo eraginkortasunik gabeak: coitus interruptus (% 77), ogino erritmoa (% 64) eta maginaren garbiketa (% 57).
- c. Bigarren taldea osatzen dute bigarren mailako metodo eraginkor hauek: antisorgailu kremak (% 51), injekzioa (% 48) eta biharamuneko pildora (% 44).
- d. Azkenik, edoskitze luzatua, % 35ek ezagutzen dutena, metodo sui generis eta besterik ezean erabilia, gaur egun edoskitzeaz eta haurdunaldien arteko tartear dauden ohiturekin ez da oso ulergarri egiten.

Metodo bakoitza hobekien ezagutzen dutenak 25 urtetik 44ra bitarteko emakumeak dira, eta gazteagoek ezagutzen dituzte zerbait gehixeago pildora eta preserbatiboa. Eta joera nagusia 45 urtetik gora ezagupena jaisten bada ere, ohizko metodo ez eraginkorren kasuan (ogino, coitus interruptus eta garbiketa), 45 urtetik 54ra bitarteko emakumeek hobeki ezagutzen dituzte 15etik 24 urtera bitarteko gazteek baino, bistan da horrek baduela eskuarki zerikusirik horien antisorgailu praktikarekin.

ANTISORKUNTZA METODOEN ERABILERA

5.2.2

NOIZBEHINKAKO ERABILERA

Zein metodo erabili den kontutan hartu gabe eta erabiltzailearen izakeraren arabera, emakumeen erdiak baino gehiagok aitortzen dute noizbait antisorgailuren bat erabili dutela (ikus 5.4. taula).

Adina da dudarik gabe funtsezko faktore bat antisorgailuen erabilera arloan, aldi emankorraren eta sexu harremanen menpe baitago. 25 urtetik beherako gazteen % 69k antisorgailurik behin ere erabili ez duen bitartean, ez—erabiltzaileak % 18 besterik ez dira 25 eta 44 urte bitarteko emakumeen artean. Azken talde hau da benetako erabiltzailea eta gainera metodo eraginkorrez baliatzen dena.

Miresgarri gerta dakiguke zer alde dagoen ikustea 25 urtetik beherako emakume gazteek metodoei buruz duten ezagupen handiaren eta erabilpen txikiaren artean. Horrek eragina izan zezakeen nahi gabeko haurdunaldien gehikuntzan talde horren barruan. Horren gainean argitasun hauek eman behar dira:

- a. 19 urtetik beherako emakumeen artean izaten den jaiotzen kopurua, nahi gabeko haurdunaldien zeharkako erakuskaria bera, etengabe behera joan da 1986-90ko aldi horretan, bai zenbaki absolutuetan nola erlatiboetan ¹⁹. Horrela, 1986an 635 jaiotza zenbatu ziren 19 urtez beheitiko emakumeen artean, 1990an kopurua 390ekoa izan zen bitartean. Jaio berrien tasa mila emakumeko 7,16 izatetik 4,35ra jaitsi zen epe horretan berean, eta joera beherakoa da argi eta garbi. Ezaguna da ezkontzen eta jaiotzen arteko erlazioa. Ezkontzeko atzerapenak bere ondorioak ekartzen ditu gazteenen jaiotza kopuruetan.
- b. Horrezaz gainera, beste argudio bat izan daiteke jaio berrien kopurua jaitsi den arren, 19 urtez beheitiko emakume talde hau dela joera handiena duena haurdunaldia beren borondatez eteteko. Horri buruzko datu ofizialak argigarriak dira ²⁰: 19 urte edo gutxiagoko emakumeen artean haurdunaldien etendurak 1990ean orotatik % 14,6 ziren; 25 urtez beheitiko emakumeak hartuz, etendurak orotarik % 45,9 ziren. Erregistratutako borondatezko abortoetatik % 54,1 gertatzen dira 25 urtez goitiko emakume taldean.

5.4. TAULA Antisorgailuak inoiz erabili dituztenak, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65 urtetik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Ez dituzte ezagutzen	4,3	—	0,7	5,1	8,9	25,1
Metodo eraginkorraren erabiltzailea (*)	50,4	30,8	79,0	54,2	21,9	9,5
Metodo ez-eraginkorraren erabiltzailea (**)	8,1	0,3	2,6	14,0	22,7	18,2
Ez ditu erabiltzen	37,2	68,9	17,7	26,7	46,5	47,2

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

(*) Metodo eraginkortzat jotzen dira pildora, preserbatiboa, UBDa, estekadura eta basektomia.

(**) Metodo ez-eraginkortzat berriz ogino eta coitus interruptus.

¹⁹ Horri buruz ikus: Osasun Saila, Emakumearen osasunari buruzko programa, 1990.

²⁰ Ikus: Osasun Saila, Emakumearen osasunari buruzko programa, 1990.

OHIZKO ERABILERA

Erabiltzaileen % 47k²¹ aitortzen du ohituraz preserbatiboa erabili duela eta % 45ek pildora. Urtez urte preserbatiboa bide da 15 urtetik 24ra bitarteko erabiltzaileen metodorik hedatuena, pildora 24tik 44ra bitartekoena den bitartean (5.5 taula).

5.5. TAULA Antisorgailu erabilienak, adinaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65 urtetik gora
OINARRIA erabiltzaileak (*)	769	91	420	140	92	26
Metodo erabilienak:						
Pildora, 21 egunekoa	45,1	40,8	61,0	28,5	15,0	—
Preserbatiboa	46,9	71,9	49,6	38,6	27,4	29,8
UBD	14,0	3,5	20,9	11,8	—	—
Coitus Interruptus	26,0	16,7	14,8	35,1	58,6	74,8
Ogino	9,9	2,0	7,2	16,5	20,1	11,3
Abstinentsia	0,5	—	0,6	0,6	1,0	—
Besteren bat	5,4	6,4	4,9	7,4	5,0	—
Bat ere ez	1,7	2,0	0,2	2,6	4,6	9,3

* Baztertuak erabiltzaile ez direnak eta ezagutzen ez dituztenak.

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Bi metodo eraginkorren atzetik dator coitus interruptus metodoa (% 26). Ohizko metodoa izanik, alferrikakoa eta segurtasunik gabea, mirestekoa da oraindik ere 24 urtetik beherako zenbait gaztek egotea hori ohizko metodotzat edukitzea; hala ere horien portzentaia biziki apalagoa da preserbatiboarena eta pildorarena baino. Ohar hau eginik, coitus interruptus izan da gaur egun 55 urtetik gora dituzten emakumeen behialako metodoa, 45etik 54 urte bitarteko emakumeentzako preserbatiboa bezala.

Hurrengo, eta hirugarrena da garrantzi aldetik, UBD dator: 25 eta 44 urte bitarteko erabiltzaileen % 21 bide horretaz baliatzen dira. Erabiltzaile guztien % 14rentzat hori da ohizko metodoa.

Ogino metodoaren egoera coitus interruptusaren antzekoa da, ohizko erabilera txikiagoa den arren. Hain zuzen ere erabiltzaileen % 10ek aitortu dute horixe dutela ohizko bidea eta gazteagoen artean garrantzia galduz badoa ere, oraindik ere 15 eta 24 urte bitarteko erabiltzaileen % 2rentzat metodorik erabiliene bide da.

EGUNGO ERABILTZAILEAK

Gaur egunean erabiltzen diren metodoak doitasun handiagoz zehaztuz gero, froga daiteke anti-sorgailuak erabili dituztenen artean % 37k une honetan ez duela bat ere erabiltzen (ikus 5.6

²¹ Beraz metodo bakarrik ere ezagutzen ez duten emakumeak baztertu egin dira (% 4,3) eta behin ere erabili ez dutenak (% 37,2). Horren arabera azterketak hartzen du erabiltzaileen erakuskari bat, 769 emakumek osatua (% 58,5).

taula). Horren arrazoa, noski, adina da eta ikusten badugu 45 urtetik aurrerako portzentaiak "Bat ere ez" diotenak gehituz doaz. Harrigarria da, bestalde, erabiltzaile gisa sailkatuta dauden 24 urtez beherako nesken % 24k aitortzea gaur egun ez dutela bat ere erabiltzen, horren arrazoa seguru aski beren sexu harremanen sendotasun eta estabilitaterik eza litzateke.

Gaur egun erabiltzen diren metodoetan erabilienak preserbatiboa (% 24) eta pildora dira (% 15). Lehenengoari dagokionean, 24 urtez beheitiko gazteek metodo horren erabiltzaile direla aitortzen dute eta pildorari buruz aldiz, horren erabilera gutxituz doa adinez gora goazen neurrian.

Orotariko erabilera azaltzen zen atalean ohizko metodoez, batez ere coitus interruptus metodoaz, esaten zen, metodo hori erabiltzeko ohitura handia izan arren (% 26), seinale batzuk bazirela egun beherantz doala pentsatzeko, gaur egungo usadioa kontutan hartzen bada: % 5 coitus interruptusen kasuan eta % 2 ogino metodoan. Emakume helduek coitus interruptusaren alde gaur egun agertzea ulergarri da haiek jaso duten ohituraren ondorio delako, horrek ez digu garai bateko antisorgailuekiko heziketa motza eta hutsala baizik erakusten, baina bitxikeria bat dirudi 24 urtez beheitiko erabiltzaileen % 6ak metodo hori erabiltzeak.

5.6. TAULA Gaur egun erabiltzen diren antisorkuntza metodoak, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65 urtetik gora
OINARRIA erabiltzaileak (*):	769	91	420	140	92	26
Egungo metodoak:						
Pildora, 21 egunekoa	14,7	29,6	19,7	2,0	0,9	—
Preserbatiboa	24,1	40,6	29,4	17,9	—	—
UBD	9,1	3,5	15,1	2,8	—	—
Coitus Interruptus	5,1	6,0	3,9	11,4	1,9	em
Ogino	2,3	2,3	2,8	2,9	—	—
Abstinentzia	0,7	—	0,9	1,2	—	—
Besteren bat	1,4	3,4	1,6	0,7	—	—
Behin betikoa	10,3	—	13,7	12,7	2,9	4,6
Bat ere ez	37,0	23,8	19,1	50,8	94,3	94,5
Ez daki/Ez du erantzun	0,6	0,8	0,7	0,7	—	—

* Baztertuak erabiltzaile ez direnak eta ezagutzen ez dituztenak.

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Azkenik, azpimarratu behar da antisorkuntza metodoak erabiltzen dituztenen artean % 10ek behin betiko bi metodoetatik bat aukeratu dutela —berak edo bikoteak—, eta proportzio hori % 14ra iristen da 25 urtetik 44ra bitarteko emakume erabiltzaileetan.

PILDORAREN, PRESERBATIBOAREN ETA UBD-AREN BALORAPENA

Emakunderen inkestan lau alderdi baloratzen ziren pildoraz, preserbatiboaz eta UBDaz:

- Haurdunaldiak eragozteko eraginkortasuna.
- Horiek erabiltzeak dakartzkeen osasun arazoak.

- Erabiltzeko erosotasuna.
- Medikua-ren menpe egon beharra.

5.7 taulan agertzen diren emaitzen artean nabarmentzen dira:

- “Ez daki/Ez du erantzun” iardespeneraren portzentaia hain altua izatea, batez ere UBDaren kasuan. Horrek baloraziozko eritzirik eza adierazten digu, batipat antisorgailurik erabili ez denean.
- Pildora da, bereziki antisorgailuak erabiltzen dituztenen eritziz, metodorik eraginkorrena haurdunaldiak ekiditeko.
- Halaber, pildora da osasun arazoekin gehien erlazionatzen den metodoa: horrela aitortu dute inkestako emakume guztien % 58k eta erabiltzaileen % 66k. Osasunarekin zerikusia duen alde horretan erizkidetasunik handiena preserbatiboa aukeratzean gertatzen da gehienentzat (% 80) hura baita arazo gutxien dakarren metodoa.
- Erabiltzeko erosoena berriro ere pildora da (emakumeen % 62 eta metodoen erabiltzailetako % 71).
- Medikua-ren menpekotasunetik at metodorik izatekotan, hori preserbatiboa da hain zuzen: horrela adierazi dute emakumeen % 78k. Menderatzaileena aldiz pildora da (% 52), eta balorazio hori erabiltzaileek berek ere berretsi dute.

5.7. TAULA Hiru motatako antisorgailuei buruz erabiltzaile gisa egindako balorazioa. (% bertikalak)

	PILDORA				PRESERBATIBOA				UBD			
	Eraginko- rra	Osasun arazoak	Erosoa	Medikua- ren menpe egon beharra	Eraginko- rra	Osasun arazoak	Erosoa	Medikua- ren menpe egon beharra	Eraginko- rra	Osasun arazoak	Erosoa	Medikua- ren menpe egon beharra
OINARRIA (erabiltzailea): 769												
Bai	88,9	65,9	71,4	55,8	81,8	2,8	55,7	4,8	64,6	32,9	50,1	52,6
Ez	4,4	24,4	17,7	33,5	10,2	90,4	31,4	88,6	13,8	36,0	18,3	22,1
Ez daki/Ez du erantzun	6,7	9,7	10,9	10,7	8,0	6,8	12,9	6,6	21,7	31,1	31,5	25,3
OINARRIA (erabiltzaile ez direnak): 545												
Bai	84,4	47,7	47,8	46,7	64,1	4,9	38,5	5,6	53,6	18,7	30,7	43,9
Ez	8,6	16,9	13,7	14,4	7,7	65,5	15,6	63,6	7,4	28,0	15,8	8,5
Ez daki/Ez du erantzun	27,1	35,4	38,5	38,9	28,2	29,6	45,9	30,8	39,0	53,3	53,5	47,5
OINARRIA (15 urtetik gorako emak): 1.314												
Bai	78,7	58,4	61,6	52,0	74,5	3,7	48,6	5,1	60,0	27,0	42,1	49,0
Ez	6,1	21,3	16,0	25,6	9,2	80,0	24,8	78,2	11,1	32,7	17,3	16,5
Ez daki/Ez du erantzun	15,2	20,3	22,4	22,4	16,4	16,3	26,6	16,6	28,9	40,3	40,6	34,5

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Edonork pentsa zezakeena, hots, antisorgailuez zenbat eta gehiago jakin eta zenbat eta errazago eskura izan, hainbat eta gutxiago ziratekeela abortoak, ez da egiaz betetzen. Izan ere, esan daiteke egoera larriagotu egin dela zenbait taldetan bederen, harreman pertsonal eta sexu harremanetan izandako aldaketen ondorioz. Sexu harremanak lehenago hasten dira orain, baina hala ere ez dirudi antisorgailu eraginkorrak erabiltzen direnik, hortik datoz hain zuzen gatzetxo haurdunaldiak, azken batean abortatzera behartuak, bere ekimenez nahiz familiakoek bultzatuta.

Egoera horretan galdetu beharko litzateke ea populazioaren hainbat sektoretan ez ote dabilen halako moralitate bikoitza: alde batetik, nerabeen eta gazteen arteko sexu harremanak arbuiatu ezezik harreman horietan segurtasuna bermatzeko ezein gomendio ere ukatzen duena, eta aldi berean, abortorako bidea onartzen duena haurdunaldia gauzatzen baldin bada.

Horrela, abortoari esleituko litzaioke neurritz kanpoko antisorkuntza metodo baten eginkizuna, beste metodo ez hain gogor eta traumatikorekin ederki beteko litzatekeena.

Arazo hau "Antisorgailuenganako jarrera eta erabilera" inkestan aurkeztu zen, 1991n osasun Sailak egindako hartan, eta galdera hau egiten zen, ea "abortoa beste edozein antisorkuntza metodo bezalakoa den", orduan 16 urtetik 49ra bitarteko emakumeen % 66ek beren desadostasun osoa erakutsi zuten baieztapen harekin, % 6 bakarrik izan zirelarik erabat ados (ikus 5.8. taula).

5.8. TAULA Abortoa antisorkuntza metodo gisa

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA:	891	348
Abortoa beste edozein antisorkuntza metodo bezalakoa da:	%	%
Erabateko desadostasuna	66,1	63,4
Nolabaiteko adostasuna	16,1	15,2
Nolabaiteko adostasuna	9,5	11,8
Erabateko adostasuna	6,0	5,7
Ez daki/Ez du erantzun	2,4	4,0

Iturria: E.A.E.ko antisorkuntza metodoei eta Famili Plangintzarenganako Jarrera eta Erabilerari buruzko inkesta. Osasun Saila. 1991.

Erantzunak adostasuna/desadostasuna multzotan bereziz gero, ateratzen den emaitza da inkestatutako emakumeen 16 urtetik 49ra bitartekoen artean, % 82 aurka daudela eta % 15 alde abortoa beste edozein antisorkuntza metodo bezalakoa den edo ez galdetzean. Portzentaia hori % 24raino igotzen da beheko statuseko emakumeetan.

Gizonek emakumeek baino gehiago uste dute abortoa beste edozein antisorgailu bezalakoa dela (% 18). Eta sineste hori are eta errotuago dago gazteengan (% 25) eta ezkongaien artean (% 24). Aburu hori izateko zenbait arrazoi daudela pentsa daiteke. Aitzaki nabarmenena da gizonezkoek abortoa ez dutenez fisikoki sofritzen ez pairatzen, azaleko eritzian gelditzen direla; bestea erlazionatuta dago antisorkuntzaren ardura emakumearen bizkar uztearekin. Ikuspegi horretatik, metodoak kale egiten badu, arazoa begibistatik kenduko duen soluzioa erraz onartzekoa da —eta are desiragarria— batez ere pentsatzen baldin bada akatsa ez dela gizonezkoaren erruz gertatu baizik emakumearen zuhurtziarik ezagatik.

LAGUNTZA HAURDUNALDIAN ETA ERDITZEAN

5.4

HAURDUNALDIKO ZAINKETAK

5.4.1

Aipatu beharrik ere ez dago haurdunaldi prozesua era egokian garatzeak duen garrantzia. Edozein gorabeherak ezin konponduzko kalteak sor ditzake.

Haurdunaldiaren hasieran amei eman zaien laguntza ama-haurren osasunerako mesedegarri izan da erditze inguruko haurren heriokortasuna jaisteko, baina oraindik ere gelditzen dira haur jaio berrien alditxar batzuk ekidin daitezkeenak amak eta osasun sistemak batean egokiro jotzatuz gero.

E.A.E.n urtebetez beherako haur jaio berrien artean 1989an hil direnak milako 7,6 izan dira bizirik atera direnekin alderatuta; 1976an berriz milako 17 izan ziren. Haurren heriokortasunaren hobekuntza horrek E.A.E. arras toki onean jartzen du nazioarte mailan. Hala eta guztiz ere, hiru Lurralde Historikoetan alde handiak daude. Euskadiko Osasun Politikaren txostenaren arabera ²², 1986an Bizkaiko haurren heriokortasun tasa bizirik jaiotako mila hurreko 11,5 zen, Gipuzkoan eta Araban berriz 8,9 eta 7,8 ziren hurrenez hurren.

Jaiotze inguruko heriokortasunari buruz, hura delarik beste heriokortasun tasak baino osasun laguntzaren eraginarekiko erakuskari sentikorragoa, azpimarra daiteke, halaber, laurogeiko hamarkadan izandako funtsezko hobekuntza. 1990erako eman den zenbakirik fidagarrienak dienez mila jaio berriko 8,98 hildako izan ziren ²³.

Egia izanik ere heriotz horien sortzaileak jaiotzatiko gaitzak izan daitezkeela, beste arrazoi batzuk ere tartean daude, esaterako beranduko haurdunaldia izateagatik ²⁴, edo gazteegi, eta erditze aurretik nahiz erditzeko tenorean behar den laguntza ez emateagatik, azken faktore hauen eragina bederen kontrolatzeko modukoak direlarik.

²² Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Euskadiko Osasun Politika, 371 orr.

²³ J.M. Bereciartuak eginiko ikerketa batean jasotako zenbakia. Azterlan honek agertarazi duenez biztanle erroldan deklaritzen ez diren erditze inguruko heriotzek portzentaia handia ematen dute.

²⁴ 1988, 1989 eta 1990ean 30 urtetik gorako amek izandako haur jaioberrien portzentaia % 41, % 44 eta % 46 izan dira hurrenez hurren, beranduko haurdunaldietarako joera erakutsiz.

Haurren osasunari zuzenean helduz beste erakuskari garrantzizkoak daude, adibidez jaiotzez pisu gutxiegi duten haurren proportzioa. Erakuskari honen gainean azken urteotan ikusi da, heriokortasunak ez bezala, horrek gora egin duela ²⁵, eta Euskadiko Osasun Plangintzako helburu den % 4 portzentaia horretatik gorako proportzioan segitzen du. Jaio berrian pisu gutxiegi izateari faktore asko lotzen zaizkio: haurdunaldiaren kontrolerako beranduegi agertzea, nahi gabeko haurdunaldiak izatea, ama helduegia, ohitura kaltegarriak, droga eta medizinak kontsumitzea etab.; horiek guztiek bere eragina dute baina hala ere bideak badira eragin hori gutxiarazteko.

Osakidetza Osasuna Sustatzeko Zerbitzuak burutu duen inkestako datuek ²⁶ erakusten dute 1990ean E.A.E.ko emakume gehienek beren haurdunaldia behar den arretaz zaindu zutela. Zaintze horren kalitatea frogatzeko lehen puntua da ohitura hondagarriak aldatzearena. Haurdunen artean % 50k adierazten dutenez erretzeari utzi diote eta % 40k tabako kontsumoa gutxitu dute. Alkoholaraz berriz, neurri gogorragoak hartu dituzte, % 72k erabat utzi eta % 25k kontsumoa jaitsi baitute.

Azpimarratu behar da, era berean, Euskadiko Osasun Planean ezarritako helburua erabat betetzen ari dela. Helburu horren asmoa da 1995erako gutxienik E.A.E.ko haurdunetako % 80k erditze aurreko laguntza izan dezaten haurdunaldiko lehen hiruhilabetekoa bukatu baino lehen. Osakidetza inkesta horretan jasotako informazioaren arabera, haurdunetako % 93,4k kontrolen bat izan dute bere haurdunaldiaz epe horren barnean. Era berean, emakumeetako % 71,8k adierazten dutenez 8 kontrol edo gehiago egin dizkiete osasun profesionaliek, eta % 89,1k, berriz 4 kontrol edo gehiago egin dituztela ginekologoarenean ²⁷. Zenbaki hauek aski handiak direla uste da.

Bestalde, nabari da erabiltzeileek ez dakitela ongi zer bide segitu behar den erditze aurreko eta ginekologiako kontrolerako. Horri buruz argitu beharko litzateke seguru aski arazoa ez dagoela zerbitzu horien erabiltzaileengan, zerbitzuen zatikatze gehiegizkoan baino, eta bereziki, familiko ginekologorik ez izatean. Alde horretatik, azterketa kualitatiborako oinarri izan ziren bileretan erabiltzaile batek zera zioen:

"... famili plangintzarako zentroak, ba, hori, planifikatu egiten du; haurdun zauden une beretik ginekologo batengana pasatzen zaituzte"

eta beste batek esan zuen:

"... Nik Crucesera joan nahi nuen... neri tokatzen zaidan Seguritate Sozialeko medikuak hartzen zaitu, baina bost hilabeteak bete ondoan; eta hori ez dago batere ondo mediku partikularrera joan ezin duen edo nahi ez duen jendearentzat. Ekografiak ere bostgarren hilabetetik aurrera besterik ez dute egiten. Orduan ni joan nintzenean, ergela izan nintzen, esan ez nion ba beste mediku batekin nenbilela, baina pena eman nonbait eta atenditu ninduen..."

Haurdunaldian agertzen den beste arazo bat da nola irauten duten gizarte talde ezberdinen arteko ezberdintasunek erditze prestaketari dagokionean.

²⁵ OSAKIDETZAK Emakumearen Programari buruz eginiko 1991ko txostenaren arabera, pisu gutxiko jaioberrien proportzioa E.A.E.n gora egin du 1986tik 1990era, % 5,04tik % 5,76ra igoz.

²⁶ Ginoobstetrizia Zerbitzuen inkesta 1990ean egin da amei haurra izan eta hilabete barru bidaltzen zitzaizen galde-sorta autoadministratu baten bidez (erantzuten ez bazuten beste bi bider bidali zitzaizen). Araketa aleatorioa izan zen, 1.229 erantzun jaso ziren erantzun tasa, beraz, % 88 izan zen.

²⁷ Ikus Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Aip. obra, 380 orr.

5.9. TAULA Erditzeko prestaketa saioetara joandako emakumeen proportzioa. (Talde bakoitzeko guztirakoaren %)

Erditze prestaketa saioetara joandako haurdunak	64,4
Erditze prestaketa saioetara joandako haurdunak, lehen mailako ikasketekin	58,4
Erditze prestaketa saioetara joandako haurdunak, bigarren mailako ikasketekin	70,0
Erditze prestaketa saioetara joandako haurdunak, goi mailako ikasketekin	74,1
Erditze prestaketa saioetara joandako haurdunak, lan ordainduan dihardutenak	71,0
Erditze prestaketa saioetara joandako haurdun lanik gabekoak	59,6

Iturria: Osakidetzako Osasuna Sustatzeko Zerbitzuaren 1990eko Inkesta.

5.9 taulan ikusten ahal da, erditze prestaketa saioetara joandako emakumeen artean goi mailako ikasketak eta lan ordaindua zutenen proportzioa gainerako taldekoena baino handiagoa izan zela.

Erditze laguntzak osasun zentroetan ematen direnez gero, ama-haurren osasunaren aldetik begibistako hobekuntzak izan dira, batez ere amaren heriokortasunari dagokionean.

Gaur egunean % 95 emakume ospitalean erditzen dira ²⁸. E.A.E.ko emakumeen artean bildutako eritzien arabera haurra ospitalean izateko joera da nagusi, are gehiago gazteen artean. Haurra etxean izatea oso gutxi aukeratuko lukete, 55 urtetik gorakoek izan ezik (ikus 5.10 taula). Honen arrazoiak zerean datza, alegia, osasun laguntza orotara hedatuz joan zen arte emakumeak etxean erditzen zirela.

5.10. TAULA Haurra izateko hautatzen den zentroa, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65 urtetik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	298	515	205	206	95
Ospitale Publiko Nagusia	56,1	45,5	59,5	61,3	55,3	60,2
Ospitale Publico Txikia	10,4	11,7	10,7	9,5	9,4	0,0
Eritetxe pribatua	21,7	25,5	22,1	23,2	16,5	16,3
Etxea	4,0	1,7	3,1	3,7	8,1	7,0
Ez daki/Ez du erantzun	7,8	15,6	4,5	2,3	10,7	7,5

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Inkestari erantzun dioten emakume gehienek, 5.11. taulan agertzen den bezala, ospitale publiko nagusi bat aukeratuko zuketena haurra izateko, eta goiko statusekoek, ordea, eritetxe pribatua.

²⁸ Osakidetza, Osasuna Suspertzeko Zerbitzuak 1990ean eginiko Inkesta.

5.11. TAULA Haurra izateko hautatzen den zentroa, statusaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	BEHEKOA	ERTAIN-BEHEKOA	ERTAIN-GOIKOA	GOIKOA
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	193	601	306	214
Ospitale Publiko Nagusia	56,1	68,6	63,4	54,1	31,6
Ospitale Publiko Txikia	10,4	9,8	9,1	13,3	10,5
Eritetxe pribatua	21,7	6,9	16,4	23,0	48,4
Etxea	4,0	4,4	4,1	4,7	2,1
Ez daki/Ez du erantzun	7,8	15,4	7,0	5,0	7,4

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Arlo honetan, azterketa kualitatiboan lanbide kualifikatuan lan egiten duten emakumeek egin-dako adierazpenetan azaltzen dutenez haurra izateko zentro publikoen aukera egiten da, premiazko kasuetan eta kinka larrietan gaitasun profesional handiagoa aitortzen zaielako, eta gainera eritetxe pribatuak ez direlako nahitaez laguntza indibidualaren bermea. Hona hemen eritzi batzuk:

"... nik klinika partikular batean izan nuen haurra eta emaginak txakur bati egingo liokeen beste kasu egin zidan... gero nere amarengana joan zen barka eske, nik arrazoi nuela eta, baina ez zen, ez ni ez umea ere ikustera ere agertu. Eta hori klinika partikular batean. Iruditzen zait Seguritate Sozialak eta klinika partikularrek, gaizki hartzen zaituztenean..."

"Nik uste dut Seguritate Sozialean, beste gauza guztietan bezalaxe, tipo jator bat egokitzen bazaizu oso ongi, baina..."

"Klinika partikularrak gauez txarrak baino txarragoak dira... ez dago ez pediatriarik ez ginekologorik ez ezer, desastre bat... Tratua bai, oso ona, baina besterik ez "

"Erditzea ongi datorrenean, klinika partikularrean, bai, baina arazorik egonez gero, hobe ospitalean edo Crucesen..."

Ospitale pribatuak aukeratzeko arrazoi bat izaten da emakumeen herenak anestesia bidezko erditzea dutela nahiago, goiko statuseko emakumeetan usuago gainerakoetan baino (ikus 5.12. eta 5.13. taulak) ²⁹.

Emakumeek beren statusaren arabera adierazten dituzten hobespen ezberdinek pentsarazten digute behe statuseko emakumeek ez dutela klinika pribatuarenganako edo anestesia bidezko erditzearekiko nahia aipatu ere egiten, ziurrenik zerbitzu horietaz baliatzerik izango ez dutelako.

²⁹ 4.11 taulan adin emankorretan ez dauden emakumeak ere sartu dira. Horren arrazoia da zer bilakaera izan den hautematea hautatuko litzatekeen erditze motari buruz, adinaren arabera. Eskabide hitzetan interpretatu nahi izanez gero, argi dago hobespenak 45 urtez beheko emakumeen aldetik gertatzen direla.

5.12. TAULA Atsegin izango lukeen erditze mota, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Anestesiarekin	31,0	30,8	37,4	31,7	21,9	14,5
Anestesiarik gabe	36,1	25,3	34,5	38,9	47,1	49,0
Alternatiboa ³⁰	22,1	22,1	21,6	23,9	21,7	21,3
Ez daki/Ez du erantzun	10,8	21,7	6,5	5,5	9,3	15,2

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

5.13. TAULA Atsegin izango lukeen erditze mota, statusaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	BEHEKOA	ERTAIN- BEHEKOA	ERTAIN- GOIKOA	GOIKOA
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	193	601	306	214
Anestesiarekin	31,0	21,9	27,0	36,1	43,0
Anestesiarik gabe	36,1	38,8	37,0	37,6	29,3
Alternatiboa	22,1	20,9	25,2	19,8	17,7
Ez daki/Ez du erantzun	10,8	18,4	10,8	6,6	10,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Emakumeari Osakidetzako paziente eta erabiltzaile denez gero (175/89 Dekretua) haurra izateko unean lagundurik izateko eskubidea aitortu zaio. Erditzeko tenorean bikotea berarekin nahi izateak, emakume gazteengan maizenik, erditzearekiko erizpidearen aldaketa adierazten du (ikus 5.14. taula).

5.14. TAULA Lagunik hobetsiena erditzeko unean. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Bikotea	80,8	80,0	87,9	79,3	71,9	67,7
Ahaideren bat: ama...	5,0	3,4	2,9	6,1	9,5	9,9
Emakumezko adiskidea	0,2	0,4	0,0	0,0	0,8	0,0
Inor ere ez	8,0	6,9	6,3	11,5	9,3	10,8
Ez daki/Ez du erantzun	5,9	9,3	3,0	3,2	8,5	12,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

³⁰ Erditze alternatibotzat hartzen da bide arruntez kanpo egiten dena (bainontzia, akupuntura, etab.).

HAURREN ZAINKETAK

5.4.2

Haur jaio berria zaintzeko jarraibideei dagokienean, azken urteotan nagusitzen ari den joera da edoskitze naturala gutxitzea. Izan ere, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak emandako datuen arabera, 1986an haurra izan zuten emakumeen % 72,9k titia ematen hasi zitzairen, eta 1990ean ordea, zenbaki hori % 67,9ra jaitsi zen.

Inkestari erantzun dioten emakume gehienek onuragarri deritzote haurra jaio eta zaintzeari buruz ikasitako guztiari. Puntu horri buruz emakume gazteenengan informazioa askitzat jotzeko joera zerbait nabariagoa da (ikus 5.15. taula).

5.15. TAULA Haurra zaintzen jakitearen balorazioa, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRRIA (haurrik izan duen 15 urtez gorako emak.):	804	352	194	179	79
Ez-nahikoa	17,9	16,4	16,7	18,4	26,5
Nahikoa	80,6	82,1	81,4	81,1	70,4
Ez daki/Ez du erantzun	1,5	1,5	1,9	0,5	3,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

5.16. taulan ikus daiteke informazio iturri nagusia amak eta amaginarrebak direla (% 48,2), ondoren liburuak edo aldizkariak (% 22,1) eta medikua/ginekologoa (% 20,3). Erditze prestakuntzako ikastaroetan emaginak sartuz gero, berak baitira ikastaro horiek ematen dituztenak, portzentaia % 18,3ra iristen da kasu horretan.

5.16. TAULA Erditzeari buruzko argibideak eman zituen informatzaileaz, adinaren arabera. (% bertikalak, askotariko erantzuna)

	GUZTIRA	15-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRRIA (nahikoa argibide):	644	296	157	140	52
Ama-amaginarreba	48,2	42,9	49,4	57,5	48,5
Ahizpa/Koinata	8,0	6,1	10,7	7,8	11,6
Emakumezko adiskidea	4,6	2,7	6,4	6,6	4,1
Medikua/ginekologoa	20,3	27,0	30,5	10,7	8,2
Emagina	5,0	5,1	3,3	6,0	6,5
Erditze prest. ikastaroak	13,5	25,0	3,7	5,6	0,0
Liburua/aldizkariak	22,1	33,1	16,7	11,3	6,3
Beste batzuk	16,5	11,5	17,9	20,9	28,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

5.17. TAULA Erditzeari buruzko argibideak eman zituen informatzailea, statusaren arabera. (% bertikalak, askotariko erantzuna)

	GUZTIRA	BEHEKOA	ERTAIN-BEHEKOA	ERTAIN-GOIKOA	GOIKOA
OINARRRIA (nahikoa argibide):	644	92	296	157	99
Ama-amaginarreba	48,2	56,3	48,5	46,9	41,6
Ahizpa/koinata	8,0	13,6	8,0	7,1	4,2
Emakumezko adiskidea	4,6	6,2	4,7	3,0	5,3
Medikua/ginekologoa	20,3	20,9	17,7	20,0	28,4
Emagina	5,0	5,4	6,9	2,8	2,0
Erditze prest. ikastaroak	13,5	5,3	10,2	18,6	23,1
Liburua/aldizkariak	22,1	11,8	19,5	24,1	36,5
Beste batzuk	16,5	19,7	17,1	17,5	10,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Gero eta garrantzi handiagokoak dira erditzeari buruz osasun profesionaliek ematen dituzten informazioa eta ezagupideak. Hain zuzen ere, batez beste % 20k lortzen badute beren informazioa mediku/ginekologoaren bitartez, 15-44 urteetako emakumeen multzoan argibideak bide beretik ateratzen dituztenak % 27 dira. Era berean, emaginen eta erditzea prestatzeko ikastaroen bidezko argibideak, denera hartuta, erantzunen % 30,1era heltzen dira. Horrek esan nahi du famili arteko inguramenak nolabait eragin gutxiago duela ezagupenen transmisioei dagokierik, eta gehiago aldiz osasun zerbitzuek.

Informatzailearen eta status sozioekonomikoaren arteko erlazioari buruz, 5.17. taulan familiaren eginkizuna murrizteko joera agertzen da, idatzizko iturrien gehikuntza (liburuak, aldizkariak) eta mediku/ginekologoaren eta erditzeko prestakuntza ikastaroen zuzeneko garrantzia gero eta handiagoa status mailan gora egiten den heinean. Interesgarria da agertaraztea gizarte maila ertain eta goiko emakumeak direla dauden baliabideak gehien erabiltzen dituztenak, bai gimnasia eta erditze prestakuntzak, baita lehen aipatu diren erditzeko hobekuntzak (anestesia), eta bestelakoak.

5.5

ABORTOA

Zazpi urte iragan dira abortoaren despenalizazioa gertatu zenetik, 1985ko Lege Organikoak jasotako hiru kasuetan (amaren osasunerako arrisku larria, umekiaren osasunerako arrisku larria edo zergati eugenetikoa eta bortxaketaren ondorioz, salatu baldin bada), eta bost urte baino gehiago abortoa praktikatzeko zentroak baimentzeko araua eman zenetik.

Haurdunaldiaren Borondatezko Etendura (H.B.E.) burutu duten emakumeak, Lege hau agertu zenetik E.A.E.n horri buruzko informazioa izan dugun azken egunera arte, Legean bertan jasotzen diren kasuen barruan, gero eta gehiago dira. 1990 arte 3.562 egin ziren: 1985-87 bitartean hamahiru, 1988an seirehun eta hirurogeita hamaika, 1989an mila bostehun eta laurogeita hamabi eta 1990ean mila berrehun eta laurogeita sei.

Interbentzio horiek funtsean zentro pribatuetan burutu dira.

B.H.E. horien azpian dauden arrazoiek adierazten digute amaren osasunerako arriskua dela (B.H.E.ren Erregistroaren datuen arabera) kasu gehienetan agertzen dena, % 96,4; bortxaketa ondoriozkorik bat ere ez da egin eta umekiarentzako arriskua % 3,6 baizik ez dira izan.

Emakume erabiltzailearen profila (beti ere Osasun Saileko eta Osakidetzako iturriei jarraikiz) 1990ean ondokoa zen:

- Emakume ezkongaiak (% 61,7).
- Ez da bere bikotearekin bizi (% 59,6).
- 20 - 24 urte bitartekoa (% 31), baina aipatzekoa da % 14,6 19 urtez beherakoak direla.
- Seme-alabarik gabe (% 60,4).

Ondoren beste emakume talde bat dator:

- Ezkonduak (% 30).
- 25-34 urte bitartekoak (% 38).
- Haur bat edo birekin (% 30,9).

Eta perfil soziokultural hauekin:

- Oinarrizko edo bigarren mailako ikasketak (% 45,5 eta % 35).
- Soldatapekoa (% 46), etxekoandrea (% 18,2) eta ikaslea (% 17).
- Bere dirusarrerekin (% 52,9).

Dirudienez abortoa mota guztietako emakumeek erabiltzen dute, talde marginalekoak salbu, besteak beste nahi ez duten haurdunaldia saihesteko, agian antisorgailurik erabili ez dutelako edo metodoak akatsa izan ondoren azken irtenbide gisa hartuta, eta horiezaz gainera medikuak agindutako kasuak.

Emakunderen galdesortan abortoa antisorgailutzat hartzen den planteatzen zen eta gizonei nahiz emakumeei baieztapen horrekiko adostasun gradua adieraz zezaten eskatzen zitzaien.

Lege hau onetsi zenez geroztik erabat murriztu da abortatzera Erresuma Batura joaten ziren emakumeen kopurua.

Euskadin arazo gutxi izan dira auzitegietara eramandakoak. Alabaina, Lege hau eraginkorra gertatu baldin bada ere, bere bitartez arazoak izan dituzten emakume askok babesak izan baitute, beharrezkoa dirudi legearen zehaztasun ezagatik eta medikuek alegatutako kontzientzi eragozpenetatik sortzen diren problema batzuk ebaztea.

Emakumezko populazio guztiak jasaten du menopausia bere bizitzako garai jakin batean (45 eta 50 urte bitartean). Emakume gehienek pairatzen dute ondoezen bat aldi horren barruan. Azterlan kontrastatu batzuen arabera, emakumeen % 75etik 80ra intentsitate ezberdineko sintomaren bat izan du.

Populazioak orohar, eta medikuntza sistemak ere bai, menopausiarekiko izan duen eritzia eta ustea galanki aldatu da azken urteotan. Izan ere, emakumeen bizitzan osasun ikuspegitik jaramonik ere egiten ez zitzaion aro bat zena, eta konnotazio negatiboekin lotua gainera (amatasuna eta emankortasuna omen direlako emakumeen bizitzako muina, eta sarritan emakume ezkondu asko famili aldaketa edo krisian daudelako), gaur egun guztiz bestelakoa bihurtu da, emakumeen bizitzaren aro bat, non beren bizitzaren kalitatea hobetzen ahalegintzen diren ³¹.

Menopausiari ³² datxekion ezongiak ulertu eta tratatzerakoan gertatzen diren akatsak zuzenduz doaz; alde horretatik aitortzen dira estrogenoak gutxitzearen aurka ematen diren neurri terapeutiko eta prebentziozkoen abantailak. Menopausiarekin batera beste arazo batzuk ere errazago agertzen dira, esaterako osteoporosia, eritasun kardiobaskularrak, etab... Hala ere ohartarazi behar da gehiegizko medikazioaren arriskuaz eta tratamendu batzuk zentzugabe ki erabiltzeaz. Egia ere bada horrekin parez pare, osasun zerbitzuetan eta bereziki famili plangintzako zentroetan beste motatako ikuspegi batzuk bultzatzen direla medikalizaziotik kanpo. Horren ordeztu bizitzeko ohiturak hobetzearen abantaila aitortzen da (elikadura egokia, ariketa neurritz egitea) eta elkarri laguntzeko taldeak eratzen dira, erlajaziorako, e.a., ikuspegi komunitarioago batekin.

Azterlan hau burutzeko populazioarekin egin den inkestari eta taldekako bilerei esker, emakumeen eritziak, ezagupenak eta esperientziak ezagutzeko parada izan dugu, bizitzaren aro horri dagokionean.

Aipatu beharreko lehen emaitza da aldi horretaz orain arte izan den gaitzespenak indarra galdu duela: emakumeek menopausiari buruz garai honetan duten irudia esan daiteke ez dela negatiboa. Inkestari erantzun dioten emakumeen % 80rentzat menopausia organismoaren aldaketa aldi bat da eta % 5entzat berriz aldi lasaiago baten hasiera. Eritasun gisa ulertzen duten emakumeen portzentaia ez da % 4ra iristen. Menopausia positibotzat jotzen duten emakumeak 25 urtetik 44ra bitartekoak dira gehienbat, ikasketa maila goikoa, lanean ari direnak eta goi mailako status sozialekoak (ikus 5.18tik 5.21 bitarteko taulak).

Eritzi horrek zeharo ukatzen ditu beste informazio batzuk, zeinetan menopausiak adimen gaitasunen galera dakarrela barreiatzen baita, eta horrekin erakartze indarraren galera, arazoak sexu harremanetan, osteoporosia bezalako eritasunak, etab. Arazo horiek emakume batzuen gan eraginik izan dezakete, noski, eta hedatzen ari diren moduan gehiegizko medikaziora bultzatzen ditzakete eta emakumeen bizitzeko etapa hori gizarteak era ezkorrean begiratzen.

³¹ Ez da ahantzi behar emakumeen bizi itxaropena 65 urtetan beste 18 urtekoa dela.

³² Zenbait azterketaren arabera, besteak beste Master eta Johnsonena aipatu behar, emakumeen % 10ek aintzartutako hartzeko osasun aldigaitzak izaten dituzte, menopausiarekin lotzen direnak.

5.18. TAULA Menopausiari buruzko eritzia, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Menopausia eritasuntzat jotzea	3,9	2,9	3,4	4,9	5,1	5,1
Aldaketa aldia	80,1	78,9	90,2	73,0	67,3	73,0
Sexualki erakartze indarra galtzea	0,4	0,7	0,0	0,4	0,4	1,3
Zahartzaroaren aurreabisua	7,0	8,4	2,4	12,1	8,7	12,3
Aldi lasaiago bati ekitea	5,2	4,1	2,8	7,4	12,1	1,8
Ez daki/Ez du erantzun	3,4	5,1	1,1	2,3	6,5	6,4

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

5.19. TAULA Menopausiari buruzko eritzia, ikasketen mailaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	LEHEN MAILAKOAK	ERTAINAK	GOI MAILAKOAK
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	782	365	166
Menopausia eritasuntzat jotzea	3,9	5,3	2,4	0,7
Aldaketa aldia	80,1	73,3	88,5	94,1
Sexualki erakartze indarra galtzea	0,4	0,5	0,3	0,0
Zahartzaroaren aurreabisua	7,0	9,3	4,0	2,4
Aldi lasaiago bati ekitea	5,2	6,7	3,5	2,1
Ez daki/Ez du erantzun	3,4	4,9	1,4	0,6

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

5.20. TAULA Menopausiari buruzko eritzia, lanbidearen arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	LANBIDE MARGI- NALA	ERABA- TEKO LANBIDEA	JUBILATU- TAKO ETXEAN- DREAK	GAINERA- KOAK
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	94	285	640	294
Menopausia eritasuntzat jotzea	3,9	3,6	3,3	5,1	2,1
Aldaketa aldia	80,1	81,5	88,9	76,4	79,2
Sexualki erakartze indarra galtzea	0,4	0,0	0,0	0,5	0,7
Zahartzaroaren aurreabisua	7,0	6,3	4,0	7,7	8,5
Aldi lasaiago bati ekitea	5,2	7,2	2,5	6,4	4,6
Ez daki/Ez du erantzun	3,4	1,4	1,3	3,9	4,9

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

5.21. TAULA Menopausiari buruzko eritzia, statusaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	BEHEKOA	ERTAIN-BEHEKOA	ERTAIN-GOIKOA	GOIKOA
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	193	601	306	214
Menopausia eritasuntzat jotzea	3,9	6,4	4,6	2,7	1,4
Aldaketa aldia	80,1	74,3	78,7	81,9	86,9
Sexualki erakartze indarra galtzea	0,4	0,0	0,3	0,7	0,5
Zahartzaroaren aurreabisua	7,0	7,8	6,9	8,0	4,9
Aldi lasaiago bati ekitea	5,2	5,2	5,9	4,7	3,8
Ez daki/Ez du erantzun	3,4	6,3	3,5	2,0	2,5

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Menopausiaren sintomei buruz galdetu zitzaizkion inkestari erantzun zioten emakumeen % 29,5k adierazi zuten ez zekitela ezer (baina proportzio hori gutxituz doa aldi hori iragan duten edo iragaten ari direnen artean). Kontrakoa aitortu zutenek gehien aipatu zituzten sintomak itobeharrak ziren (ikus 5.21. taula).

5.22. TAULA Menopausiaren sintomei buruz zer dakiten. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Sintomak ezagutzen ditu:						
Ez	29,5	43,6	28,0	22,7	19,2	31,7
Bai: Itobeharrak	56,4	36,7	60,5	65,1	64,9	57,8
Bai: Gizentzea	0,4	0,0	0,2	1,0	0,8	0,0
Bai: Hilekoa erretiratzea	2,1	2,9	2,8	0,9	0,8	1,3
Bai: Suminkortasuna	1,8	2,3	2,2	1,3	0,4	1,8
Bai: Beste batzuk	9,8	14,5	6,4	9,0	13,8	7,4

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Emakume gehienek ez dute menopausia oroimena edo lanerako kontzentrazioa galtzearekin lotzen ez eta, zalutasun fisikoa, erakargarritasuna edo sexu harremanak desagertzearekin ere. Azken gai horri buruz, 45 eta 54 urte bitarteko emakumeen % 45ek uste dute sexu harremanak atsegintsuago direla haurdun gelditzeko beldurrik ez denean. Guztiarekin ere, emakumeen % 41ek uste du menopausiak suminkortasuna pizten duela (ikus 5.22. taula).

5.23. TAULA Menopausiaren ondorioak, adinaren arabera. (Baiezko erantzunen %a)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Oroimena galtzea	18,6	11,3	14,1	23,2	32,3	26,3
Zalutasuna galtzea	18,9	12,9	12,8	26,5	31,8	26,6
Sexu harremanak desagertzea	7,3	6,8	3,0	11,0	15,8	5,7
Erakartze indarra galtzea	5,5	3,8	3,2	8,9	9,8	6,2
Sexu harreman mingarriagoak	5,8	4,9	4,3	5,7	10,5	6,2
Sexu harreman atsegintsuagoak						
haurdun geratzeko beldurrik gabe	39,3	22,8	44,0	44,4	42,9	27,6
Suminkortasun handiagoa	41,0	37,6	42,4	44,5	43,8	30,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Aldi horri aurre egiteko lortutako ezagupideez egiten den balorazioaren gainean, emakume inkestatuen erdiak baino gehiagok dio horretarako prest dagoela edo egon dela (ikus 5.24. taula).

Hobekien informatuak 45 urtetik 54era bitarteko emakumeak egoten dira, hortaz bistan da menopausiara hurbildu ahala jakinnahia areagotzen dela.

5.24. TAULA Menopausiari aurre egiteko ikasitakoaren balorazioa, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	15-24	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	293	515	205	206	95
Nahikoa:						
Ez	38,5	59,0	37,1	22,0	26,8	43,9
Bai	50,3	26,8	51,8	67,8	64,3	46,0
Ez daki/Ez du erantzun	11,2	14,2	11,1	10,2	8,9	10,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Jakina, menopausiaz gehien dakitenak aldi hori igaro duten emakumeak dira.

5.25. TAULA Menopausiari aurre egiteko ikasitakoaren balorazioa, aldi hori igaro dutenen eta ez dutenen arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	EZ DUTE MENOPAUSIA IGARO	IGARO DUTE
OINARRIA (15 urtez gorako emak.):	1.314	905	407
Nahikoa:			
Ez	38,5	42,7	29,2
Bai	50,3	44,6	63,0
Ez daki/Ez du erantzun	11,2	12,6	7,8

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Menopausia igaro ez duten emakumeetan informazio gehien goi mailako ikasketak egindakoek eta goi mailako statusekoek dute (5.26. eta 5.27. taulak).

5.26. TAULA Menopausiari aurre egiteko ikasitakoa, igaro ez dutenen artean, ikasketen arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	LEHEN MAILAKOAK	ERTAINAK	GOI MAILAKOAK
OINARRIA (25-44 urte bitarteko emak.):	508	234	164	110
Menopausiaren gaineko ezagupena:				
Ez	37,6	39,5	39,4	30,9
Bai	51,2	48,5	49,9	58,7
Ez daki/Ez du erantzun	11,2	12,0	10,7	10,4

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

5.27. TAULA Menopausiari aurre egiteko ikasitakoa, igaro ez dutenen artean, statusaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	BEHEKOA	ERTAIN- BEHEKOA	ERTAIN- GOIKOA	GOIKOA
OINARRIA (25-44 urte bitarteko emak.):	508	57	238	127	86
Menopausiaren gaineko ezagupena:					
Ez	37,6	52,4	36,6	39,3	28,2
Bai	51,2	38,0	50,9	54,8	55,4
Ez daki/Ez du erantzun	11,2	9,6	12,6	5,8	16,5

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Agerian dago beraz, informazio eskaera bat sortu dela, eta eskaera horri erantzuteko ikuspegi berriak behar direla lehengo tabu zahar eta ezkorrak gainditu eta emakumeen benetako egoe-

rari hobeki egokitzen zaizkionak (arestian ikusi dugunez aldeak daude ikasketa mailaren, lanbi-dearen, eta bestelakoen arabera). Ildo horretatik doaz azterketa kualitatiboan jaso diren etxe-koandreen adierazpenak, zeinetan nabarmentzen baita prestakuntzaren beharra:

"Behar-beharrezkoa da hori ulertzea eta horretaz ondo informatua egotea".

"Zergatik zauden triste, edo zergatik ez, jakin beharrekoa da".

"Hori informazio eza da, ba, emakume batek menopausia izatea ala ez izatea, berdin-berdin... bakarrik, ez dela haurdun geldituko. Horregatik jendeak tabuak sortzen ditu, eta zahartu naiz zeharo, eta holakoak...".

"Gaur egunean bada behintzat informazio horren gainean".

"Nere iduriz askoz ere gehiago. Horretaz hitzaldiak ematen dira, beraz etengabe ari zaizkizu esplikatzen. Gainera zerbait irakurtzen baduzu... irratia ere horretan dihardu eta...".

"Bai, ba ni orain menopausiarekin nago. Baina neri gehiena..., depresio batzuk izan ditut... ika-ragarriak. Eta neri inortxok ere ez zidan esan horregatik zela. Hori 35 urte daukazula egin be-harko litzateke. Jendea prestatu egin beharko zuten. Ba, ni egundoko depresioan sartzen nin-tzen zergatik ez nenkiela, eta ez nuen problemarik, psikologoekin eta egon naiz, baina nik zerena zen jakin gabe. Orain enteratu naiz baina 4 edo 5 urte pasatu eta gero".

Informazio beharra zalantzarik gabekoa baldin bada ere, neurri berean da beharrezko emaku-meari menopausia aldian eman behar zaion laguntza. Eta horren gainean eman diren eritzie-tatik atera daiteke oraindik ere esperientzia horretan bakardadea dela nagusi, bikotearen par-taidetza urria dela eta medikuntza aldetik ere zer esanik ere ez. Hauetxek dira horri buruzko eritzi batzuk:

"Badira pertsona batzuk itota dabiltzanak menopausiarekin daudela ezkutatu nahian. Horren gainean tabu bat dago, emakume bati hilekoa joan zaiola eta hori ere disimulatu egin behar, ezin inori esan".

"Jende gehienari, esaten dietenean 40 urtetik aurrera, edo 45etik, menopausia izango dutela, sartzen zaie halako psikosis bat...".

"Bai, ba ni ginekologoarengana joaten naizenean ere, errebisioa egitera eta hola, ba, galdetu ere galdetzen diozu, eta hark: bahl, lasai, garaia etortzen zaizunean etorri honera, eta hola, eta hor uzten zaituzte...".

"Nik, medikuengan ez dut batere laguntzarik aurkitzen. Ez dira batere arduratzen, ba, joan eta hartaz kexatzen zara eta medizina bat ematen dizute, itzultzen zara berriro beste egun batean eta hala, beste medizina bat".

"Nere senarra ezta ahalegindu ere, ezta enteratu ere egin eta hori irakurle amorratua dela... baina ez du emakumeen aldizkaritxo bat bera ere esku artean hartzen behar handia izanik ere. Ez du ikutu ere egin, harentzat hori gauza partikularra da, emakumeen kontua".

"Nere senarrak ez du ulertu ere egin".

"Nik horretan (medikutan) ez dut laguntzarik aurkitzen. Ba, joaten zara eta bai, beno, hau dau-kat eta hola, eta dena horri leporatzen diote eta hola...".

"Aqian ematen dizkizute (medikuek) pastila batzuk, gutxienez 20 debeku dituztenak, errosa-rioak bezalakoak...".

Argi dago aldi horrekiko ikusmoldea ikasketen eta harreman sozialen mailak baldintzatzen duela, eta goiko statuseko emakumeek (eta gazteenek, segurki) dute ikuspegi positiboena, eta kontrako bazterrean daude menopausia une honetan bizitzen ari diren eta etxekoandre diren emakumeak.

6

LANEKO OSASUNA

6.1

SARRERA

Laneko osasunak langileek lan munduan izaten dituzten arriskuak ditu xede. Ondorioz hiru motatako patologia sor daitezke, elkarren artean ongi bereziak: laneko istripuak, lanbide eritasunak eta laneko eritasunak (zehaztu gabeak) non kausa-ondoriozko erlazioa beti ez baitago finkatua.

Osasunerako lan arriskuak, eragilea nolakoa den kontutan hartuta, multzo hauetan sailka daitezke:

- Eragile fisikoak: erradiazioak, zarata, dardarak, tenperatura handiak, ordenadorearen erradiazioak, etab.
- Eragile kimiko kutsagarriak: beruna, merkurioa, bentzenoa, kadmioa, etilenoa, eta eratorkinak, anestesi gasak, etab.
- Iharduera fisikoa eta nekea: posturak (zutik), lan neketsuak, joan-etorri luzeak, etxeko lanak egin beharra, haurrak zaintzea, etab.
- Gainkarga psikikoa: estresa, erritmoak, kateetako lanak, gauetan lana egitea, pantailak, etab.

Emakumeen kasuan gainera, ugalketa dela eta, arrisku gehiago dago haurdunaldian amaren osasuna ezezik umekiarena ere hondatzeko.

Eragile hauek guztiek amaren osasunerako zer ondorio ekar ditzaketen ez dira osorik ezagutzen. Lanak eta iharduera fisikoak ama eta jaio berriaren osasunean duten eraginari buruz egin diren ikerketek kontraesaneko emaitzak eskaintzen dizkigute³³, baina aldi berean umekiaren osasuna neurtzeko bi osagai nagusienetan sakontzeko egokiera eman dute: sortu berriaren pisa eta ernaltze adina, eta amaren osasuna hurbildik aztertzerantz iristea hainbat erakuskaritatik abiatuta, hala nola haurdunaldian ospitalean emandako denbora, haurdunaldiarekin zerikusirik duten patologia izatea, adibidez edema, hipertentsioa, garaiz aurretik erditzeko mehatxua, genitalak odol jarioak...

Lan baldintzetan zenbait aldaketa egiteak haurdunaldian izan dezakeen eragina ere ez da aztertu. Aldaketa horiek haurduna neke fisiko txikiagoa eskatzen duen lanpostura pasatzea ekar lezakete, edo asteko orduak murriztea, haurdunaldiko zenbait alditan lanetik baja hartzea, etab.

Haatik, berezko abortoen zenbakiak (haurdunaldi guztietatik % 20tik 30era), bai eta bizirik jaio diren batzuek akatsen bat izateak (% 2tik 7ra), eta horrekin batera akatsa zerk ekarri duen % 70ean ez jakiteak, ikerketa gehiagoren beharra salatzen dute eta hobekuntzak egitea bai lan baldintzetan nola emakumezko langileen osasunaren sustapen eta aurrezaintza neurrietan ere.

Alde horretatik sentsibiltate handiago dago gaur amaren eta umekiaren osasunerako lan baldintzek orohar, eta bereziki eragile kimiko eta erradiazioek izan ditzaketen ondorioei buruz. Hori dela eta, European une honetan arauteriak berraztertzen eta eguneratzen ari dira, ez emakumeari soilik dagozkionak, baizik eta, ugalketari begira babestu beharreko subjektu den gizonezkoa ere kontutan hartuta.

³³ Gai horretarako kontsulta daiteke: Onis M. eta Villar J., "Emakumearen laneko osasuna Espainian", Mimeo, 1990, bertan aipatzen delarik Chamberlain G. eta García J.ren lana, "Pregnant women at work", Lancet, 1983.

Neurriak ondokoetara bideratu behar dira:

- arriskuak saihestera;
- ekidin gabeko arrisku baten transmisioa eragotzi edo apaltzera;
- langileak babestera, arriskuko egonaldiak murriztuz.

Erradiazio ionizatzailerak eta gai kimikoak erlazionatzen dira maizenik lanbidean sortutako mutagenesi eta teratogenesiarekin. Ugalketa garapenaren tarte ezberdinetan eta are ernaltze aurretik eragin dezakeen eragile kaltegarri edo gai toxiko batek ondoko hauek sortaraz ditzake ³⁴:

- agortasuna;
- mutazioak; heredentziazko eritasunak;
- sortzetikako akatsak;
- abortoa;
- umontziko umekiaren hazkuntza atzeratua;
- behar baino lehenago jaiotzea;
- umezorroko edo jaio ondoko toxikotasuna eta kartzigenizitatea (edoskitze bidez);
- jaiotze inguruko heriokortasuna;
- sortu berrien hondamen fisiologikoa eta psikikoa.

Ugalketaren arrisku horietaz gainera, lanaren ezaugarriek datxezkien lan arriskuak ere badira. Horiek, lehen aipatu diren bezala, lan ezbeharrak sortzen dituzte, lanbideko eritasuna eta lanean sortzen direnak edo zehaztasunik gabeak.

Gaur egunean, laneko ihardueraren ondoriozko eritasun, aldigaitz eta ondoezei buruzko datu estatistikorik ez daukagu, eta dagoena istripuetara mugatzen da soilik.

LANEKO ISTRIPU TASA

6.2

1989an E.A.E.n lan egiten zuten emakumeen % 80k zerbitzuen sektorean ari ziren eta % 16 baizik ez industrian, gizonetzkoak azken honetan % 45 eta zerbitzuetan % 40 ziren artean (ikus 5.1 taula). Emakumezkoak adar jakin batzuetan kontzentratze horrek laneko arrisku mapa berezi bat eratzen du, ez sexuaren araberakoa, lanaren beraren ezaugarrien araberakoa baino.

Eusko Jaurlaritzako Lan eta Gizarte Segurantzza Saileko lan istripuen parteek adierazten dutenez 1989an emakumezkoen istripuak guztira 3.759 izan ziren, horrek % 1,6ko eragimen tasa ematen du. Istripu hauetarik % 31 industriako sektorean gertatu ziren (% 3ko tasa) eta % 67 zerbitzuetan (% 1,3ko tasa).

³⁴ Ikus horri buruz Serrano Fuster, I. "Emakumea, osasuna eta lan baldintzak", Emakumeen osasuna lehen mailako osasun laguntzan.

Gizonezkoen artean lan istripuak denetara 38.002 izan ziren, horrek egiten du % 7,4ko istripu tasa. Sektoreka istripuok honela banatu ziren: % 63 industrian, % 20 zerbitzuetan eta % 13 eraikuntzan, beraz istripu tasak hauek izan ziren, industrian % 10,3, zerbitzuetan % 3,7 eta eraikuntzan % 8,7.

Izandako zauriaren graduari bagagozkio, bai gizonetan nola emakumeetan, % 98tan zauri arina izan da, eta % 0,3tan berriz heriotza ekarri du: hau da 1989an Autonomi Elkartearen 11 emakume eta 114 gizon hil ziren lan istripuak zirela medio. Arazo horren gainean, Euskadirako Osasun Politika 2000 egitasmoak³⁵, Lanbideko Osasunari dagokion 02.1.1 helburuan honako hau finkatzen du: "1995. urterako lan istripuetan gertatzen diren heriotzen kopurua gutxitu beharko da, % 20 bederen".

Emakume eta gizonengan istripurik arruntena erorketa da (% 36 eta % 25, hurrenez hurren). Emakumeengan, jarraian gehiegizko nekeak datoz (% 20) eta kolpeak (% 10), eta gizonezkoetan aldiz, bigarren tokian kolpeak daude (% 19), gero gehiegizko nekeak (% 17) eta zanpaketa (% 10).

6.1.(a) TAULA Laneko istripu tasa, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an. (Mila unitateak)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		GUZTIRA	
	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E
LANA DUTENAK	16,3	6,4	3,4	0,5	37,3	4,6	131,2	13,9	59,4	18,8	56,5	3,0	83,4	57,9	40,9	5,0	14,1	6,3	67,0	120,2	509,8	236,7
Portzentaia (%)	3,2	2,7	0,7	0,2	7,3	1,9	25,7	5,9	11,7	7,9	11,1	1,3	16,4	24,5	8,0	2,1	2,8	2,7	13,1	50,8	100,0	100,0
ISTRIPU KOPURUA	1,7	0,1	0,2	0,0	3,3	0,1	14,9	0,5	5,4	0,5	4,9	0,0	3,2	0,8	2,0	0,0	0,4	0,1	1,9	1,6	38,0	3,8
Eragipena (%)	10,7	1,1	5,9	0,8	8,9	2,5	11,4	3,7	9,0	2,7	8,7	1,2	3,9	1,4	4,9	1,0	3,0	1,4	2,8	1,3	7,5	1,6

6.1.(b) TAULA Zauriaren gradua, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an. (% bertikalak)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		GUZTIRA	
	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E
ARINA	96,4	90,1	94,1	100,0	98,1	100,0	98,5	98,8	98,2	99,2	97,4	97,3	97,5	98,2	96,8	94,0	97,5	91,1	95,7	96,8	97,8	97,5
LARRIA-OSO	2,9	9,9	5,9	0,0	1,4	0,0	1,3	1,2	1,7	0,4	2,2	2,7	2,1	1,6	2,5	4,0	2,5	6,7	3,9	3,0	1,9	2,2
LARRIA HERIOTZA	0,6	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,2	0,4	0,3	0,0	0,4	0,2	0,7	2,0	0,0	2,2	0,4	0,2	0,3	0,3

³⁵ Osasun eta Kontsumo Saila, "Euskadirako osasun politika 2000", Eusko Jaurlaritza, 1990.

6.1.(c) TAULA Istripu mota, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an. (% bertikalak)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		GUZTIRA	
	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E
Erorketak	30,1	35,2	26,6	50,0	23,9	34,5	20,5	25,9	22,1	25,4	31,5	48,6	27,0	35,4	32,0	46,0	27,5	47,7	36,9	41,4	25,1	35,7
Zerbait zapalduta	2,6	5,6	6,4	0,0	4,9	6,0	3,9	3,9	4,6	3,5	8,3	13,5	5,0	3,2	7,5	4,0	4,3	3,3	4,9	4,8	5,0	4,2
Kontrajotzeak	11,2	5,6	6,9	0,0	8,7	6,0	8,3	7,2	9,1	9,6	6,1	0,0	7,8	7,8	8,7	18,0	9,8	6,6	8,7	6,9	8,3	7,5
Kolpeak	27,8	14,1	13,7	0,0	18,3	5,2	19,0	8,4	18,0	14,0	21,4	10,8	20,5	16,6	14,5	0,0	8,4	2,2	13,3	6,4	18,9	9,9
Zatikiak saltatzea	3,2	1,4	3,4	0,0	6,4	0,9	12,7	2,9	4,5	3,1	6,4	2,7	5,2	1,8	3,5	0,0	2,9	0,0	2,5	1,4	8,0	1,9
Trabaketa	8,5	5,6	5,4	0,0	12,2	14,7	11,1	16,5	15,9	13,1	5,8	0,0	9,3	12,2	6,9	2,0	3,5	3,3	6,1	3,5	10,2	8,8
Gehiegizko nekeak	12,3	26,8	23,0	0,0	17,7	20,7	17,6	27,6	19,5	23,6	14,7	13,5	15,8	11,7	17,2	12,0	11,7	8,9	15,0	21,1	16,9	19,9
Ibilgailuak kolpatua	1,7	1,4	7,8	50,0	2,3	6,9	2,2	5,3	2,6	5,1	2,9	10,8	5,8	6,8	7,0	14,0	28,3	24,4	6,7	8,2	3,5	7,4
Beste batzuk	2,6	4,3	6,8	0,0	5,6	5,1	4,7	2,3	3,7	2,6	2,9	0,1	3,6	4,5	2,7	4,0	3,6	3,6	5,9	6,3	4,1	4,7

6.1.(d) TAULA Gorputzaren zein atal zauritu den, iharduera taldeen eta sexuaren arabera, 1989an. (% bertikalak)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		GUZTIRA	
	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E
Begiak	4,1	1,4	4,4	0,0	6,5	4,3	13,0	3,1	5,1	2,9	7,2	0,0	5,6	2,7	3,7	0,0	3,7	1,1	3,7	3,1	8,5	2,9
Buruko beste alde bat	5,2	1,4	9,3	0,0	5,5	6,0	4,0	6,1	3,7	4,7	5,2	8,1	4,5	6,0	6,4	10,0	8,0	12,2	5,9	7,9	4,7	6,8
Gorputzenborra	19,7	16,9	15,2	0,0	16,3	7,7	15,7	16,5	16,6	13,3	17,3	13,5	15,1	9,0	20,1	16,0	13,3	13,3	14,8	20,4	16,4	15,7
Goiko gorputzadarrak	36,3	45,0	29,4	0,0	43,1	42,3	43,9	46,5	47,5	51,0	34,1	29,7	42,4	45,4	28,9	22,0	26,3	24,5	34,3	30,0	40,9	38,9
Beheko gorputzadarrak	32,3	33,8	38,2	75,0	26,1	35,4	21,7	26,2	25,2	25,5	32,8	45,9	29,5	34,2	36,3	44,0	41,3	43,3	38,4	34,9	27,1	32,7
Askotariko zauriak/barneko organoak	2,3	1,4	3,5	25,0	2,7	4,3	1,7	1,6	1,8	2,5	3,4	2,7	3,1	2,7	4,3	8,0	7,4	5,6	3,0	3,9	2,4	3,1

- (1) Nekazaritza, abeltzaintza, ehiza, basozaintza, arrantza.
- (2) Energia eta ura.
- (3) Energia besteko mineral erauzketa, eraldaketa, produktu eratorriak, industria kimikoa.
- (4) Metalak eraldatzeko industriak.
- (5) Bestelako manufaktura industriak.
- (6) Eraikuntza.
- (7) Merkataritza, jatetxeak, ostalaritza.
- (8) Garraioak eta komunikabideak.
- (9) Finantza erakundeak, aseguruak, enpresentzako zerbitzuak eta alokairuak
- (10) Beste zerbitzuak.

Iturria: EUSTAT. Populazioari buruzko inkesta iharduerari dagokionean, IV. hiruhilabetekoa, 1989. urtea. Eusko Jaurlaritza. Lan eta Gizarte Segurantzaren Saila. Lan istripuei buruzko parteak, 1989.

Sektoreka eta emakumeei dagokienez, erorketa da gora egin duen lan istripu mota zerbitzuen sektorean, eta gehiegizko nekea aldiz industri arloan.

Azkenik, gorputzadarrak dira, goikoak zein behekoak, maizenik zauritzen diren gorputzaren atalak. Hain zuzen ere, emakumeen kasuan, lan istripuetako % 39 besoetan edo eskuetan nozi-

tzen da, eta % 33 zangoetan eta oinetan. Portzentaia horiek gizonezkoetan % 41 eta % 27 dira hurrenez hurren. Talde honetan ugari izan ohi dira begietako zauriak (% 9).

Laburbilduz esan daiteke:

- a) Soldatapeko emakumezko populazioa batez ere zerbitzuen sektorean kontzentratzen den bitartean (% 80) gizonezkoa industria (% 45) eta zerbitzuen artean (% 40) banatzen dela.
- b) Industri sektoreko istripu tasa (% 9) zerbitzu sektorekoa baino handiagoa da (% 2,5).
- c) Beraz, alde nabaria dago gizonezkoen istripu tasaren (% 7,4) eta emakumezkoen tasaren artean (% 1,6).
- d) Emakumezkoen istripu tasak zerbitzu sektorean (% 3) gora egiten badu, gizonezkoenak ordea industriaren (% 10,3) eta eraikuntzarenean (% 8,7).
- e) Zauriaren ondorioa ia gehienetan arina bada ere (% 98tan), heriotza % 0,3tan gertatzen da, eta portzentaia horrek behera egin beharko luke % 20an Osasun Plana 2000k adierazi duen helburuaren arabera.
- f) Emakumeek maizenik pairatzen dituzten istripuak izaten dira erortzea (% 36), gehiegizko nekeak (% 20) eta kolpeak (% 10), eta gehienetan goiko gorputzadarretan hartzen da mina (% 39) eta behekoetan (% 33).

FAKTORE ARGIGARRIAK

6.3

Bi sexuen artean istripu tasari dagokionez ikusten den ezberdintasunaren arrazoa ez da emakumeek lan istripuetatik libratzeko berezko gaitasuna dutelako, ez eta arrisku faktore batzuen aurrean batzuek min hartzeko beste batzuek baino emanago direlako ere; horren arrazoa bi taldeon artean dagoen lanbide eta lanen banaketan bilatu behar da, beraz, horiek burutzen dituzten lanen eta zereginen ezaugarrietan, eta azken finean gizonek eta emakumeek bizi dituzten mota askotako arriskueta.

Emakumeak industri eta eraikuntza sektorean hain gutxi izatean, eta ondorioz lanean istripuak izateko arrisku gutxiagoko lanetan iharduteak, eragin argia du eragimen tasan.

Industriako langileria, adibidez, kualifikazio apalekoa da eta gehienbat eskulanak dira, ziklo motzekoak eta errepikakorrak, bizitasuna eta prezisioa eskatzen dituztenak. Lan nekea sortarazten duten faktoreen gainean egin diren ikerketek, hain zuzen ere, monotonia, errepikazioa eta abia da azpimarratu dute, eta horrekin eginkizunaren inguruabarrak azaltzen dira eta ez egileak.

Zerbitzuen sektorearen barruan, emakumeek zerbitzu pertsonalak eta etxekoak, merkataritza-koak, osasun eta hezkuntzakoak betetzen dituzte. Eserita egon beharra, egitekoen monotonia eta errepikazioa dira lanpostu horien ezaugarri, eta alde batetik soberako nekeak dakartzkeen arriskuetaetik babestuak badaude ere, ez ordea psikikoetaetik, hala nola, unadura, estresa eta ahuleria, halako moldez non gainkarga psikikoa baita zerbitzuen sektoreko arriskurik nagusia.

Eusko Jaurlaritzako Lan eta Gizarte Segurantzaren Saileko Lan Merkatuaren Erroldako datuetan agertzen da 16 eta 64 urte bitarteko emakumeen % 47 etxeko lanetan aritzen direla. Talde

honen kopuruaren garrantzia aitortu arren, etxeko lanetako arriskuak ez dira behar bezala ezagutzen ³⁶. Horien sorburua etor daiteke bai erabiltzen diren produktuen osagaiengandik baita, eta batez ere, zereginen eduki berberengandik eta egitekoen inguruan sortzen den giroa-gatik: errepikazioa, monotonia, bakardadea, isolamendua... Etxeko lanaren patologia konkretua alditxar psikosomatikoen emendioan sumatzen da (lorik egin ezina, buruko minak, liseriketa arazoak, etab.), irrika eta depresio sintometan, eta psikofarmako gehiegi hartzean ³⁷.

Emakumeak ihardueraren adar ezberdinetan modu berdinean ez sartzeak emakumezkoen lanari buruzko lege arautiarekin du zerikusia, izaera babestzailea baitauka. Hartu ziren neurri batzuk, esaterako lanordua mugatzeak, gauaz edo toki arriskutsuetan (meategietan) eta horrelakoetan lan egitea debekatzeak sortu zituzten ondorioak modu askotakoak izan ziren. Alde batetik, emakumeei bidea itxi zieten horrelako lanetan aritzeko eta aldi berean bideratu zituzten produkzio sektore jakin batzuetara. Beste aldetik, gizonezkoak diskriminatu egiten zituzten lan arrisku zenbaitetara behartuz. Hainbat lanposturen arriskuak ezabatu ordeztatu eta guztientzako lan ingurune segurua eta osasungarria eskuratzen ahalegindu beharrean, bazterketa bikoitza zertzen da: enpleguaren aurka, emakumeen kasuan eta osasunaren aurka gizonezkoenean.

Arriskuak arrisku, horiek murriztea da Euskadira Osasun Politika 2000 egitasmoaren nahia ³⁸, bere 02.2.1, 2 eta 3. helburuetan gauzatua. Horretaz puntu hauek finkatu ditu:

"1990. urterako, amiantoarekin lan egiten duten enpresa guztiek, indarrean dagoen legeriak ezarri dituen amiantoeko zuntz mailak baino beheragokoak mantendu beharko dituzte laneko giroan".

"1992rako, metal astunekin (kromoa, beruna, artsenikoa) lan egiten duten enpresa guztiek, indarrean dagoen legeriak ezarritako metal horien mailak baino beheragokoak mantendu beharko dituzte laneko giroan".

"1995erako, enpresa guztiek, indarrean dagoen legeriak ezarritako hots maila baino beheragokoa mantendu beharko dute laneko giroan".

Emakumeak lan merkatuan sartzea atzerarik gabeko gertakari bat denez gero, etorkizunean emakumeak emakume direlako baztertzeko dituzten arau guztiak indargabetu beharko dira. Baina gainera, langile guztientzako babesa ere arautzea eskatzen du; osasunaren babesa arautzea ugalketarako adina duten langile guztientzako, ugalketari dagokionean, eta emakumeari haurdunaldi eta edoskitze garaian.

³⁶ Martínez Ten C. "Emakumearen laneko osasuna", Emakumea eta aukera berdintasuna lanean. Debate saila, 7.zk. Emakumearen Institutua, Gizarte Arazoetarako Ministeritza.

³⁷ Fee E. "Lanaren eraginak emakumeengan, EEBBetan", Egile Batzuek, Lehenbiziko ihardunaldiak emakumeari eta osasunari buruz, Madril, Emakumearen Institutua, 1985, Martínez Ten C.-k aipatzen duen lana, aip. obr.

³⁸ Osasun eta Kontsumo Saila, 1990, aip. obr.

7

**OSASUNA
HIRUGARREN
ADINEAN**

SARRERA

7.1

Hirugarren adina deitzen duten bizitzaren tarte horren iraupena, belaunaldiz belaunaldi luzatzen ari da, izan ere, heriokortasunari egokitutako atalean argi azaldu denez, bizi itxaropena gorantz baitoa mendebaldeko gizarte garaikideetan, E.A.E.a barne.

7.1. TAULA Bizi itxaropena E.A.E.n, 65 urtetan

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
1960 urtea	14,7	11,9	2,8
1986 urtea	18,4	14,1	4,3
2016 urtea	19,5	15,6	3,9

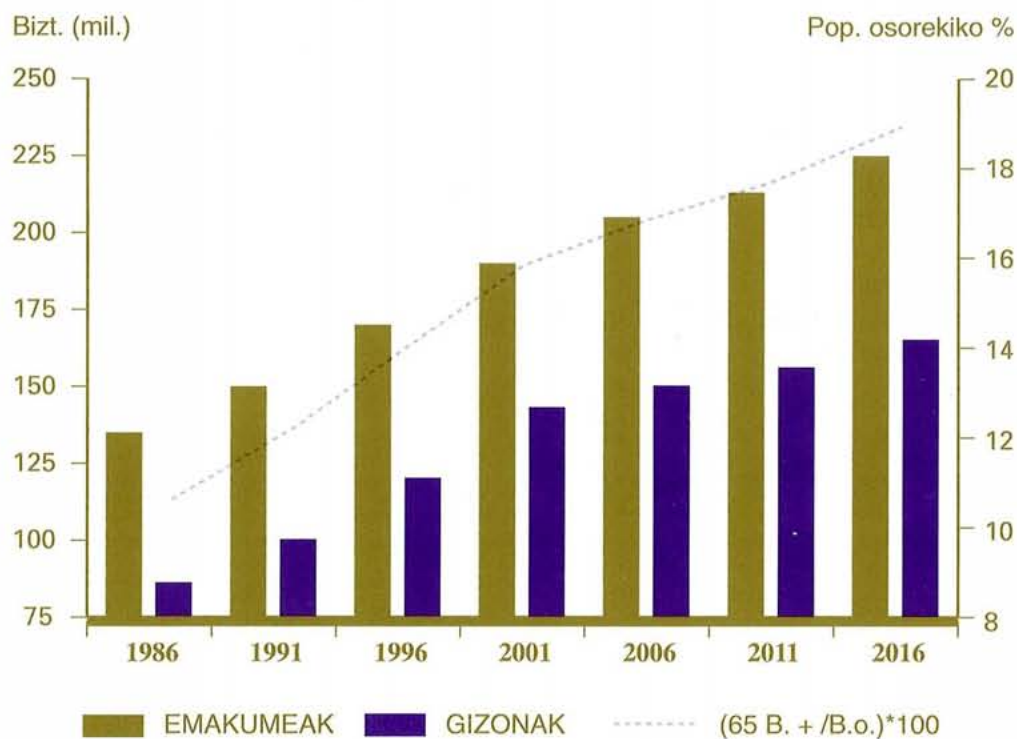
Iturria: Eusko Jaurlaritzako Ekonomia eta Plangintza Saila/IKEI. Demografiaren agertokiak. Horizonte 2016.

1986. urtean E.A.E.an bizi ziren emakumeek ia lau urte gehiagoko bizi itxaropena zuten 1960an bizi zirenek baino. Datozen urteotan bizi itxaropenaren hobekuntzak mantxoago gertatuko dira, non ez dituen ustegabeko asmakizun teknikoren batek egungo osasun zirkunstantziak aldatzen.

Gizonen kasuan gerta daiteke apurka-apurka bizi itxaropenak parekatuz joatea. Baina epe laburrean emakumeak gizonezkoak baino gehiago biziko dira arruntean. Modu horretaz, alargun izateak, adineko emakumeen bizimoduaren alderdirik nabarientakoa baita, garrantzia izaten segituko du datozen urteetan.

Bestalde bizitzak gehiago irautean gertatzen den ondorio hurbilena da zahartzaroko gaisotasunak gehitu egiten direla. Bizi-mailaren ikuspegitik, nahitaezkoa da zahartzaroko ezongiak edo alditxarrak edo antzekoak izanda ere ahal den ondoen nola bizi planteatzea, ondoez horiek gero eta gehiago iraungo baitute. Talde hori, berez zuzenean bitartekorik sortzen ez duen eta, 12. grafikoak isladatzen duen bezala, populazio osoarekin alderatuta kopuruz gero eta handiagoa den taldea, laguntza bermatuko duten baliabideez hornitzea beharrezkoa izango da.

12. GRAFIKOA 65 urtez gorako populazioaren zenbaketa, E.A.E.an



Iturria: Eusko Jaurlaritzako Ekonomia eta Plangintza Saila/IKEI, Demografiaren agertokiak, Horizonte 2016.

HIRUGARREN ADINEKOEN ALDITXARRAK

7.2

Zahartzaroan, nahiz eta eritasunen eragina parekatzeko joera dagoen, emakumeek errazago adierazten dituzte beren osasun arazoak, Osasun Inkestan ikusi zen bezala. Horretaz esan behar da emakumeen alditxar ohizkoenak zirkulazio aparatukoak edo hezurrenak direla, artikulazio eta muskuluetakoeekin batera.

Dena den, 7.2 taulan agertzen denez, iduri du 65 urtez goitiko gizonak adin bereko emakumeek baino arrisku handiago dutela arnas, liseriketa eta gernu-ernaltze aparatuetako arazoak izateko.

7.2. TAULA Osasun arazoak E.A.E.n, 1985-86an. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
OINARRRIA (65 urtez gorako pop.):	1.683	1.154	
Nerbiotakoa	6,8	4,2	2,6
Zirkulazioa	59,1	46,5	12,6
Arnas aparatukoa	21,2	26,4	-5,2
Liseriketa apar. (ahokoa ezik)	30,1	31,6	-1,5
Gernu-ernaltze aparatua	3,8	8,2	-4,4
Hezur-giharrekkoa	51,8	29,6	22,2
Adimenekoa	12,4	5,2	7,2

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko osasunari buruzko inkesta, 1987.

Dirudienez, hezur-giharretako eta zirkulazioko gaitzek 65 urtez gorakoei arazo ugari sortarazten die sasoi onean egon ahal izateko, Osasun Inkestari jarraikiz argitaratu den bezala ³⁹.

E.A.E.ko eremuan azterlan honetarako egin den inkestak frogatzen du 60 urtez gorako emakumeen osasun egoera aski makurrakoa dela gizonena baino.

Erikortasunari buruzko atalean emakumeen ezaugarri ziren pairamenduei bakarrik erreparatuz, 7.3. taulak eskaintzen dituen datuetatik abiatuta froga daiteke:

- Horiek guztiek eragina dutela 60 urtez goitiko % 20 emakumeengan gutxienez.
- Gizonen eta emakumeen pairamendu tasen arteko ezberdintasunak, aldarte aldaketei dagozkienak salbu, estatistika aldetik esanguratsuak direla ⁴⁰.

7.3. TAULA Adinekoen pairamenak, sexuaren arabera. (Baiezko erantzunen %)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
OINARRRIA (60 urtez gorako pop.) ⁴¹ :	190	57	
Buruko mina	40,9	20,2	20,7
Artikulazioetako mina	66,2	34,5	31,7
Gerrontzeko mina	51,3	36,2	15,1
Pilpirak	20,7	4,2	16,5
Zorabioa	32,8	14,1	8,7
Suminkortasuna	24,6	12,7	11,9
Arrazoi gabeko tristura	41,9	7,7	34,2
Arrazoi gabeko negargalea	30,0	3,8	26,2
Laridura/estuasuna	31,2	6,2	25,0

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

³⁹ Errezola, S. "Zaharren profilsozio-sanitarioa". SISVA, Osasun informazioaren euskal sistemaren argitarapena, 8.zk. 1990eko urria.

⁴⁰ Estatistikoki ezberdintasun adierazkortzat hartzen dira "baliogabeko hipotesia" arbuiatzeko bide ematen dutenak, % 95eko konfidantza mailarekin.

⁴¹ Alderaketak egin ahal izateko, elkarriketatuen multzo bat edukitzearren, zahartzaroaren abiapuntutzat 65en ordezt 60 urtetik aurrerakoa hartu zen.

Osasun arazo larrienekin gertatzen den bezala eta E.A.E.ko 60 urtetik gorako emakume erdiak baino gehiagok hala aitortzen dutenez, urteak iragan ahala larriagotzen diren ohizko pairamenak artikulazioetako edota gerrontzeko oinazeak izaten dira. 60 urtetik gorako pairamen psikikoek aipatu behar da gazteagoekin alderatuta suminkortasuna mantendu eta arrazoi gabe negar egiteko gogoia gehitzen dela.

Zahartzaroari datzekion narriadurarekin batera badira beste faktore sozialak adinekoen alditxar psikikoetan eragina dutenak (ikus 7.4. taula).

7.4. TAULA Pairamen psikikoak, astialdietako laguntasunaren arabera. (% bertikalak: erantzun anitza)

	GUZTIRA	BAKARRIK	LAGUNTASUN- AREKIN
OINARRI (60 urtez gorako emak.):	190	31	158
Suminkortasuna	24,6	35,2	22,4
Arrazoi gabeko tristura	41,9	82,0	33,9
Arrazoi gabeko negargalea	30,0	52,0	25,6
Aldarte aldaketak	49,6	87,2	42,2
Laridura/estuasuna	31,2	56,9	26,0
Bat ere ez	33,5	5,5	39,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Adineko emakumeei hondamen psikikoak izateko joera ez datorkie alargun gelditzetik ez etxe-ko lanetatik ez eta beste edozein aldagai objektibotik, baizik eta astialdietako bakardadetik. 60 urte baino gehiago bizi ondoren astialdietako laguntasuna da modurik hoberena era guztietako eritasun psikikoak ekiditeko.

Osasun laguntzako kanpaina askotan gai hori kontutan hartzen bada ere, ez dago soberan berriro ere hemen aipatzea beharrezkoa dela bakardadean bizi diren adinekoak gizarte harremanetan jartzen laguntzea.

EZGAITASUNAK ETA LAGUNTZAK

7.3

Patologiek 65 urtetik gorako emakumeak gehiago iharrosten dituztenez adin bereko gizonetakoak baino, jakina, osasuna dela eta, emakumeen eguneko iharduerak gizonenak baino oztopo gehiago izango ditu.

Osasun Inkestaren arabera, 65 urtez goitiko emakumea 3 egunetan gauza ez dela dagoen bitartean, gizonetakoak ordea, 2tan egongo da horrela. Eta 65 urte baino gehiagoko emakume batek ohean 4 egun ematen dituen bitartean gizonak 3 besterik ez.

7.5. TAULA Ezgaitasunaren adierazleak, sexuaren arabera, 1985-86. (Urteko batez bestekoa)

	EMAKUMEAK	GIZONAK	E-G
	1.683	1.154	
Aldi bateko ezgaitasunean izandako egunak	20,9	13,9	7,0
Ohean emandako egunak	11,6	8,8	2,8

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila, Euskal Autonomi Elkarteko osasunari buruzko inkesta, 1987.

Datu hauek adierazten digute osasunari dagokionean emakumeen bizi baldintzak gizonezkoenak baino makurragoak direla; baina horren egiazko nondik-norakoari antzemateko, behar dira ezagutu nola sortzen eta jasaten diren ezgaitasun horiek.

7.6. TAULA Osasuneko alditxarrek sortutako ondoezak gainditzeko modurik ohizkoenak. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (60 urtez gorako emak.):	190	57
Ohean, laguntzarekin	32,4	79,0
Ohean, laguntzarik gabe	16,6	6,5
Zutik	50,1	12,6
Ez daki/Ez du erantzun	0,9	1,9

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Txosten honetarako eginiko inkestaren datuetatik (7.6. taulan ikusi dugunez) ulertzen da osasuneko alditxarren kariaz gizonezkoak baino nekezago gelditzen direla emakumeak ohean. Eta gainera, gizon gehienek ohean ematen dituzten egunak pasatzeko laguntzarik baldin badute ere, emakume ugari osasuneko alditxarrak ohean jasan behar dituztela inolako laguntzarik gabe.

Erresidentzia batean sartzea ere, osasuneko gorabeherak gainditzeko laguntzarik eza nolabait ordezkatzeko lukeena, gizonak emakumeek baino maizago erabiltzen duten baliabidea da.

7.7. TAULA Adinekoen erakunderatze tasak E.A.E.ko erresidentzietan sexuaren eta egoera zibilaren arabera, 1985ean. (%an)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (60 urtez gorako pop.):		
Ezkongabea	6,3	11,0
Ezkondua	0,4	0,4
Banandua	7,8	14,5
Alarguna	2,5	4,2

Iturria: Eusko Jaurlaritzako Lan, Osasun eta Gizarte Segurantzza Saila. Zaharrak egoitzetan.

Egoitzetan sartzeari dagokionean eta 7.7. taula honetan agertzen denez, emakume ezkonduen eta gizon ezkonduen artean inolako alderik ez dagoen arren, ezkontiderik gabeko emakumeak uzkur dira erresidentzietan sartzeko, eta ez dira egoera berean dauden gizonak bezain erraz laketzen. Horrek erakusten du adineko emakumeek etxean gelditzeko joera errotua daukatela eta laguntza programak diseinatzerakoan kontutan hartu beharreko zerbait dela.

8

EMAKUMEEN OSASUN EGINKIZUNA ETXEKO ESPARRUAN

SARRERA

8.1

Familiakoak zaindu beharra (adingabeak nahiz adinekoak) mendeetan zehar emakumeak etxean bete duen eginkizun nagusienetakoa izan da. Horrek dakarren erantzukizuna mendebaleko gizarteetan itxuratu den emakumezkoen ohizko ezaugarri bihurtu da. Horrela belaunaldiz belaunaldi zabaldu da emakumeak —sentikorrak, samurrak, borondate gehiagokoak izanik— gizonak baino zaindari hobeak direla pertsona gaisoentzako.

Gaur egun, lan merkaturatzeak behartu ditu emakumeak etxetik kanpoko erantzukizunak ere bete egitera. Horregatik interesgarria da frogatzea zer neurritan mantentzen den erantzukizunen partiketa, eta zein den etxeko osasun zereginen benetako banaketa.

ELKARREKIKOTASUN ESKARIA

8.2

Bikotearen bizitzan elkarrekiko laguntza eta erantzukizunen banaketan berdintasuna arruntki onartzen diren oinarrizko printzipioak dira. Bizitzan zehar gerta daitezkeen hainbat gorabeheratan —osasunaren arazo larriak, besteak beste— ezkontutako pertsona gehienek laguntzarik behinena beren ezkontidearen baitan aurkitzea espero dute.

8.1. TAULA Norengana joko lukeen osasun arazo larria izango balu. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK	GIZONAK
OINARRIA (Ezkonduak):	794	228
Ezkontidea	62,1	67,3
Hurbileko ahaidea	6,0	2,2
Adiskidea	0,6	—
Medikua	29,4	30,0
Beste batzuk	1,1	—

Iturria: EMAKUNDEren inkesta

8.1. taulak erakusten digu gizon eta emakumeek ezkontidearengana joko luketela lehenbizi laguntza eske larriki gaixotuz gero; proportzioak berdintsuak dira, % 60etik gora bi taldeetan, gizonetzkoena zertxobait handiagoa bada ere. Dato honetatik atera daiteke elkarrekikotasun printzipioaren eskaria oso zabala dela, eta hori betetzen denentz ondoko ataletan ikusiko da.

Osasunarekiko zainketarekin erlazionatutako erantzukizunak, etxe barruan, ia denak oraindik ere emakumeen eskuetan daude.

8.2. TAULA Etxekoen osasun arazo arrunten arduradun nagusia. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK		GIZONAK	
	Soldata- pekoak	Gainera- koak	Soldata- pekoak	Gainera- koak
OINARRIA (15 urtez gorako pop.):	285	1.029	248	167
Ama/emaztea	78,9	81,7	67,9	85,0
Aita/senarra	2,3	2,2	2,6	3,6
Beste emakume bat	1,8	4,0	2,7	2,0
Beste gizon bat	—	0,1	0,7	0,5
Berbera, bakarrik bizi delako	3,5	2,7	5,6	0,6
Bereziki inor ere ez	13,5	9,0	20,1	8,2

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Elkarrizketatu dituzten emakumezko zein gizonezkoak, hertsiki soldatapekoen kategorian bildu gabekoak⁴², gehienetan beren egoitza familiaren etxean duten gazteak baitira, % 80 baino gehiagok adierazi zuten beren etxean ama edo emaztea dela etxekoen osasun arazo arrunten ardura izaten duena; eta % 2tan baizik ez zen izan senarra edo aita arduradun. Berez datu horrek ez du inor harrituko agian, kontuan hartzen bada etxe gehienetan emakumeak direla etxeko lanak egiten dituztenak. Baina, arreta hertsiki soldatapekoak diren emakumeengan bakarrik jarritz gero, ikusten dugu, emakume horien etxeetan ere, oso bakanak direla etxekoen osasunaren zainketarekin zerikusirik duten lanetan aritzen diren gizonezkoak.

Hain zuzen ere, 8.2. taulan agertzen diren taldeen artean, osasun arazo arrunten arduraduna ama edo emaztea dela aitortzen dutenak, elkarrizketatuen artean portzentaia txikienean, soldatapeko gizonak dira, horrek pentsarazten du gizonak ez direla beti konturatzen zeinek hartzen duen afera horien ardura.

Alabaina, agertarazi behar da egoera batzuetan gizonezkoen nolabaiteko lankidetzat ere izaten dela.

⁴² Hertsiki soldatapekoa dela ulertzen da asteen 25 ordutik behinik behin lan ordaindu batean aritzen dena.

8.3. TAULA Azken 15 egunotan medikura joan dira familiako batek osasun arazoak izan dituelako. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK		GIZONAK	
	Soldata- pekoak	Gainera- koak	Soldata- pekoak	Gainera- koak
OINARRIA (15 urtez gorako pop.):	285	1.029	248	167
Joan da medikura	25,5	26,3	12,1	7,6
Ez da joan	74,5	73,5	87,4	91,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

8.3 taulak islatzen du elkarrizketaturiko pertsonen artean zenbatek adierazten duen medikura joan direla bi aste lehenagoko tarte horretan familiako bat osasunez pattal xamar zegoela eta. Soldatapeko emakumeak gizonezkoak halako bi izan diren arren, proportzio hori ez dagokio zehatz-mehatz emakumeak etxean betetzen duen osasun eginkizunari, gehienetan bera bakarra izaten baita. Beraz, pentsa daiteke osasuneko alditxarra okerragora doan neurrian, mediku espezialista baten beharra eskatzen duena, gizonen partaidetza ere emendatzen dela eriaeren zainketan.

EMAKUMEEN OSASUN EGINKIZUNAREN BETIRAUTEA ETXEKO ESPARRUAN

8.4

Eginkizunen bat norbaiti betiko egokitu diotela erakusten duen aztarnarik nabarmenena belau-naldi gazteenek segitzen dituzten pautetan bilatu behar da.

8.4. taulak erakusten du, ezen emakumeari etxeko esparruan egokitu zaion osasun eginkizunari dagokionez, belau-naldi gazteengan jarraibide berriak agertu beharrean, emakume gazte ezkonduak bere egiten dituztela ia erabat etxekoen osasunarekin zerikusirik duten arazoaren zainketa eta arreta.

Egokiera horren ondorioz ikasketa informalaren prozesu bat gertatzen da, emakumeei beren osasun eginkizuna bete ahal izateko beharrezko gaitasuna ematen diena.

8.4. TAULA Etxekoen osasun arazo arrunten arduradun nagusia, adinaren arabera. (% bertikalak)

	GUZTIRA	25-44	45-54	55-64	65etik gora
OINARRIA (Emakume ezkonduak) ⁴³ :	794	374	182	163	67
Ama/emaztea	86,7	86,1	92,1	87,0	72,4
Aita/senarra	2,8	1,7	1,8	3,7	9,9
Beste emakume bat	0,8	0,6	—	1,2	3,6
Beste gizon bat	0,1	—	—	0,5	—
Berbera, bakarrik bizi delako	0,1	—	—	0,5	—
Bereziki inor ere ez	9,3	11,6	5,4	7,0	14,1

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Elkarriketaturiko pertsona ezkongai eta gazteenei heziketa baten ondorioa sumatzen zaie. Heziketa hori dela eta, emakumeak gizonetako baino prestatuago daude etxekoen osasun arazoei aurre egiteko.

8.5. TAULA Norberaren eta ingurukoaren osasun arazoez arduratzeko lortutako ezagupenen balorazioa. (% bertikalak)

	EMAKUMEAK		GIZONAK	
OINARRIA (15-24 urteko ezkongaiak):	285		98	
OINARRIA (25-44 urteko ezkonduak)		374		56
Nahikoa	43,7	82,9	27,5	59,5
Ez-nahikoa	52,6	16,0	69,3	39,3
Ez daki/Ez du erantzun	3,7	1,1	3,2	1,3

Iturria: EMAKUNDEren inkesta.

Ezkonduetako bizimoduak ematen duen esperientziaren eragina zehazta daiteke konparaketa bat eginez 15-24 urte bitarteko ezkongaien taldearen eta 25-44 urte bitarteko ezkonduen taldearen artean (ikus 8.5. taula). Era horretan frogatzen ahal da ezkondu bitartean osasun arazo arruntekin erlazionaturiko ezagupenak hartzen direnean horrek lehendik eskuratutako ezagupenen substratoan eragiten duela, eta hori dela eta, osasun arazoei aurre egiteko ezagupen aski dutela dioten emakumeak gehitu egiten dira. Arlo horretan, gizonetako artean, kopuru erlatibotan, gehikuntza berdintsua gertatu da.

⁴³ Elkarriketatuak duen ikuspegi zehiarrak saihestearren taula honen oinarritik kendu egin dira gizonetako ezkongabe eta ezkonduak eta emakume ezkongabeak.

9

ONDORIOAK

Mende honetan zehar izan diren aldaketek osasun arloan ere eragin handia izan dute. Horien artean aipa ditzakegu bizimoduan izan diren aldaketak, dietaren kalitate hobekuntzak edo higiearen ohiturak eta ingurumeneko aldaketak. Aitortu beharrekoa da, halaber, aurrerapen mediko eta farmakologikoen garrantzia. Baina ezin isilean eduki nazio garatuenetan osasun sistemen ekarpena beste faktoreekin alderatuta aski marginala dela. Halaber, ez da ahortzi behar faktore biologiko endogenoek duten garrantzia ere, esaterako jaiotze inguruko heriokortasuna bezalako alderdietan.

Bizimoldeez mintzatzean bi motatako aldaketak bereizi daitezke, osasunarekin zerikusi zuzenik izan gabe ere eragin nabaria dutenak: ongizatearen kontzientzia berbideratzea eta emakumeen ohizko eginkizuna birmoldatzea.

Ongizatearen kontzientzia berbideratzeak behartu du alditxarren eremua zabaltzera eta osasun sisteman zaindu daitezkeen eritasunen multzoan sarraraztera. Emakumeentzat prozesu honek berariazko ondorioak ekarri ditu, ernaltze osasunari dagokionez, adibidez ugalketa eginkizuna antisorgailuen bitartez antolatzea, eta laguntza medikoa ernaltze eta menopausia arloetara hedatzea. Bestalde, osasunarekiko laguntza hasi da planteatzen iharduera orokor baten garapen gisa, etengabeko iharduera prebentibo gisa, ingurumeneko arrisku faktoreak eta ohitura osasunkaitzak kontrolatzea eta edozein desoreka hautematea helburutzat daukana, ageriko patologia bihurtu baino lehen.

Emakumeen ohizko eginkizuna birmoldatzearen gakoa batez ere lan mundura sartzean datza. Horrek berehala ekarri du bere ondorena, emakumeentzako lan arrisku berriak, alegia. Baina gainera aldaketa nabaria gertatu zaie emakumeei, lan egiten dutenez gero haien gaisotzeko erak ez dira etxeko lanetara bakarrik dedikatzen direnenak bezalakoak.

E.A.E.ko emakumeen osasunari buruzko txostenaren emaitzen ikuspegi orokorra ematearren, ondorioen kapitulu honen edukia hiru ataletan egituratua dago. Lehenbizikoan, nazio garatuenetan garai hauetan gertatu diren aldaketa ezberdinak azaltzen dira, nola edo halako eragina izan dutenak emakumeen osasunerako. Bigarrenean azaltzen zaizkigu E.A.E.ko emakumeen osasun egoeraren ezaugarri behinenak. Eta hirugarrenak osasun zainketaren jarraibideak ditu gai. Modu horretan emaitzak berriro ordenatzen dira, ez txostena prestatzeko erabili zen egituran, beste batean baizik, zeren hura baldintzatua baitzegoen hein handi batean, alderdi batzuk, gero berezko nortasuna lortu dutenak, era berezitan hartzeko beharra zela medio. Hala eta guztiz ere, ondorioen kapituluko hiru atalok, orokortasun gradu handi bat eskaintzearen, txostenaren eduki guztiak hartzen dituzte beren baitan.

Azterlan honetan beste ikerketa batzuetan eta honetan ateratako emaitzak bildu dira, eta hortik ikusten denez gizonezkoek adin tarte orotan, emakumeek baino heriotze tasa jasoagoak dituzte

eta baita eritetxeratu beharreko gaisotasun larri gehiago ere. Hala ere, emakumeak gizonezkoak baino emanago dira osasun arazo ez hain larriak, baina eguneroko ibilera eragozten duten ezgaitasunak dakartzatenak, pairatzeko.

Joera horren nondik norakoa E.A.E.n nolakoa den jakiteko, era ezberdinetako pairamenak hautatu dira, hiru sailetan bilduta: fisikoak, kokapen zehatzekoak; fisikoak, kokapen zehatzik gabekoak, eta psikikoak. Inkestak emandako datuen analisisan makurraldi edo pairamen batzuk bereizi dira emakumeengan gizonengan baino eragin handiagoa dutenak (buruko mina, logabezia, etab.)

Pairamen horien eta emakumezko talde batzuk definitzen dituzten aldagaien artean lotura ezberdinak hauteman dira. Oro har, pairamen guztiek eragin gehiago dute adineko emakumeetan. Baina batzuek ez dute adinarekin erlazio zuzena, konplexua baizik, horien artean leudeke buruko mina, suminkortasuna, aldarte aldaketak eta estuasuna, beren ziztadak maizago jasaten dituztelarik 45 eta 54 urteko emakumeek askoz zaharrago diren beste batzuek baino. Adinak pairamen psikikoetan duen eraginaz frogatu ahal izan da statusak bere baldintzak jartzen dituela. Horrela, goiko statuseko emakume gazteek status apalekoek baino arrisku handiagoa duten bitartean, 25 urtetik aurrera joera hori alderantzizko bihurtzen da, eta pairamen psikikoen tasa handienak status apaleko emakumeenak dira, suminkortasuna salbuetsiz.

Gure inkesta honen bitartez sakonagotik aztertu nahi izan dugu zer erlazio dagoen emakumeek normalean proportzio handiagoan izan ohi dituzten pairamendu batzuen eta etxeko lanen artean. Etxekoandreak, oro har, buruko mina, artikulazioetako mina, pilpirak eta suminkortasuna gehiago izaten dute kanpoan lan egiten duten emakumeek baino. Etxekoandreen taldean, pilpirak izateko, zorabioak, jangura gutxitzeak eta aipatu diren pairamen psikikoetarik edozein izateko joera nabariago da etxeko lanek bi bazterretako atsegin maila (bat ere ez, ala atsegin handia) ematen dieten emakumeen kasuan. Era berean, bakardadeak hirugarren adinean alditxar psikikoetan duen garrantzia ere jaso da.

Azterlanaren beste datu interesgarriak dira bizilekuak eta gizarte mailak hainbat pairamendutan duten zeresana.

Bakarkako neurri prebentibozko praktiken barruan ikusten da osasun kontrol guztiak (pisua, tentsioa, elikadura) gehiago praktikatzen dituztela emakumeek gizonek baino. Elikapen ohiturei dagokienez, agertarazi da emakumeen anu energetikoak planteatzen duen arazo larriena urin gehiegi izatea dela, eta batez ere landare urina. Ariketa fisikoaz, argi geratu da oso gutxi direla 25 urtetik 65era bitarteko emakumeen artean ohitura egonkorak dituztenak.

Ohitura kaltegarriak, gehienetan, ondoren txikiagoa izan dute emakumeengan gizonengan baino. Alkohola eta tabakoa kontsumitzeko ohitura gizonetan baino gutxiago zabaldu da emakumeen artean. Baina azkeneko hamarkadetan hainbeste hedatu dira ohitura horiek emakumeen artean ezen ezaugarri horiek gizonezkoenak beste dira emakumeenak. Haatik, alkoholaren eta tabakoaren kontsumoa emakumeetan gizonetan baino apalagoa da. Emakume haurdunekin aniztetan gertatu ohi da alkoholaren eta tabakoaren kontsumoa bertan behera utzi edo gutxieenez murriztea. Droga kontsumoari dagokionean, adierazi behar da kontsumitzaileak gero eta zaharragoak direla, gazteagoen artean kontsumoa jaitsi den seinale. Kokaina eta anfetaminen kontsumoak ordea, goraka egin du, gutxiago emakumeetan gizonetan baino.

Arazo batzuk hauteman dira emakumeek osasun sistemarekin duten harremanetan. Datu adierazgarri bat izan daiteke, emakumeek, aldixar arruntetarako emanago izanik, medikura gizonek

baino gutxiagotan joaten direla. Medikarengana ez joatearen arrazoiak gainean, ikusi da gizonetakoak ondoez arruntengatik ez direla medikura joaten, ez baitira horregatik estutzen; emakumeak berriz kezkatu agertzen dira ustez eta medikuek beren alditxarrei jaramonik egiten ez diela.

Printzipioz, emakumeek beren alditxarrei garrantzirik emango ez zaielako kezka izateko joera handiago horrek bi egoera ezberdin salatzen ahal ditu, ez nahitaez bata bestearen baztertzailerak:

- a) Emakumeak gizonak baino maizago joango lirateke medikura alditxarreetatik, baina medikuek, gaur eguneko osasun sistemaren esparruan indarrean dauden erizpideak aplikatuz, ez diete horietarako tratamendurik ematen (adimen osasuna, kasu).
- b) Emakumeek ez lukete zainketa egokia izateko osasun sistemarenganako konfidantza gehiegirik izango alditxarrak dituztenean, nahiz tratatzeko modukoak izan.

Beste ikerketa batzuentzako uzten da egoera bata edo bestea zein neurritan gertatzen ari den argitzea. Zernahi gisaz, argi gelditzen da hurrengoan, erreformak egiten direnean, ahaleginak egin behar direla osasun sistema ahal denik eta ongien hedatzeko eta osasuneko profesionalak sentsibilizatzeko emakumezko alditxar horien tratamenduaren arloan, gaur egunean osasun sistemak ez baitie behar bezala erantzuten.

Azkenik, azpimarratzen da osasun zainketako praktiketan, non osasun sistemarekin zerikusirik ez duten beste pertsona batzuk parte hartzen baitute, emakumeak besterik ezineko protagonismoa hartzen du. Ezkontideen bizitzan, eginkizunak banatzeko orduan elkarrekiko laguntza eta berdintasuna funtsezko printzipioak direla gehienek onartzen badute ere, etxeko esparruan, osasun zainketarekin erlazionatutako zereginak ia salbuespenik gabe emakumeen ardurapean segitzen dute oraino.