

METODOLOGIA

Euskara Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta 2013

13ko EAEOI ESCAV₁₃



OSASUN SALA
DEPARTAMENTO DE SALUD

2013KO EUSKAL OSASUN INKESTAREN METODOLOGIA

AURKIBIDEA

1. [SARRERA](#)
2. [2013KO EUSKAL OSASUN INKESTAREN HELBURUAK](#)
3. [IKERLANAREN EREMUAK](#)
4. [LAGIN-PLANA: LAGINAREN DISEINUA ETA TAMAINA](#)
5. [AURRE-TEST KUALITATIBOA](#)
6. [GALDE-SORTAREN DISEINUA](#)
7. [INKESTAGILEAK PRESTATZEKO IKASTAROA](#)
8. [AZTERLAN PILOTU KUANTITATIBOA](#)
9. [LANDA-LANA](#)
10. [BALIOZKOTZEA](#)
11. [ANALISI ESTATISTIKOA. ESTANDARIZAZIOA](#)
12. [DEFINIZIOAK](#)
13. [EMAITZEN HEDAPENA](#)
14. [BIBLIOGRAFIA](#)

1. SARRERA

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


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

2013ko Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta (2013ko EAEOI) da, hain zuzen, gure autonomia-erkidegoan egiten den seigarren osasun-inkesta. Lehenengoa 1986an egin zen, eta 1992tik aurrera, bost urtean behin egin da. EAEOIk oinarritzko egitura bat izan du 1992az geroztik, osasun-egoeraren eta egoera hori mugatzen duten faktoreen jarraipena egitea bideratzen duena. Horrez gainera, galdera berriak erantsi zaizkio edizio bakoitzean, osasunaren plangintzaren eta ikerketaren arloan zein beste sektore sozial batzuetan sortutako informazio-premia berriei erantzuteko.

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

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

2007ko EAEOI erreferentziatzat hartuta, oraingo inkestan zenbait aldaketa egin dira, bai banakako galde-sortaren edukian, bai laginaren diseinuan eta hautaketan. Inkesta egiteko moduari dagokionez, ordenagailuz lagundutako elkarrizketa pertsonala (CAPI) egin da, eta netbook bidez edo webgunearen bidez banakako galde-sortari erantzuteko aukera eman zaie elkarrizketatuei.



Horrez gainera, inkestaren hedapena eta datuen banaketa bultzatzea helburu hartuta, hedapenerako zenbait produktu eta emaitzak jakinarazteko estrategia batzuk proposatu dira.

2. 2013KO EUSKAL OSASUN INKESTAREN HELBURUAK

2013ko Osasun Inkestak helburu nagusi hauek ditu:

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

3. IKERLANAREN EREMUAK

Biztanleria-eremua. Etxebizitza nagusitan bizi diren pertsonen multzoa da ikerketaren helburu. Etxe kolektibotan eta erakundetan bizi diren pertsonak ez dira kontuan hartzen.

Eremu geografikoa: EAE guztian egiten da inkesta. Emaitzak unitate geografikoen arabera ematen dira, lurralde historikoak, erakunde sanitario integratuak (ESI), udalerriak eta oinarrizko osasun-eremuak (OOE) kontuan hartuta.

Denbora-eremua. Inkestak, eskatzen duen informazio-motaren arabera, erreferentzia-data desberdinak ematen ditu (12 hilabete, 6 hilabete, 4 aste, 14 egun, astebetea, eta 2 egun). Izan ere, galdera batzuek inkesta-egunaren alde aurreko 14 egunari buruzko jasotzen dute informazioa, baina horien bidez urteko estimazioa egin ahal izan da, eta oroimeneko akatsengatik informazioen galera eragozteko; esaterako, alde aurreko 14 egunetan egin duten kontsultakopurua.

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

EAEOn diseinua aldatu egin da 2013an, aurreko edizioekin alderatuta. 2007an inkestatutako etxebizitzaren panelari eutsi zaio (zati batek 1997az geroztik irauten du), baina laginaren diseinua berriro da, 3 etapako diseinuaren ordez 2 etapako diseinua ezarri da.

Laginaren diseinua.

Euskal Autonomia Erkidegoko 2013ko Osasun Inkestaren lagina bi etapa hauetan egin da:

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

Labur-labur, 5.300 etxebizitzaren lagina oinarrizko osasun-eremuetan banatu da, biztanleriaren banaketa aintzat hartuta. Horretarako, kontuan hartu da 1997az geroztik etxebizitza-panel batean oinarritzen dela inkesta. 2013ko ediziorako, 2007ko paneleko etxebizitzak diseinu berrira egokitzeko ahalegina egin da. Horretarako guztirako, biztanleriaren eta etxebizitzaren eremua erabili da; hau da, 2010eko biztanleriaren erregistro estatistikoa eta etxebizitzaren gidazerrenda.

Laginen unitateak

Inkesta-unitatea familia-etxebizitza izan da, eta erreferentziarako biztanleria-oinarri gisa erabili da lagina hartzeko garaian eskura zegoen biztanleriaren administrazio-erregistro eguneratuena (2010ekoa).

Laginaren tamaina

5.300 inkesta-unitatek osatzen dute, guztira, lagina, eta ordezko 10.000 unitate ere jarri dira (bi ordezko lagin-unitate bakoitzeko, eta azpigeruza batzuetan erabiltzeko burtsa bat).

1. Lehen etapa: Etxebizitzaren lagina

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

- **Geruzaketa:**
Lehen etapako unitateak 123 oinarrizko osasun-eremutan geruzatu dira.
- **Esleipena:**
5.300 etxebizitzak esleitu dira, honako irizpide hauen arabera:
 - Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako lurralde historikoen biztanleriarekin erabat bat ez datozen osasun-eremuetako 15 urte eta gehiagoko biztanleen erro karratuari dagokion banaketa proportzionala. 2010eko

biztanleriaren erregistro estatistikoan adierazitako biztanleria aintzat hartu da.

- 15 urte eta gehiagoko biztanleen arabera banaketa proportzionala oinarritzko osasun-eremuetan.

Horrez gainera, laginaren tamainak 10 etxebizitzakoa izan behar zuen, gutxienez, oinarritzko osasun-eremuetan.

Lehen esleipenarekin honako emaitza hauek lortu ziren:

Probintzia (osasun-arloaren arabera)	15 urte eta gehiagoko biztanleak	Erroaren tamaina	Lagina
Araba	302.996	550,450724	1.256
Gipuzkoa	576.768	759,452434	1.733
Bizkaia	1.026.693	1.013,2586	2.311
Guztira	1.906.457	2.323,16176	5.300

- **Zozketa:**

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

2. Bigarren fasea: Pertsonen lagina

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

Banakako galdesorta egiteko, berriz, etxean bizi diren 15 urte edo gehiagoko pertsonen bi heren hartu dira.

Xede horretarako, lagineko etxebizitza titular bakoitza aurkeztu da zozketa bidez esleitutako etxebizitza-mota zehaztuta (A, B, C). Osasun-eremu edo geruza bakoitzaren barruan ausazko zozketa bidez egin da esleipena.

Letra horretan oinarrituta, eta etxebizitzako familiaren osaera kontuan hartuta, bigarren fasean 15 urte eta gehiagoko zenbat pertsona eta zer pertsona inkestatu behar ziren erabaki zen.

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

Laginaren esparrua

Euskal Autonomia Erkidegoko lurralde historikoetako familia-etxebizitza okupatuek osatzen zuten laginaren esparrua.

Horretarako, 2010eko etxebizitzaren gidazerrendatik hartu ziren gizabanako bat gutxienez zuten familia-etxebizitzak, biztanleriaren erregistroan (EUSTAT) jasotako datuen arabera.

Etxebizitza okupatu bakoitzari osasun-eremuaren araberako kodea esleitu zitzaion.

Etxebizitzaren panela

Eragiketaren zati gisa, 2007ko etxebizitzaren panelari eutsi zaio, eta osasun-eremutan banatu da (osasun-eremuaren araberako kodea esleitu ondoren).

Zenbait etxebizitza desagertu dira egungo laginean, 2010eko informazioaren arabera hutsik zeudelako, edo behar baino etxebizitza gehiago zeuden eremuetakoak zirelako.

Paneletan etxebizitza gutxi zituzten eremuak osatu dira eremu bereko etxebizitza okupatuen bidez, 2010ko etxebizitzaren gidazerrendan ageri direnak aintzat hartuta, hautaketa sistematikoaren bitartez (kokapen-kodearen araberako ordena).

Halaber, geruza batzuetan gehiegizko etxebizitzak kentzeko irizpide sistematikoa aplikatu da.

Etxebizitza titularrak zenbatu dira, 1etik 5.300era bitarteko balioak emanda.

Etxebizitzak ordezkatzeari

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

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

Ordezkapenak egiteko garaian nazionalitateari buruzko irizpidea aplikatzeko, geruza bikoitzak egin dira eremuetan, etxebizitza "nazionalak" eta "atzerrikoak" zehaztuta, ordezkapenentarako geruza bereziak osatuz. Gero, geruza bakoitzean gertutasunari dagokion irizpidea aplikatu zen berriro.

Horrez gainera, etxebizitza "atzerrikoak" ordezkapenentarako burtsa izan dute (bi unitate gehiago titular bakoitzeko), ordezkoez eta erreserbakoez gain.

Laginaren fitxategia

Laginaren fitxategian daude d agozkion etxebizitza guztiak (titularrak, ordezekoak, erreserbakoak eta burtsa), posta-hurbilketa, geruzaketari eta laginari buruzko datuak (unitate-mota, galde-sortaren zenbakia eta abar), eta etxebizitzaren gidazerrendan jasotako etxebizitza-identifikazioa adierazita.

Horrez gainera, etxebizitza bakoitzean bizi diren pertsonak jasota daude, biztanleriaren erregistro estatistikoaren arabera, elkarren segidako zenbakiak esleituta, eta adinaren eta sexuaren arabera ordenatuta. Pertsona horien oinarriko ezaugarriak eman dira (izena, sexua, jaiotze-data eta abar), bai eta oinarriko biztanleria-unitatearen gakoa ere, biztanleriaren erregistro estatistikoari dagokiona

Aurre-testa (proba pilotua)

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

Lurraldea	Udalerria	Eremuaren izena	EREMUA
Araba	Vitoria-Gasteiz	Sansomendi	1114
		Santa Luzia	1104
		Lakuabizkarra	1110
Bizkaia	Bilbo	Iralabarri	3606
	Bilbo	Otxarkoaga	3615
	Sestao	Sestao-Markonzaga-Kueto	3401
	Erandio	Erandio-Desertu	3508
Gipuzkoa	Oñati	Oñati	1203
	Azkoitia	Azkoitia	2202
	Donostia-SS	Intxaurren	2409

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

- Etxebizitzaren zozketa sistematikoa egin da eremuan.
- Ordezekoak hautatzeko irizpidea berdina da (gertutasuna eremuan eta nazionalitatea).
- Titularrak, ordezekoak, erreserbakoak eta burtsa.
- Erregistroaren diseinua komuna da.

Goratzaileen kalkulua eta kalibrazioa

Inkestatutako etxebizitzetan bizi diren pertsonen lagina eta familien lagina.

Esan dugun bezala, kasu horietarako, etapa geruzatu bakarreko lagina da.

Horrenbestez lortu da l ehen hedapen-estimatzaileria edo Horvitz-Thompson zenbateslea:

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

Azalpena:

h Geruza da

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

N_h h geruzako biztanlerian dauden etxebizitzaren kopurua da

n_h h geruzako laginean dauden etxebizitza-kopurua da

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

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

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

Azalpena:

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

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

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

15 urte eta gehiagoko pertsonen lagina

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

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

Azalpena:

M_i i etxebizitzako pertsonen kopurua da

m_i i etxebizitzan inkestatutako pertsonen kopurua da

X_{hij} h geruzako i etxebizitzako j pertsonaren zenbatetsitako ezaugarriaren balioa da

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

Horrenbestez:


w_{hij}^* Hasierako faktoretatik atereak w_{hij} post-estratifikazioa aplikatuta, osasun-eskualdeari dagokion aldagaiarekin gurutzatuta, adin-taldearen (8 talde: 15-24, 25-34,..., 55-64, 65-74, 75-84 eta ≥ 85) eta sexuaren arabera.. Osasun-eskualdearen, adin-taldearen eta sexuaren arabera proiektatutako biztanleria da.

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

Goratzeko metodoa

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

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



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

- Biztanleria, osasun-eskualdearen, sexuaren eta hamarna urteko adin-taldearen arabera
- Familiak, osasun-eskualdearen eta familien tamainaren arabera

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

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

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

Raking ratioa 0tik gorako pisuak soilik ematen dituen doikuntza-metodoa da. Era horretako gainerako metodoen antzera, hasierako pisuekin antza handien duten doikuntza-haztapenak bilatzen saiatzen da.

Kalibratio-prozesua: Sarrera-datuak

Hiru sarrera-fitxategi (dataset) erabili ditugu:

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

Gainera, bigarren fitxategi bat behar zen, kasu bakoitzean, doitzeari buruzko informazio osagarria jasotzeko. Dagokigun kasuan, 2013ko lehenengo hiruhileko biztanleriaren eta familien proiektzioak eta 2011ko Biztanleria eta Etxebizitza Zentsua erabili ditugu biztanleria-portzentajeak kalkulatzeko, doikuntza-aldagaiei dagokienez.

Erabilitako doikuntza-aldagaiak

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

Osasun-eskualdea, sexua eta adina:

Bazterrak kalkulatu dira, norbanako-populazioaren, osasun-eskualdearen, sexuaren eta adin-taldearen arabera, erreferentziazko datarako egindako biztanleria-proiekzioak aintzat hartuta. Osasun-eskualdea, sexua eta hamarna urteko adin-taldeak konbinatuta, 112 kategoria atera dira 15 urte eta gehiagoko biztanleen kasuan, eta 126 kategoria etxebizitzan bizi diren guztiak kontuan hartuz gero.

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

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

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

b) *Familien fitxategia: familiak*

Osasun-eskualdea eta familiaren tamaina:

Etxebizitza-kopuruaren bazterrak kalkulatu ziren, familien tamainaren arabera, osasun-eskualdeak bereizita. Lehenik eta behin, EAeko familien guztizkoa kalkulatu zen, EAerako biztanleria-proiekzioa eta familien batez besteko tamaina (udal-errolatik hartua) oinarri hartuta.

Gero, zenbatespen hori eta 2011ko Biztanleria eta Etxebizitza Zentsuan oinarritutako familia-tamainaren arabera familia-banaketa oinarri hartuta, osasun-eskualde bakoitzean zeuden mota bakoitzeko familien kopurua kalkulatu zen.

Familien tamainari dagokionez, lau talde hauek kontuan hartu dira: kide bakarrekoak, bi kidekoak, 3 kidekoak eta 4 kide edo gehiagokoak. Guztira, 28 kategoria dira, osasun-eskualdea eta familien tamaina gurutzatuta.

Ondoren ageri dira doikuntzarako erabilitako erreferentziazko zenbatekoak adierazten dituzten taulak.

Biztanleriaren banaketa, osasun-eskualdearen, adin-taldearen eta sexuaren arabera, 2013ko Biztanleria Jardueraren Araberako (BJA) lehen hiruhilekorako egindako biztanleria-proiekzioaren arabera.

		COMARCA SANITARIA						
Grupo de edad	Sexo	Álava	Gipuzkoa oeste	Gipuzkoa este	Interior	Ezkerraldea-Enkarterri	Uribe	Bilbao
0-14 años	Hombres	20.814	22.326	31.497	22.035	18.717	15.996	22.071
	Mujeres	19.903	21.257	29.935	20.539	17.830	15.401	20.745
15-24 años	Hombres	12.860	12.987	18.784	13.041	12.031	9.764	14.991
	Mujeres	11.996	11.882	18.041	12.496	11.185	9.564	14.335
25-34 años	Hombres	21.883	20.174	28.089	21.693	21.080	14.687	23.315
	Mujeres	20.418	18.451	27.882	20.095	20.064	14.592	22.670
35-44 años	Hombres	26.032	24.998	36.732	26.432	25.525	17.919	27.751
	Mujeres	23.796	22.064	35.519	25.093	24.148	18.149	27.884
45-54 años	Hombres	21.705	22.623	32.557	24.419	23.003	16.356	27.130
	Mujeres	21.949	21.508	33.814	24.463	23.181	17.360	29.407
55-64 años	Hombres	17.452	19.084	26.639	19.306	18.595	13.608	20.179
	Mujeres	17.872	18.395	28.790	19.389	19.635	15.098	22.909
65-74 años	Hombres	12.333	13.665	19.127	13.416	13.195	9.028	14.970
	Mujeres	12.907	14.390	22.403	14.867	15.746	10.006	19.606
75-84 años	Hombres	8.169	9.707	12.346	9.893	10.260	5.374	12.645
	Mujeres	10.642	13.037	18.923	13.453	15.339	7.703	19.691
85 y más	Hombres	2.202	2.446	3.295	2.417	2.548	1.333	3.330
	Mujeres	5.027	5.405	8.827	5.576	6.067	3.596	8.578

Familien banaketa, osasun-eskualdearen eta familien tamainaren arabera, 2013ko (BJA) lehen hiruhilekorako egindako biztanleria -proiekzioaren arabera.

		COMARCA SANITARIA						
Tamaño familiar		Álava	Gipuzkoa oeste	Gipuzkoa este	Interior	Ezkerraldea-Enkarterri	Uribe	Bilbao
1 persona		34.027	28.806	44.331	28.270	29.751	17.504	40.124
2 personas		34.662	32.917	49.167	33.996	37.893	21.464	42.598
3 personas		24.003	24.574	36.083	28.567	29.450	18.631	30.812
4 y más personas		24.928	28.570	40.965	28.835	23.823	22.044	29.699

Doikuntzaren kalitatea

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

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

a) *Familiako kide guztien fitxategia:*

- Batez bestekoa: 1,06
- Aldakuntza-koefizientea = 28,67

b) *15 urte eta gehiagoko pertsonen fitxategia:*

- Batez bestekoa: 0,99
- Aldakuntza-koefizientea = 32,86

c) *Familien fitxategia:*

- Batez bestekoa: 1,01
- Aldakuntza-koefizientea = 19,79

Aurreko fitxategiak bi goratzaile-motarekin entregatu dira.

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

Bi goratzaileak lortu dira kalkulu-prozedura beraren bitartez.

5. AURRE-TEST KUALITATIBOA

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

Aurre-testaren helburuak:


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

Aurre-test kualitatiboa bi etapatan egin da:

1. Lehenengo etapan familientzako eta norbanakoentzako galde-sortak berrikusi dituzte hiru pertsonak (haietatik bik ez zuten parte hartu galde-sortak egiteko prozesuan). A rreta berezia eman zaie galde-sorten euskarazko bertsioei, gaztelaniazko galde-sorten itzulpenak baitira. Berrikuspen horren ondorioz, target galderak identifikatu ziren, bai eta akatsak eragiteko moduko diseinu orokorraren alderdiak ere (kontzeptu ilun edo nahasgarriak, biztanleria-multzo batzuetan gaitzespena eragin dezaketen galderak, memoria-ahalegin handia eskatzen duten galderak, pertsona guztiek berdin interpretatzen ez dituzten galderak, edo zehaztasuna inkesta euskaratzean). Halaber, galde-sortaren egitura orokorrari buruzko beste alderdi batzuk aztertu ziren (galderak orokorrean ulertzea, jarraibideak eta iragazkiak ulertzea, galderen ordena, inkestaren egokitasunari eta erabilgarritasunari buruzko iritzi orokorra eta abar).
2. Bigarren etapan, "elkarrizketa kognitiboa" egin zitzaien hamahiru pertsonari bi serietan.

Lehen seriean, bi elkarrizketa egin ziren, arazo nabarmenak kontrastatzeko. Haien haritik sortu ziren lehenengo aldaketa-proposamenak, gero aztertu eta konklusioak ateratzeko oinarritzat hartu zirenak.

Bigarren seriean, aldaketa batzuk egin ostean, gainerako elkarrizketak aztertu ziren, eta gomendio gehiago ematea eragin zuten. Elkarrizketan parte hartutako pertsonak hautatzeko garaian kontuan hartu da biztanleen geruza edo talde



jakin batzuetakoak izan daitezela, talde horietan galdera jakin batzuek berariazko arazoak edo ulermenari lotutako alborapenak eragitea litekeena dela kontuan hartuta.

6. GALDE-SORTAREN DISEINUA

2013ko EAEOIren diseinu berriak aurrerapen metodologikoak eta aldaketak egin ditu, eta horrek ez du eragozten serie gehienei eustea eta emaitzak beste osasun-inkesta batzuen emaitzekin alderatzea.

1. Familien galdera-sorta

Osasun-egoera

1. Arazo kronikoak

Arazo kronikoen zerrenda aldatu da. Gainera, informazio zabalagoa jasotzen da, bi galdera hauek bereizita: arazo kronikorik ba ote duen eta osasunaren alorreko profesional batek gaixotasun edo arazo kroniko hori diagnostikatu al dion.

2. Zainketen premia

▪ Bi galdera hauek sartu dira pertsona guztientzat:

- Bata zainketa-premiei buruzkoa edo beste pertsona batzuen laguntzaren beharrari buruzkoa. Familian elkarrekin bizi diren eta laguntza edo zainketa ematen duten pertsoneri buruz, zaintzaileak bat baino gehiago izatea kontuan hartzen da, ahaidetasun-maila jasotzen da, bai eta familian zaintzaileak duen tokia, zainketan ematen dituen orduak, eta mendeko pertsoneri laguntzeko legearen prestazio ekonomikoren bat jasotzen ote duten ere.

- Bestea, 12 hilabeteko erreferentziazko aldian e txez etxeko laguntza-zerbitzuren bat edo premien arabera egokitutako garraioaren bat erabili izanari buruzkoa.

▪ Jardueraren muga kronikoren bat duten pertsona guztientzat:

12 hilabeteko erreferentziazko aldian zenbait gizarte- eta osasun-zerbitzu erabili izanari buruzko galdera sartu da.

3. Adingabeak.

15 urtetik beherako guztientzat, haien zainketari buruzko galderak erantsi dira, bai eta osasun-egoeraren balioespenari buruzkoa ere.

Osasunaren determinatzaileak

1. Osasunaren gizarte-determinatzaileak.

Informazio berria edo informazio zabalagoa jaso da aldagai pertsonal eta sozioekonomiko batzuei buruz, honako gai hauei buruzko galderen bidez:

- Bikotekidearekin bizi izatea
- Etxe-langileren bat izatea
- Etxeko lanak antolatzeko eta planifikatzeko arduraldia.
- 25 urtetik 50 urtera bitarteko pertsonen gurasoen jaiolekua eta gurasoen ikasketa-maila, familia berean bizi ez badira.
- Jarduerari buruzko egoera nagusiak erantzun-kategoriak aldatzen ditu, errentadunak eta pentsiodunak bereizita.
- Langabezia-prestazioa zein beste laguntza edo s orospenen bat jasotzen ote duen eta inoiz enplegu ordaindua izan ote duen.
- Lehen enplegua bilatzen ari diren edo inoiz enplegurik izan ez duten pertsonak etxean duten egoera (prestazioren bat jasotzea, etxean edo etxetik kanpo bizi diren pertsonen bikotekide izatea, etxeko pertsona baten edo gehiagoren mendeko seme-alabak izatea).
- Azken enpleguan ardurapean zituen pertsonen kopurua.
- Lan egindako azken asteko lanorduak, orain erantzun irekian jasotzen direnak.
- Osasun-aseguruen modalitateetan, erantzun-kategoriak aldatu dira: gizarte-ongizatea eta *Iguala medica* kendu eta osasun-segurantza pribatua erantsi da.
- Familiaren egoera ekonomikoari buruzko pertzepzioa, pobreziaren edo ongizatearen maila desberdinen arabera.
- Familiaren guztizko diru-sarreretan erantzun-kategoriak aldatu dira.

2. Adingabeak. Honako galdera hauek erantsi dira:

- 15 urtetik beherakoei egiten zaizkien galderak: Zenbat ordu egiten ditu lo egunean? Zenbat pisatzen du oinetakorik gabe? Eta zenbat neurtzen du oinetakorik gabe?
- 6 urtetik gorakoek jarduera fisikoei buruzko galderak egiten dira.
- Urte bat baino gehiago eta 15 urte baino gutxiago duten haurren kasuan, telebista ikusten, bideojokoetan, ordenagailuan edo interneten egiten duten denborari buruzko galdera egiten da, bai eta gosalduta ohi duten ere.

3. Gatz iododuna

Gatz iododunari buruzko galdera sartu da estreinakoz.

Osasun- eta zainketa-zerbitzuak

1. Kontsultak

Kontsultak bereizi dira: medikuntza orokorra, esperzialistak, dentista, erizaina/emagina, beste osasun-espezialitate batzuk eta medikuntza osagarria. Osasunaren eta medikuntza osagarriaren alorreko profesionalen tipologia zabaldu da.

Azken 14 egunetan kontsulta medikoren bat (orokorra edo espezialista) egin duten pertsonen kasuan, honako galdera hauek erantsi dira: Zenbat denbora igaro zen ondoeza edo osasun-arazoren bat zuela sentitu zuenetik kontsultarako hitzordua eskatu arte?

Azken 14 egunetan kontsulta mediko espezializatura joandako pertsonei galdetzen zaie zer espezialitateko kontsultara joan diren azkeneko aldian.

Azken 14 egunetan egindako medikuntza orokorreko, medikuntza espezializatutako eta erizaintzako kontsultetan, kontsulta hori non egin zen galdetzean, erantzuteko beste bi aukera erantsi dira: "laneko istripuen mutuan" eta "posta elektronikoz".

Dentistarekin egindako kontsultetan, berriz, kontsulta horien arrazoi nagusiari buruzko galderan, erantzun-aukerak aldatu eta honako hauek sartu dira: aho-garbiketa, eta hortz-zorroak, zubiak eta beste protesi batzuk jartzea.

2. Larrialdiak

Ondoeza sentitzen hasi zenetik asistentzia eskatu arte igarotako denborari buruzko galderak egiten dira, bai eta asistentzia eskatutako unetik arreta eman arte igarotako denborari buruzko galderak ere.

Horrez gainera, galdetzen da nork ordaindu zituen asistentziak eragindako gastu gehienak.

3. Ospitaleratzea

Azken ospitaleratzearean arrazoiari buruzko galdera aldatu da, eta erantzun irekia duen galdera da orain, erantzuna kategoria jakin batzuen arabera kodifikatzeko.

Ospitalizatzea eragin zuen arazoa zela-eta, itxarote-zerrendan egon zen eta zenbat denboran zain egon zen galdetzen zaio.

4. Eguneko ospitalea

2013ko EAEOIn estrainekoz sartzen den atala da eta galdera hauek egiten dira: eguneko ospitalean zenbat aldiz artatu duten 12 hilabeteko erreferentziatzko aldian, eta azkeneko aldian zergatik izan zen.

5. Asetu gabeko beharrak

Atal hau berria da 2013ko EAEOIn. Ohiko ospitaleratzea, eguneko ospitalera joatea edo bestelako mediku-laguntza jasotzeko premia nabaritu arren, azkenean asistentziarik jaso gabe geratutako arazoei buruzko galdera egiten da. Galdera batzuk sartu dira, eman gabeko asistentzia horren premia zer maiztasunez sortu den eta asistentzia zergatik ez zaion eman argitzeko.

6. Sendagaien kontsumoa

Sendagaien zerrenda berrikusi eta aldatu da, eta beste modu batean planteatu da sendagai hori medikuak aginduta, farmazialariak aholkatuta edo norberaren ekimenez hartu den argitzeko galdera.

6. Bestelako datuak

OTIren zenbakia jasotzeko galdera bat erantsi da.

2. Banakako galde-sorta

Osasun-egoera

1. Osasunari lotutako bizi-kalitatea.

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

Osasunari lotutako bizi-kalitatea neurtzeko, 2007ko EAEOIn osasunari buruzko SF-36 galdera-sortaren gaztelaniazko bertsioa erabili zen. 2013ko EAEOIn, berriz, osasunari buruzko Euroqol-5D galdera-sorta erabili da haren ordez. Euroqol-5D osasunari lotutako bizi-kalitatea neurtzeko tresna generikoa da eta bi atal ditu: sistema deskribatzailea eta Ikus Eskala Analogikoa (IEA). Sistema deskribatzailean norbanakoak ebaluatzen du bere osasun-egoera, lehenik eta behin larritasun-mailari dagokionez, dimentsioen arabera (mugikortasuna, norberaren zaintzea, eguneroko zereginak, mina/ondoeza eta antsietatea/depresioa) eta gero ikus-eskala analogiko batean adierazten du. IEAn pazienteak bere osasun-egoera ebaluatu behar du, 0tik (imajina daitekeen osasun-egoera okerrera) 100era (imajina daitekeen osasun-egoerarik hoberena) bitarteko eskalan.

2. Ezintasuna.

Banakako galde-sortan muga kronikoei buruzko galdera estandar bat sartu da, beste biztanleria batzuekiko alderaketak egiteko aukera emateko. Horrenbestez, neurketa egiteko modua eguneratzen da, eta familien galde-sortan jasotako neurketa ebaluatzeko aukera ematen du (jardueraren mugaketa kronikoa eta aldi baterakoa). Hiru maila daude: Oso mugatua – Mugatua, baina ez larriki – Mugarik gabe.

3. Hautemandako aho-osasuna

Neurketa baliozkoa eta erraza da, aho-osasunari lotutako emaitzak ebaluatzen, eta biztanleriaren aho-osasuna eta horren faktore determinatzaileak laburbiltzeko eta deskribatzeko. Halaber, hortz-zerbitzuen erabileraren aurreale ona da. Tresna horren muina da osasunaren autoebaluazioaren metodologia aho-osasunera hedatzea: Zure aho-hortzen osasuna nolakoa dela esango zenuke, oro har? Bikaina, oso ona, ona, hala-holakoa ala txarra.

4. Kronikotasuna

Banakako galde-sortan arazo kronikoei buruzko galdera orokor bat sartu da: Ba al duzu gaixotasun edo osasun-arazo kronikorik edo luzerik? Galdera horrek, osasunaren deskribapenarekin osatuta, beste biztanleria batzuekin alderatzeko aukera ematen du, eta 2013ko EAEOIn erabilitako bilketa-metodoa baliozkotzeko baliagarria izan daiteke.

Osasunaren determinatzaileak

Atal honetan aldaketa eta zabaltze hauek egin dira:

1. Gizarte-ingurunea

Gizarte inguruneak osasunaren eta osasun-desberdintasunen faktore determinatzaile gisa duen eginkizuna aztertzen galderak eta eskalak sartu dira. Gizartean parte hartzea eta lankidetzan jardutea balioesten duen borondatezko elkarrekin baten jardueretan erregularitasunez parte hartzeari buruzko galdera bat ere txertatu da. Horrez gainera, EUROPAKO INKESTA SOZIALEko hiru galdera sartu dira. Espainiako gaztelaniako bertsioa hartu da (22/3/2011) eta honako dimentsio hauek aintzat hartu dira: pertsona arteko konfiantza, gizarte-konfiantza, eta laguntzeko prestutasuna.

2. Tabakoa.

Beste pertsona batzuek erretako tabakoaren kea pasiboki irensteari dagokionez, autoa esposizio-gunetzat hartzeko aukera erantsi da. Gainera, azken astean kafetegi, taberna eta abarretan egindako egonaldiei buruzko galdera gehitu da.

Noizbehinka erretzen dutenei, astean gutxi gorabehera zenbat erretzen duten galdetu zaie.

Gainera, noizbehinka erretzen dutenei (*Noizean behin baino ez dut erretzen*) galdera hau egin zaie: Erre al duzu inoiz egunero? Eta, garai batean erretzen bazuten, erretzaile ohien kasuan bildutako informazio bera jaso da.

3. Alkohola

Alkohol-kontsumo intentsiboak (bring drinking) adierazten du denbora laburrean alkohol-kantitate handia handia edaten dela. Fenomeno horren analisia berriki aintzat hartu da gure inguruko azterketa epidemiologikoetan, portaera hori gure erkidegoan zenbateraino hedatu den jakiteko. 2013ko EAEOIn Osasun Inkesta Nazionaleko (ENSE 2011-2012) galdera bana egiten zaie gizonei eta emakumei, denbora laburrean alkohol gehiegi edateari buruz.

4. Elikadura-ohiturak

Elikagaien kontsumo-taula aldatu da, fruitu freskoak, fruituen edo barazkien zuku naturala eta barazkiak zenbateko maiztasunez kontsumitzen diren jasotzeko. Gainera, gosariari buruzko galderak txertatu dira: Lan-egunetan, normalean, non gosaltzen duzu? Normalean, zer gosaltzen duzu?

5. Jarduera fisikoa

Aisialdiko jarduera fisikoaren maiztasunari buruzko informazioa osatzeko, galdera bat erantsi da. Osasun Inkesta Nazionaletik (ENSE 2011-2012) hartu eta egokitutako galdera.

6. Lan-baldintzak

Laneko estresari buruzko galdera erantsi da, laneko asebetetzeari dagokion metodologia hedatuz, 1-7 eskalan neurtzeko.

7. Diskriminazioa

Diskriminazioa osasunaren faktore determinatzaile garrantzitsua da. 2013ko EAEOIk sartu ditu hautemandako diskriminazioari buruzko galderak, eta diskriminazio hori gertatutako tokiari eta/edo eragin duten pertsoneri buruzkoak. Asturiasen 2008an egindako II. Osasun Inkestatik hartu eta egokitutako galdera.

8. Etxebizitzaren ingurua

Etxebizitzaren inguruko arazoei buruzko informazioa biltzean, erantzuteko aukera gehiago eman dira: *'bai / ez'* aukeren ordean *'asko / zerbait / ezer ez'* aukerak eman dira. Beste galdera bat sartu da, etxebizitzaren inguruan honako elementu hauek dauden jakiteko: fruitu eta barazki freskoak, otordu lasterreko jatetxeak, jarduera fisikorako instalazioak, eta ariketa fisikoak egiteko inguru egokia. Azken atal horri dagokionez, *'desados'* edo *'oso desados'* egonez gero, beste galdera bat egiten zaio pertsona horri, auzoan/herrian ariketa fisikoak egiteko aurkitzen dituen eragozpenei buruz

Osasun- eta zainketa-zerbitzuak

1. Asistentziaren jarraitutasuna

Gaixotasun kronikoak dituzten osasun-zerbitzuen erabiltzaileek asistentziari hautemandako jarraitutasuna neurtzeko, CCAENA galde-sortako eskalak sartu dira. Zehazki, informazio-transferentziari buruzko eskala (informazioaren jarraitutasunaren dimentsioa) eta zainketaren koherentziari buruzkoa (kudeaketaren jarraitutasuna) sartu dira. Horiez gain, lehen mailako arreta eta arreta espezializatua ematen duten profesional-taldearen egonkortasunari buruz pazienteek duten pertzepzioa neurtzeko hiru item sartu dira (harremanaren jarraitutasunaren dimentsioa).

2. Prebentzio-jarduerak

Minbiziari buruzko informazioa eta minbizia bahetzeko programei buruzko informazioa lortzea helburu duten prebentzio-jarduerei buruzko galderak sartzea edo aldatzea.

- Titietako minbiziari buruzko familiako aurrekariak 20 urtetik 75 urtera bitarteko pertsona guztien kasuan: Patologia horiek familiakoei (gurasoak, anai-arrebak, seme-alabak) diagnostikatu al zaizkien argitzeko galderak sartu dira. Halaber, diagnostiko horiek zer adinetan egin zitzaizkien galdetzen zaie.
 - Koloneko eta ondesteko minbiziari buruzko familiako aurrekariak 20 urtetik 75 urtera bitarteko pertsona guztien kasuan: Patologia horiek familiakoei (gurasoak, anai-arrebak, seme-alabak) diagnostikatu al zaizkien argitzeko galderak sartu dira. Halaber, diagnostiko horiek zer adinetan egin zitzaizkien galdetzen zaie.
 - Mamografia. Proba hori noizbait egindako emakume guztientzat erantzun-aukerak zabaldu dira, azken mamografia nola egin zuen kontuan hartuta (norberak eskatuta, bularreko minbizia aurretiaz detektatzeko programaren esparruan, medikuak esanda edo bestela).
 - 50 urtetik gorako pertsona guztiei egin zaie koloneko eta ondesteko minbizia detektatzeko probei buruzko galdera: Proba hauetakoren bat egin al duzu minbizi-mota hori detektatzeko? Gorozkietan (eginkarietan) odola detektatzeko analisisa – Errektoskopia / Kolonoskopia – Beste bat – Ez du probarik egin”. Probaren bat egin duten pertsonen galdetzen zaie nork gomendatu zien proba hori.
 - Minbiziaren baheketak
- a) Bularreko minbizia aurretiaz detektatzeko programa.
- 40-49 urteko emakumeak. Bularreko minbizia aurretiaz detektatzeko programaren gutuna/telefono-deia jaso duten jakiteko galderak egin zaizkie, familian izandako bularreko minbiziaren aurrekariaren galderei emandako erantzunaren mailari erreparatu zaio, eta deiari ez erantzuteko arrazoiei buruz galdetu zaie, hala gertatuz gero.
 - Mamografiak 50 urte eta gehiagoko emakumeetan. Bularreko minbiziaren baheketari buruzko galderei eutsi zaie, eta galdera gehiago erantsi dira, emakumea proba egitera joan ez bazen eta *okupatuta zegoelako* edo *probaren ezaugarriengatik* ez zuela egin adierazi badu, galderak egiten zaizkio, hartara jakiteko zertan okupatuta zegoen edo probaren zer ezaugarriengatik ez zen hitzorduetara joan.
- b) Koloneko eta ondesteko minbiziaren diagnostiko goiztiarra
- Koloneko eta ondesteko minbiziaren diagnostiko goiztiarrerako programa. 50-69 urteko pertsonen kasuan galdera batzuk sartu dira, biztanleriak programan zenbateraino parte hartzen duen jakiteko, eta, parte hartzen ez badute, horren kausak jakiteko.

c) Bajinako zitologia. Azken bajinako zitologia noiz egin zuten argitzeko galderei eusten zaie, baina erantzun-tarteak aldatu dira.

3. Osasun-zerbitzu ez-presentzialak

Galdera berriak sartu dira erabiltzaileak Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin dituen harremanetan informazio-teknologia berriak erabiltzeari dagokionez: telefono bidez hartutako aurretiko hitzordua, langile medikoentzako aurretiazko hitzordua webgunearen bidez, erizaintzako aurretiazko hitzordua webgunearen bidez, telefono bidez edo webgunearen bidez egindako medikuntzako eta erizaintzako kontsultak, telefono bidezko osasun-aholkularitza, osasunaren karpeta pertsonala eta telemedikuntza. Galderak dira zerbitzu horien ezagutzari, erabilerari eta lortutako asebetetze-mailari buruzkoak.

4. Bestelako datuak

Estreinakoz, honako datu hauek jasotzen dira:

- Identifikazio-zenbakia: NANA, AIZa edo pasaporteak
- Galdesorta betetzeko modua: tableta/papera erabili eta inkestatuak soilik erantzun du, ala inkestatzaileak lagunduta.

7. INKESTATZAILEEN PRESTAKUNTZA-IKASTAROA

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

Prestakuntza-saioen edukiak hiru motatakoak izan dira:

- Informazioa biltzeko metodologia eta elkarrizketaturako pertsonetikiko interakzioa: hitzordua jartzea, egiaztagiria aurkeztea, inkestaren edukari eta helburuei buruzko informazio ematea, galderak egiteko modua, ezezkoak ordezkatzeko moduak, etab.
- Galde-sortetako aldagaien definizioa eta azalpena.
- CAPIren (netbookaren eta/edo tabletaren bidez lagundutako elkarrizketa pertsonala) erabilerari buruzko azalpena, horrenbestez galde-sortak betetzeko.

8. AZTERLAN PILOTU KUANTITATIBOA

2012ko udazkenaren hasieran azterlan pilotu bat egin zen: aurretiaz galde-sortak eman zitzaizkion laginaren barruko lagin txikiago bati (Euskal Autonomia Erkidego osoan banaturako 100 familiei). Azterlan horri esker, galde-sortaren iraupenarekin, landa-lanaren diseinuarekin eta galderak ulertzearekin lotutako

akats batzuk zuzendu ziren. Akats horiek landa-lana egin aurretik konpondu ziren.

9. LANDA-LANA

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

Informazio-bilketa 2012ko abenduan hasi eta 2013ko maiatza bitartean egin zen (biak barnean hartuta), CAPI bidez (ordenagailuz lagundutako elkarrizketa), ausaz hautatutako eta Euskal Autonomia Erkidego osoan banatutako 5.300 familiek osatutako lagina baliatuta. 12.995 pertsonak erantzun diote familientzako galde-sortari eta 8.036 pertsonak banakako galde-sortari.

Inkestan parte-hartzea oso handia izan da; izan ere, erantzun-tasa % 86koa izan da. Gainerakoak, erantzunik eman nahi ez duten familiak dira (% 8), edo zenbait saialdi egin ostean inkestatu ezin izan direnak (% 6), etxean ez zeudelako.

Inkestak bi galde-sorta ditu:

- Familientzako galde-sortak etxeko pertsona guztiei buruzko informazioa biltzen du, elkarrizketa pertsonalaren bidez. Galde-sortak 170 galdera ditu, eta inkestatzaile batek bete du etxebizitzan. 2013ko EAEOIn informazioa biltzeko formatu elektronikoa prestatu da (CAPI, netbook eta internet bidez).
- Banakako galde-sorta lagineko 15 urte eta gehiagoko pertsonen bi herenen artean banatu da. Banakako galdesortak 127 galdera ditu, eta inkestatuak bete du, paperean edo formatu elektronikoa (CAPI, netbook edo internet). Pertsona bakoitzak inkestatzailearen aurrean bete du galde-sorta, edo etxean utzi da, inkestatuak bete duenean erantzun dezan, eta gero jaso du inkestagileak. Kasu horretan, galde-sortarekin batera gutun-azal bat eman zaio inkestatuari, hura itxi eta datuen konfidentzialtasuna bermatzeko. Inkestatua bere kabuz erantzuteko gai ez bada soilik lagundu dio inkestatzaileak, betiere inkestatuak berak eskatuta.

Landa-lanaren garapenaren zenbait alderdi deskribatuko ditugu:

a) Aurretiatzko hitzordua

Hitzordua jartzeko bi bide erabili dira:

1. Posta

Aurkezpen-gutun baten eredua erabili zen. Gutun hori bisita egin baino 14 egun lehenago bidali zen 2013ko EAEOIko laginean adierazitako helbidera.

2. Telefonoa

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

- Inkesta aurkeztea.
- Elkarrizketarako hitzordua jartzea.

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

b) Bisita

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

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

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

c) Erantzun nahi ez badute izan egindako jarduerak

Erantzun nahi ez izatea saihesteko ahalegin guztiak egin dira. 2013ko EAEOIko datuen kalitatea (baliozkotasuna) bermatzeko, pertsona bakoitza ordezkazina izan da. 2013ko EAEOIren baliozkotasuna erabakiko duten giltzarritzko bi elementu daude. Lehenik eta behin, inkestatutako hautatutako pertsonak izatea azkenean inkestatzen direnak. Bigarrenik, galderei emandako erantzunak elkarrizketatutako pertsonen errealitatea adieraztea. Eta erantzun baliozkoak lortzea bezain garrantzitsua da hasieran hautatutako pertsonak erantzun dezatela lortzea.

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

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

- Hasitako elkarrizketa bertan behera uztea:
Dagokion banakako galde-sorta betetzeko ahalegina egin da.
"Bertan behera" utzitako elkarrizketa bakoitzari dagozkion datu soziodemografikoak eta eremu geografikoa behintzat bete dira.

d) Ordezkapenak

Elkarrizketatu beharreko etxebizitzak hautatu dira, lagina osatzeko unean eskura zegoen biztanleriaren administrazio-erregistro gaurkotuena (2010) oinarri hartuta, eta etxebizitzaren ausazko hautaketa bidez aukeratu dira, Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleriaren adierazgarriak izan daitezen, eta inkestaren aurreko edizioan (2007) elkarrizketatutako familien panelaren arabera.

Horregatik, garrantzi handikoa izan da hautatutako lehen etxebizitza inkestatzea, alborapenak edo akatsak ez sartzeko eta ordezkaritasunari eusteko. Azpimarratu dugu behin eta berriro, etxebizitza hautagarri bakoitza (hau da, inkestarako hautatu den etxebizitza okupatua) ordezkaezina dela. Hala eta guztiz, zenbait kasutan ezinezkoa izan da, eta zenbatespenek zehaztasuna ez galtzeko (laginaren tamaina txikituz gero hala gertatuko litzateke) etxebizitzak ordezkatzea erabaki da. Ordezkapen hori azken aukera bezala erabili da, etxebizitza horietako familiekin ordu eta egun desberdinetan harremanetan jartzeko ahaleginak egin ondoren. (bisitaldian familia aurkitu ez den bakoitzean jakinarazpen-oharra utzi zaio). Ordezkapenak geruza berean egin dira (eremu geografikoa eta tipologia kontuan hartuta).

e) Familiaren identifikazioa

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

- Izena
- Abizenak
- Jaioteguna
- Adina
- Sexua

Hasierako datuen edozein aldaketa, alta edo baja adierazi da.

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

f) Definizioak

▪ Familiaren etxebizitza nagusia:

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

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

▪ Familia-unitatea, familia:

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

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

1. Hautatutako familia-etxebizitzan bizi da urte guztian edo urtearen zati handiengan. Ez dira familia-unitateko kide zat hartzen erakundetan bizi diren pertsonak (zahar-etxeetan, psikiatrikoetan eta antzeko zentroetan bizi direnenak).
2. Hautatutako etxebizitzan ez dira bizi, eta ez dute beste familia-etxebizitza nagusirik. Salbuespena: Hautatutako etxebizitzan etxe-zerbitzuan diharduten eta bertan bizi diren langileak hango ohiko biztanleak direla joko da.

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

Aintzat hartzen dira:

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

Ez dira kontuan hartzen:

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

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

Zenbait familia-talde daudenean:

- Dauden familia-taldeak identifikatzen dira.
- Talde horiek ordenatzen dira.
- Eta normalean, lehen taldea da seme-alabak etxebizitzan dituen. Baliteke aitona-amonak etxebizitzaren jabeak izatea. Adibidez, amona erreferentziazko pertsona dela jotzen bada, familiako gainerako kideek harekin duten harremanaren arabera adieraziko dira.

▪ Erreferentziazko pertsona:

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

▪ Atzera begirako aldia:

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

g) Elkarrizketatuko diren pertsonen hautaketa

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

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

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

Inkestatu beharreko pertsonaren edo pertsonen kopurua

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

2007ko EAEOIn parte hartu zuten etxebizitzek (panela) eta beste batzuek osatzen zuten lagina. Paneleko etxebizitzaren kasuan, familia oraindik ere bertan bizi bazen eta kideren batek 2007an banakako galde-sorta egin bazuen, berriro bete du galde-sorta hori, eta Kish metodoa erabili da, familia horri dagozkion galde-sorten kopurua osatzeko. Horretarako, Kish metodoak adierazitako lehenengo pertsona hautatu da, eta horrela jarraitu dugu, etxebizitza-motari dagozkion galde-sorten kopurua osatu arte.

h) Ibilbide-orria

Ibilbide-orrian adierazi ziren telefono bidezko harremanak eta elkarrizketazaileak familiari egindako bisitak. B ertan adierazi ziren landa-lanaren prozesuan egoki iritzitako gorabeherak.

Ibilbide-orri horretan adierazi da:

▪ Etxebizitzaren kokapena

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

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

Establezimendu kolektiboak ere etxebizitza hautagarrien laginetik kanpoan geratu dira.

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

▪ Elkarrizketaren emaitza

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

1) Ezezkoa:

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

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

2) Denbora luzean ez egotea:

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

3) Beste batzuk:

- Inkestari erantzuteko ezintasuna nahikoa justifikatzen zuten zenbait arrazoi.

- Galde-sorten kopurua etxebizitzan

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

Bete ondoren, osatuak ziren mota bakoitzaren kopurua adierazi zen. Familientzako galde-sorta bakoitza, bai paperean bai tabletean egina, 5 pertsonentzat da. Etxebizitza batean bizi den familiak 6 kide edo gehiago izanez gero bi galdera-sorta erabili dira, eta 10etik gora izanez gero, hiru galdera-sorta.

- Ohar osagarriak

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

10. BALIOZKOTZEA

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

11. ANALISI ESTATISTIKOA. ESTANDARIZAZIOA

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

Bi adierazle-mota handi kalkulatu dira. Aldagai dikotomikoentzat, esate baterako, ezaugarri baten gabezia edo presentzia, haren prebalentzia erabaki zen. Aldagai kuantitatiboentzat, batez bestekoa eta mediana aintzat hartu ziren, erdiko joera neurtzeko bide gisa, eta desbideratze estandarra edo 25, 75 edo 95 pertzentilak, sakabanatze-neurketa gisa. Talde desberdinetako adierazleen arteko konparaketa distortsiona daiteke, alderatutako taldeen adin-egituren dauden desberdintasunak direla eta. Distorsio hori saihesteko,

adierazleak adinaren arabera estandarizatu dira. Honenbestez, prebalentzia gordinak eta adinaren arabera estandarizatuak, metodo zuzenaren bidez, adierazten dira, erreferentziatzko biztanleria gisa 2011ko EAEkoa aintzat hartuta.

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

12. DEFINIZIOAK.

1. Osasun-egoera

Desgaitasunik gabeko bizi-esperantza

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

Osasunaren autoebaluazioa: hautemandako osasuna

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

Zure osasuna da, oro har:

Oso ona Ona Hala-holakoa Txarra Oso txarra

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

Osasun-neurketa errazenetakoa da, erabiltzen direnak kontuan hartuta, eta zerbitzuen erabilerarekin eta heriotza-tasarekin duten erlazioa aztertu da (Idler 1990, Jylha M 2009). Item bakar batean jasotako neurketa bada ere, baliozkoa da osasunaren neurketa orokor gisa, eta gaixotasunekin eta osasunaren balioespen subjektiboaren osagaiekin lotuta dagoela egiaztatu da.

Dokumentu honetan, hautemandako osasunaren balioespenaren hobekuntzaz aritzean, azaldu nahi dena da osasun ona edo oso ona dutela adierazten duten pertsonen proportzioak gora egin duela.

Osasunari lotutako bizi-kalitatea.

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

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

Ikus Eskala Analogikoan pertsonak bere osasun egoera puntuatu behar du 0tik (imajina daitekeen osasun-egoera okerrera) 100era (imajina daitekeen osasun-egoera hoberena) bitarteko eskalan.

Osasun mentalaren indizea

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

$MI = 100 - (((7 - i5a) + (7 - i5b) + i5c + (7 - i5d) + i5e) - 5) * 4$, balioen tartea 0tik 100era bitartekoa dela. Osasun mentalaren balio handiagoeke osasun mental hobea adierazten dute.

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

Jarduera aldi baterako mugatzea

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

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

Desgaitasuna

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

2013ko EAEOIn estatus funtzionala neurtzeko erabilitako sistemak jardueraren mugaketa kronikoan zenbait larritasun-maila bereizteko aukera eman du.

- Jarduera nagusiaren erabateko murrizketa: norberaren adina eta sexua duten pertsonen artean ohikoak diren jarduerak egiteko etengabe mugatuta dauden pertsonen kasua da. Kategoria honetan sartu dira beste hurrekin ohiko jolasetan parte hartzen ez duten 4 urtetik beherako haurrak, ikastetxe batera joateko gai ez diren edo ikastetxe berezi batera joan behar duten 5-17 urteko pertsonak, lan egiteko gaitasunik ez duten 18-69 urteko pertsonak, eta, amaitzeko, eguneroko bizitzako oinarritzko zereginetarako laguntza behar duten 70 urtetik gorako pertsonak.
- Jarduera nagusiaren murrizketa partziala: ohiko jardunean egin ditzaketen jardueren motari eta kantitateari dagokionez, murriztuta dauden pertsonak.

Kategoria honetan sartu dira osasun-arazoen ondorioz beste hurrekin ohiko jolasetan parte-hartze mugatua duten 4 ur tetik beherako haurrak, ikastetxe batera joateko gaitasun mugatua duten 5-17 urteko pertsonak, osasun arazoen ondorioz egiteko gai diren lanen mota eta kantitatea murriztua duten 18-69 urteko pertsonak, eta, amaitzeko, modu independentean bizitzeko laguntza behar duten 70 urtetik gorako pertsonak.

- Beste jarduera batzuetarako mugak: osasun-arazoren baten ondorioz beste jarduera batzuetarako (gizarte-jarduerak, kirol-jarduerak...) mugaren bat duten pertsonak.

Mendekotasuna

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

Iraupen luzeko osasun-arazoa

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

Osasun-arazo kronikoen zerrenda:

- Txantxarra
- Aho-hortzetako beste arazo batzuk
- Hipertentsioa
- Diabetesa
- Kolesterol maila altua
- Fibromialgia
- Artrosia, artritis edo erreumatismoa
- Bizkarreko lepaornoetako min kronikoa
- Bizkarreko min dortsala edo lunbarra, ziatika
- Asma
- Barizeak zangoetan
- Tronbosia, enbolia edo garun-hemorragia
- Miokardioko infartu akutua
- Bihotzeko beste arazo kroniko batzuk
- Alergia kronikoa
- Bronkitis kronikoa (BGBK, enfisema)

- Urdaileko ultzera edo duodenoko ultzera
- Hemorroideak
- Minbizia
- Itsutasun partziala edo osoa
- Kataratak (Begi lausoak)
- Gortasuna
- Larruazaleko arazo kronikoak
- Tiroideko arazoak
- Prostatako arazoak
- Gernu-inkontinentzia
- Dementzia, narriadura kognitiboa
- Antsietate kronikoa
- Depresio kronikoa
- Buruko beste arazo batzuk
- Migrainak eta buruko mina sarritan
- Osteoporosia
- Anemia
- Idorreria kronikoa
- Oin diabetikoa
- Beste batzuk

Nahi gabe egindako lesioak

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

2. Osasunaren determinatzaileak

Enpleguko eta laneko baldintzak

Lan ordainduak emandako asebetetzea eta eragindako estresa aintzat hartzen dira, bai eta inkestatutako pertsonak dituzten arrisku fisiko, kimiko eta ergonomikoak.

Etxeko eta zaintzako lanak

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

Gizarte-laguntza

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

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

i16e1: Nire lagunak eta senideek bisitatzen naute

i16e2: Nire etxearekin zerikusia daukaten kontuekin laguntzen naute

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

i16e4: Niri gertatzen zaidanaz kezkatzen diren pertsonak ditut

i16e5: Maitasuna eta afektua ematen dizkirate

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

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

i16e8: Nire arazo ekonomikoez beste batekin hitz egiteko aukera dut

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

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

i16e11: Ohean gaixo nagoenean, laguntza izaten dut

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

Indizeen kalkulua honela egin zen:

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

Alkoholaren kontsumoa

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

Alkoholarekiko portaera aintzat hartuta, biztanleen sailkapen hau egin da:

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

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

Kontsumitutako alkoholaren kantitatea jakiteko, kalkulu hauek egin dira:

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

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

1. Edaten ez dutenak, edale ohiak eta noizbehinkako edaleak
2. Alkohola eskuarki kontsumitzen dutenak (astean behin gutxienez)
 - a. 15-17 urteko neska-mutilak
 - *Arrisku handiko* kontsumoa: astean hiru egunetan baino gehiagotan alkohola kontsumitzen badute¹, edo egun bakar batean 30 g alkohol baino gehiago edaten badute.
 - *Arrisku txikiko* kontsumoa: alkohola kontsumitzen dute, baina ez dituzte aurreko kategorian adierazitako baldintzak betetzen.
 - b. 18 urte eta gehiagokoak:
 - i. Gizonak:
 - *Arrisku handiko* kontsumoa: astean batez besteko kontsumoa eguneko 30 g baino handiagoa da, edo 40 g baino handiagoa egun bakar batean.
 - *Arrisku txikiko* kontsumoa: arrisku handiko kontsumorako ezarritako mugak gainditzen ez dituen kontsumoa.
 - ii. Emakumeak
 - *Arrisku handiko* kontsumoa: astean batez besteko kontsumoa eguneko 20 g baino handiagoa da, edo 30 g baino handiagoa egun bakar batean.
 - *Arrisku txikiko* kontsumoa: arrisku handiko kontsumorako ezarritako mugak gainditzen ez dituen kontsumoa.

CAGE testa (Mayfield D et al. 1974) screening-metodo oso labur eta erraza da alkoholaren mende dauden pertsonak detektatzeko. Metodo horren gaztelaniazko bertsio baliozkotua dago (Rodríguez-Martos et al. 1986), honako galdera hauetan oinarritua:

- Inoiz pentsatu al duzu gutxiago edan beharko zenukeela?
- Molestatu al zaitu zure edateko modua dela-eta jendearen kritikak izateak?
- Gaizki edo errudun sentitu al zara zure edateko modua dela eta?
- Inoiz edan al duzu goizean goiz, nerbioak lasaitzeko edo biharamunekoa kentzeko?

2 puntuko ebaketa-puntua duen CAGE testak % 100eko espezifikotasuna eta % 96ko sentsibilitatea duela kalkulatzen da.

¹ Egungo galde-sortak ez du 2 edo 3 eguneko kontsumoak bereizteko aukerarik ematen.

2013ko EAEOIn, halaber, epe laburrean edandako alkohol-kantitate handiei buruzko datuak ere jaso dira (binge drinking). Baliokidetasun batzuk ezarri dira, edari alkoholdun ohikoenen eta edari-unitate estandarra esaten zaionaren artean, pertsona batek 4-6 orduan kontsumitu duena neurtzeko, gizonek eta emakumeek kontsumitutako alkohola bereizita (Espainiako Osasun Inkesta Nazionala 2011).

Tabakoaren kontsumoa eta tabakismo pasiboa

Honako kategoria hauek ezarri dira, tabako-kontsumoari dagokionez.

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

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

Jarduera fisikoa

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

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

Galde-sortaren balioa:

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

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

Sailkapen-irizpideak:

Jarduera fisiko neurritsua

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

Jarduera fisiko bizia:

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

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

Gorputz-pisua

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

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

Formula horren arabera definitzen dugu 18 urtetik gorako pertsonen pisua:

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

Haurren obesitatea eta 0-18 urtekoen artean gertatzen diren gorputz-pisuaren beste aldaketa batzuk kalkulatzeko, honako egile hauek egindako zeharkako ikerlanean jasotako hazkundearen kurbak eta taulak erabili dira: C. Fernández, H. Lorenzo, K. Vrotsou, U. Aresti, I. Rica, E. Sánchez. Faustino Orbegozo fundazioa, 2011. Kurba eta taula horietan argaltasunaren, gehiegizko pisuaren eta obesitatearen ebaketa-puntuak ezarrita daude, gaur egun nazioartean onartutako irizpideak oinarri hartuta.

3. Osasun- eta zainketa-zerbitzuak

Minbizia bahetzeko programak

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

Asistentziaren jarraitutasuna

Adierazten du nola ikusten duten gaixotasun kronikodun erabiltzaileek osasun-zerbitzuetan jasotako laguntza, arreta-maila desberdinen artean (lehen mailakoa eta espezializatua) informazioa komunikatzeari eta igortzeari dagokionez, eta zaintzaren koherentziari dagokionez (koordinazioa) (Aller MB et al. 2013).

Medikuntza orokorreko kontsultak

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

Larrialdi-zerbitzuetako kontsultak

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

Eguneko ospitalea

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

Estali gabeko arreta-premiak

Adierazten du zenbateko maiztasunez geratu den pertsona bat asistentzia jaso gabe, mediku-laguntza behar zuela edo ospitaleratu behar zutela hauteman arren.

Osasun-zerbitzu ez-presentzialak

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

4. Aldagai soziodemografikoak

Adina

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

Lurralde historikoa

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

Klase soziala (talde sozioekonomikoa)

Klase soziala esleitu zaie pertsona guztiei, egungo edo iraganeko lan-jarduera ordainduaren arabera (bizitzaren uneren batean enplegu ordaindua izandako pertsonak). Horrelako okupaziorik inoiz izan gabeko pertsonak, berriz, ekonomiaren aldetik noren mende dauden (aitak, amak eta abar) aintzat hartuko da eta haien araberrako balioa esleitu zaie, edo familia-unitateko klase sozial altueneko kidearena kontuan hartuko da. B ost taldeetako bakoitzean esleitzeko, 2011n indarrean jarritako Okupazioen Sailkapen Nazionalako (CNO-11) hiru digituko kodifikazioaren arabera, Epidemiologiako Espainiako Elkarteko (SEE) Gizarte Determinatzaileen Lantaldeak proposatutakoari jarraiki jarraituz (Domingo-Salvany A et al. 2012).

Sailkapen multzokatua II. (5 kategoria)

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

Ikasketa-maila

10 urte eta gehiagoko pertsona bakoitzari esleitutako ikasketa-maila da pertsona horiek lortutako mailarik altuena. 4 kategoriatan multzokatu dira pertsonak: Lehen Hezkuntzan, irakurtzen eta idazten ez dakiten pertsonak edo Lehen Hezkuntzako ikasketak edo baliokideak dituztenak, amaituta izan edo ez; beheko Bigarren Hezkuntzan, Bigarren Hezkuntzako 1. etapako ikasketak dituztenak; goiko Bigarren Hezkuntzan, batxilergoko ikasketak, edozein mailatako lanbide-heziketako ikasketak edo antzekoak dituztenak; unibertsitatean, edozein ziklotako unibertsitate-ikasketak, doktoretzak edo baliokideak dituztenak.

13. EMAITZEN HEDAPENA

2013ko EAEOIko emaitzak Osasun Sailaren webgunearen eta Eustaten bidez hedatuko dira, bai eta paperean inprimatuta ere. Posta elektronikoz edo posta arruntaren bidez erantzungo zaie Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren Osasun Plangintza, Antolamendu eta Ebaluaziorako Zuzendaritzako Osasun Azterlan eta Ikerketa Zerbitzura bidalitako berariazko eskariei.

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

14. BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Encuesta de salud para Asturias del año 2008 (II ESA 2008) Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. [2013ko abenduaren 9an kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=37a28f4f07dc7210VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=6ab008834c598210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oemar M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; [2013ko abenduaren 9an kontsultatuta]. Eskuragarri ondoko helbide honetan http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L_v2.0_October_2013.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

