



Fedeafes

Buru gaixotasuna
duten pertsona
eta senide elkarteen
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental



Euskadin buru-gaixotasuna duten pertsonekin gizarte eta osasun esparruetan esku-hartzeko eta lan koordinatua egiteko bide hoberenak

AZKEN TXOSTENA | 2015

Hurrengo elkarteekin laguntzarekin landutako ikerketa:



Erakunde laguntzaileak:



ESKERRAK

Eskerrak eman nahi dizkiegu proiektuan parte hartu duten guztiei, bereziki, gure elkarten zerbitzuen erabiltzaile diren 191 pertsoneri. Aldi berean, ikerlana aurrera eramateko datuak jaso dituzten elkarteetako profesionaleri eskerrak eman nahi dizkiegu, baita laguntza eskaini diguten beste erakundeetako profesionaleri ere.

Proiektuaren lantaldea:

Yolanda Iglesias eta Ruth Encinas, **Agifes**.

Endika Minguela eta Justine Gestoso, **Asafes**.

Gurutze Villanueva eta Naiara Gabiña, **Asasam**.

Amaia Arbaiza eta M^a José Cano, **Fedeafes**.

Irama Vidorreta eta Ainara Canto, **Fundación Ede**.

FEDEAFESek eta bere barne dauden Agifes, Asafes eta Asasam elkarteek eginiko azterlana.

EDE Fundazioarekin laguntza teknikoarekin.

2015ean argitaratua.

2019an inprimatua.

Buru Gaixotasuna duten Pertsona eta Senide Elkarten Euskadiko Federazioa (FEDEAFES)

Tres Cruces 14, behe eskubitara · Arza industrialdea · 01400 Ludio - LLodio (Araba)

www.fedeafes.org · fedeafes@fedeafes.org

Depósito Legal: BI-1532-2019



Fedeafes

Buru gaixotasuna
duten pertsona
eta senide elkarten
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental

Erabilera ez komertziala (by-nc): Eduki honetatik abiatuz beste lan batzuk sortzeko aukera dago, beti ere erabilera komertzialik ez badute. Jatorrizko txostena ere ezin da erabili helburu komertzialekin.

LEHEN IKERLANAREN SAILBURUEN HITZAURREA

Buru Gaixotasuna duten Pertsona eta Senide Elkarleen Euskadiko Federazioak, FEDEAFESek, eta parte-hartzen duten elkarteek (Agifes, Asafes eta Asasam, EDE Fundazioarekin batera), **“Gizarte eta osasunaren alorretako esku-hartze eta jarduketarako ibilbide optimoak, Euskadin buru gaixotasuna duten pertsonen arreta emateko”** ikerlana aurkeztuko dute. Bioefek finantzatutako lan honetan, buru gaixotasuna duten 200 pertsona inguruk eta Fedefeseko sareko hamaika profesionalak parte hartu dute, baita lurralde ezberdinetako osasun mentaleko sareek, diputazioek eta hirugarren sektoreko erakundeek.

Ikerlanean, buru gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitateari buruzko interes handiko emaitzak ageri dira. Txostenean erabiltzaileak artatzen dituzten profesionalen ikuspuntu objektiboa eta erabiltzaileen ikuspuntu subjektiboa ageri da. Ikerlanean 13 aldagai hartu dira kontuan (adina, sexua, diagnostiko nagusia, gehitutako diagnostikoak, babes premiak, ospitalizatzeko psikiatrikoan, etab.) Honek buru gaixotasuna duten pertsonen errealitatearen inguruan, eta bereziki euren bizi-kalitatearen inguruan, balio bereziko diagnostikoa eskaintzen du.

Ikerlan honen emaitzetan agerian uzten da buru gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitatean eragin handien izan duten faktore pertsonalak eta testuingurukoak. Aldi berean, azterlanak kolektiboa artatzeko erantzun koordinatua (soziala eta sanitarioa) hobetzeko jarraibideak ematen ditu.

Horregatik, egindako lana eskertzen dugu, buru gaixotasuna duten pertsonen kolektiboa nagusia baita Kontseilu Soziosanitarioak onartu duen Ildo Estrategiko Soziosanitarioan.

Lerro hauen bidez, eskerrak eman nahi dizkiegu ikerlana aurrera ateratzen lagundu duten guztiei.

Jon Darpón

Angel Toña

Osasun sailburua

Enplegu eta Gizarte Politika sailburua

AURKIBIDEA

1.- SARRERA	1
2.- KONTZEPTU ESPARRUA.....	2
2.1.- Desgaitasuna duten pertsonen eskubideak.....	2
2.2.- Buru-gaixotasuna duten pertsonen ezaugarriak	4
2.3.- Buru-gaixotasuna duten pertsonen estigmatizazioa	6
2.4- Bizi-kalitatearen kontzeptua	8
2.6.- Bizi-kalitatea neurtzeko baliabideak:	10
3.- METODOLOGIA.....	13
3.1.- Helburuak.....	13
3.2- Prozesu metodologikoa	14
3.3.- Teknikak	14
3.4.- Aztergaia	24
3.5.- Laneko hipotesia	25
3.6.- Lagina	27
3.7.- Azterketa	28
4.- EMAITZAK	30
4.1.- AZTERKETA DESKRIPTIBOA: NOLAKOAK DIRA FEDEAFES-EN ARRETA JASOTZEN DUTEN BURU-GAIXOTASUNA DUTEN PERTSONAK?	30
4.1.1 Erabiltzaileen profil soziodemografikoa:.....	30
4.1.2 Erabiltzaileen profila, buru-gaixotasunari lotuta:	31
4.1.3 Erabiltzaileen sare soziala eta laguntza informalak	40
4.1.4 Erabiltzaileen ikasketa-maila, baliabide ekonomikoak eta enplegua	43
4.1.5 Erabiltzaileek jasotzen duten arreta profesionala	47
4.2.- ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEA EDO BIZI-KALITATE SUBJEKTIBOA	54
4.3.- BIZI-KALITATE OBJEKTIBOA	57
4.3.1 Bizi-kalitate “objektiboa”: GENCAT eskala	57
4.3.2 Bizi-kalitatean eragina duten faktoreak	61
5.- DATUETATIK ATERATAKO GILTZA NAGUSIAK.....	84
6.- GAUR EGUNGO ERANTZUNEN GAINEKO AZKEN HAUSNARKETAK ETA HOBETZEKO ORIENTABIDEAK	89
7.-BIBLIOGRAFIA.....	98
8.- TAULEN ETA GRAFIKOEN AURKIBIDEA.....	101
9.- ERANSKINAK.....	104

1.- SARRERA

FEDEAFES federazioak eta hura osatzen duten elkarteek Osasunaren eta Gizarte Zerbitzuen Sistemaren erantzuteko baldintzak egokitu nahi dituzte, buru-gaixotasuna duten pertsonen arreta emateko, bizi-kalitatearen eredua aintzat hartuta. Bada, kezka horren ondorioa dugu lan hau.

Ikuspegia ekologikoa da. Pertsona da ardatza, eta dimentsio desberdinetan parte hartzea azpimarratzen da: ongizate emozionala, pertsonen arteko harremanak, ongizate materiala, garapen pertsonala, ongizate fisikoa, autodeterminazioa, gizarteratzea eta eskubideak.

Esku-hartzean aplikatutako ezagutza sortu nahi da proiektu honen bidez, betiere bizi-kalitatea balioztatuz. Buru-gaixotasuna duten eta FEDEAFESeko elkarten erabiltzaileak diren pertsonen bizi-kalitatea hobetzeko gako erabilgarriak identifikatu nahi dira lan honen bidez; baina baita honakoak ere: esku hartzeko aukera hoberenak argitzea, eta Euskadin pertsona horiei arreta ematen dieten gizarte eta osasun esparruetan koordinatuta lan egitea. Halaber, helburu horiek betetzeko diseinatu den lan-prozesuari esker, FEDEAFESeko elkarteak bizi-kalitatearen eredura hurbildu daitezkeen bultzatuko da eta eredu hori etorkizunean ezartzea erraztuko da.

FEDEAFESekin eta EDE fundazioko Gizartea Ikertzeko Zerbitzuarekin lankidetzan garatu da proiektua, gauzak nola egin eta bi erakundeen esperientzia espezifikoa bateratzeko.

FEDEAFES Buru-gaixotasuna duten pertsona eta senide elkarten Euskadiko federazioa 1987. urtean eratu zen; eta, harrezkero, federazioak kolektibo horren ordezkari gisa jardun du Euskal Autonomia Erkidegoan.

Honako hauek dira federazioaren helburuak: gaixoen eta haien senideen bizi-kalitatea hobetzeko ekimenetan ikerketa, elkartrukea, ikaskuntza eta berrikuntza sortzea; Bizi-kalitatearen Ereduan sartzen diren politikak eta esperientziak bultzatu eta zabaltzea; gaixoen eta haien senideen duintasuna eta eskubideak defendatu eta aldarrikatzea; gizartea sensibilizatzea; foroetan eta sareetan parte hartzea; eta gaixoen eta haien senideen onerako politika publikoak eskatzea.

"Bizi-kalitatearen eredura", autonomiaren sustapenera eta pertsonen gaitasun guztiak garatzera bideratuta dago federazioaren lana.

Gizartea Ikertzeko Zerbitzua EDE fundazioaren Ezagutza Zentroaren barruan sartzen da. Denbora luzea darama gizarte esku-hartzearen esparruan ikertzen. Nola jardun behar den jakitea garrantzitsua dela azpimarratzen du zerbitzuak; izan ere, lotu egiten ditu, batetik, ikerketak eta, bestetik, plangintza eta berrikuntza funtzioak.

Ikerketaren bidez, gizartea aldatzera bideratutako ezagutza sortzen da. Hori kontuan hartuta, azterketen xede diren pertsonen eta erakundeen parte-hartzeari garrantzi berezia eman die proiektuak; baita, azken batean, hartzaileei ere.

2.- KONTZEPTU ESPARRUA

2.1.- Desgaitasuna duten pertsonen eskubideak

Arautegian askotarikoak dira desgaitasuna duten pertsonen eskubideak aitortzeko eta bermatzeko aurrerapen garrantzitsuak sartu dituzten ekimenak (nazioartean, Europan, estatuan eta autonomian). Aukera berdintasuna benetan dagoela, bereizkeria eza eta irisgarritasun unibertsala, haien gizartratzea, autonomia pertsonala, bizitza independentea, parte-hartze aktiboa eta bizitza politikoko, ekonomikoko, kulturalako eta sozialeko parte-hartzea bermatzera zuzenduta daude ekimen horiek; baina horrez gain, pertsona horien gaitasunak eta autonomia bultzatzen laguntzeko esku-hartzean eta jardunetan erronka berriak ekarri dituzte.

Zehazki, **desgaitasuna duten pertsonen eskubideei buruzko Nazio Batuen konbentzioaren**¹ helburua da *desgaitasuna duten pertsona guztiek giza eskubide guztiak eta oinarrizko askatasunak erabat eta segurtasun osoz goza ditzaten berezkoa duten duintasuna errespetatu diezaion sustatzea, babestea eta bermatzea.*

Konbentziora desgaitasuna duten pertsonentzat hartu ziren *epe luzeko urritasun fisikoak, mentalak, intelektualak edo sentzorialak dituzten pertsonak; baldin eta gizartean oso-osorik eta modu eraginkorrean, beste pertsona guztien baldintza berberetan, parte hartzeko oztopoak aurkitzen badituzte.*

Konbentzioa onartzean argi geratu zen desgaitasuna giza eskubideen baitakoa dela; desgaitasuna duten pertsonak ez direla karitatezko edo laguntzazko politiken “xede”, eskubideak dituzten “subjektuak” baizik. Hortaz, gizartean duten egoera okerragoa ez da konpondu behar beste pertsona edo Gobernu batzuen “borondate onez”; konpondu behar da, egoera okerragoak giza eskubideak izatea eta baliatzea urratzen duelako.

Konbentziora onartu zen *desgaitasuna duten pertsonentzat oso garrantzitsua dela euren autonomia eta independentzia edukitzea, baita euren erabakiak hartzeko askatasuna izatea ere.* Konbentziora, gainera, aipamen ezberdinak egin zitzaizkien Aukera Berdintasunari eta Autonomia Pertsonalari. Hona hemen artikulua:

3.a. artikulua, Konbentzio honek ekarri dituen printzipioen artean, zera biltzen du: *berezkoa duten duintasunari zor zaion errespetua, gizabanakoen autonomia -norberak bere erabakiak hartzeko askatasuna barne- eta pertsonen askatasuna.*

19. artikulua (askatasunez bizitzeko eskubidea eta komunitatean sartuak izatekoa) zera xedatzen du: *Konbentzio honetan alderdi diren Estatuak onartu egiten dute desgaitasuna duten pertsona guztiek eskubidea dutela baldintza berdinetan bizitzeko komunitatean, gainerakoek dituzten aukera berdinekin, eta neurri eraginkorrak eta egokiak hartuko dituzte eskubide horretaz erabat goza dezaten desgaitasuna duten pertsonen, eta haiek komunitatean erabat sartu eta parte har dezaten.* Besteak beste, horrek esan nahi du *desgaitasuna duten pertsonen aukera eduki behar dutela etxetik etxeko laguntza zerbitzu, egoitzako zerbitzu eta komunitateari laguntzeko bestelako zerbitzu aniztasuna eskuratzeko, haien biziraupena errazteko eta komunitatean sartzeko eta haien isolamendua eta gizarte bazterkeria saihesteko behar den laguntza pertsonal guztia barne.*

¹ NAZIO BATUEN ERAKUNDEA (NBE): *Desgaitasuna duten Pertsonen Eskubideei buruzko Konbentzioa*. Geneva: Nazio Batuen Erakundea (NBE), 2006.

26. artikuluan (egokitzea eta birgaitzea) xedatu da *Konbentzioan alderdi diren Estatuak neurri eraginkorrak eta egokiak hartuko dituztela desgaitasuna duten pertsonen ondokoak lortu eta mantendu ditzaten: ahalik eta askatasun handiena; gaitasun fisikoa, mentala, soziala eta bokaziozkoa; bizitzako alderdi guztietan sarrera eta parte-hartzea. Horretarako, antzeko egoeran dauden pertsonen laguntza ere izan dezakete.*

Estatu mailan, **39/2006 Legea**, mendekotasun egoeran dauden pertsonen autonomia eta arreta sustatzeari buruzkoa² printzipio honetan oinarritzen da: *mendekotasun egoeran dauden pertsonen ahalik eta autonomia handienarekin bizitzeko behar diren baldintzak sustatzea.*

Gainera, 13. artikuluan (mendekotasuneko prestazioen helburuak), zera ezartzen da: *mendekotasun egoeran dauden pertsonen arreta ematea eta haien autonomia pertsonala sustatzea bizi kalitate hobea eta autonomia pertsonala lortzerantz orientatu beharko da, aukera berdintasun eraginkorreko esparru batean.*

Euskadin, **Gizarte Zerbitzuei buruzko abenduaren 5eko 12/2008 Legea**³, arreta eta esku-hartze ereduari buruzko 8.c. artikuluan, hauxe xedatu da: *kasu bakoitzerako egokia den esku-hartzea diseinatuko du, beharrezan ebaluatuz arreta pertsonalizatuko plan baten esparruaren barruan; plan hori, arreta-ibilbideen jarraitutasuna eta koherentzia bermatzearen, erabiltzailearen parte-hartzearekin egingo da eta ebaluazioko eta berrikuspen aldizkako mekanismoak jasoko ditu plana pertsonen beharrezan egokitzen zaien jakiteko.*

Beste alde batetik, eta 2004-2008ko Plan Estrategikoan jasotakoaren ildotik, "Laguntza psikiatrikoa eta osasun mentala", ezinbestean aipatu behar da **EAEko Osasun Mentaleko Estrategia**⁴ (OME-2010), Euskadiko Osasun Mentalaren Aholku Batzordearena.

OME-2010 delakoan Batasun osorako antolaketa-eredu bat ezarri da osasun mentalari arreta emateko: Community based mentalhealth model izenekoa. Eredu hori ezartzeko, alabaina, aurreko agiri estrategikoak kontuan hartzeaz gainera, bi helburu bete nahi izan dira: segurtasuna bermatzea eta, aldi berean, gaixoen eskubideak errespetatzea. Eredua Europako erreferentzia da mundu osoan.

Gizarteratze Aktiboko III. Euskal Planean(2012-2016)⁵, bestalde, bigarren helburu estrategiko bat ezarri da: *gizarteratzea sustatzea Gizarte Zerbitzuen aktibazioaren bidez, horrela bultzatu egingo direlako pertsona, familia eta talde guztien gizarteratzea, autonomia eta gizarte ongizatea. Sustapen, prebentzio, babes eta laguntza funtzioak garatuko dira, batez ere pertsonen eta harremanen lotura dauden prestazioak eta zerbitzuak baliatuz, eta zerbitzu gehiago eman ahultasun, arrisku eta/edo gizarte bazterketa egoeretan. Helburu estrategiko horren barruan 2.3. helburu orokorra jasotzen da, *pertsona ahulenen beharrezan arreta egokia emateari lotutakoa: tresna komunak sortu behar dira Gizarte Zerbitzuak eskatzen dituzten pertsonen eta beste esku-hartze esparru batzuetako pertsonen, antzeman zaizkien beharrezan arabera, behar duten laguntza baloratzeko.**

² Espainia. 39/2006 Legea, abenduaren 14koa, mendekotasun egoeran dauden pertsonen autonomia pertsonala eta arreta sustatzeari buruzkoa. *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 1996ko abenduaren 15ekoa, 299. zk., 44142. or.

³ Euskadi. 12/2008 Legea, 2008ko abenduaren 5ekoa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa. *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 2008ko abenduaren 24koa, 246. zk., 31840. or.

⁴ EUSKO JAURLARITZA. OSASUN ETA KONTSUMO SAILA. *EAEko Osasun Mentalaren estrategia (OME-2010)*. Gasteiz, Eusko Jaurlaritza. Osasun eta Kontsumo Saila, 2010.

⁵ EUSKO JAURLARITZA. ENPLEGU ETA GIZARTE GAJETAKO SAILA. *Gizarteratze Aktiboko III. Euskal Plana (2012-2016)*. Gasteiz: Eusko Jaurlaritza, Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila, 2012.

Beste alde batetik, plan honek berariaz aitortzen ditu Hirugarren Sektoreko erakundeak, gizarte aldaketa sustatzen dutelako eta gizartean baztertuta dauden edo baztertuta egoteko arriskuan dauden taldeekin lan egiten dutelako (7. helburu estrategikoa)

Azkenik, **desgaitasuna duten pertsonen parte hartzera eta bizi-kalitate bideratutako Bizkaiko Plana (2010-2013)**⁶ azpimarratu behar da. Plan horren helburua da *desgaitasuna duten pertsonen eta horien familien arretan eta sustapenean parte hartzen duten pertsonen eta erakundeen lana hobetzea Bizkaian.*

Planean jasotzen da *Bizkaian desgaitasunari arreta ematen dioten gizarte ekintzako erakundeen lanaren ondoriozkoa dela parte hartze eta bizi-kalitatearen eredu hau. Desgaitasuna duten pertsonak eta haien familiak ordezkatzeko dituzten, haiei arreta jartzen dioten eta zerbitzuak ematen dizkieten erakundeek lortutako aurrerapenetatik elikatzen da; adibidez, kalitate eredutik (bizi-kalitatearen, eta kudeaketa eta etika kalitatearen osagaiekin), konpromiso etikotik eta eredu horrekin koherentzia duten balioetatik, bizitza independenteko mugimendutik, autonomia pertsonaletik eta komunitatearen ingurunean garatzen diren, pertsonan oinarritutako plangintzatik, eta abarretatik.*

Xede honen ikuspegiaranzko eta lorpeneranzko orientazioa funtsezko premisak dira desgaitasuna duten pertsonen ondokoak lor ditzaten:

- bizi-kalitatea
- gogobetetasun pertsonala eremu guztietan
- bere bizi-proiektu pertsonala gauzatzea

2.2.- Buru-gaixotasuna duten pertsonen ezaugarriak

Buru-gaixotasuna duten pertsonen eta senideen Espainiako Federazioak (FEAFES) estilo gidaliburu bat egin du⁷, eta bertan honela definitzen du buruko nahasmendua edo gaixotasuna: alterazio mota bat da, emozionala, kognitiboa eta/edo portaerazkoa; alterazio horren ondorioz, oinarritzko prozesu psikologiko batzuk ukituta geratzen dira (emozioa, motibazioa, kognizioa, kontzientzia, portaera, pertzepzioa, sententzioa, ikasketa, lengoia, etab.), eta orduan pertsona horrentzat zailagoa da bizi den kultura eta gizarte ingurunera egokitzea. Ondoeza subjektiboren bat sortzen da.

Arrazoiei dagokienez, buru-nahasmenduak ez du kausa-efektu motako eredu sinplerik. Hainbat eragile ditu buru-gaixotasunak, eta batzuetan eragileak ezezagunak dira. Jakina da zein diren buru-gaixotasuna sortzeko eta mantentzeko faktore nagusienak (alterazioak garunaren kimikan eta beste mekanismo biologiko batzuetan, aurrejoera genetikoak, ingurune eta kultura faktoreak, garuneko lesioak, substantzien kontsumoa, etab.), baina ezin da zehatz jakin faktore horietako bakoitzak zein eragin duen, edo kasu bakoitzean zen konbinazio garrantzitsu gertatzen diren.

Buru-nahasmenduak eta jokabidearen nahasmenduak ez dira talde berezi batean bakarrik ematen: eskualde, herrialde eta gizarte mota guztietako pertsonengan ematen da. OMEren 2001eko Munduko Osasunaren gaineko Txostenean jasotako datuen arabera, munduan 450

⁶ BIZKAIKO FORU ALDUNDIA. GIZARTE EKINTZA SAILA. *desgaitasuna duten pertsonen parte hartzera eta bizi-kalitate bideratutako Bizkaiko Plana (2010-2013)*. Bilbo: Bizkaiko Foru Aldundia. Gizarte Ekintza Saila, 2010.

⁷ CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES). *Salud mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), 2003.

milioi pertsona inguruk dute buru-nahasmendua; eta lautik batek buru-nahasmenduren bat edo jokabidearen nahasmenduren bat edo gehiago garatuko ditu bizitzan zehar⁸.

Zaila da balioespen zehatzik egitea gure inguruan buru-gaixotasuna duten pertsonen gainean. EINek 2008. urtean egin duen Desgaitasunen, Autonomia Pertsonalaren eta Mendekotasun Egoeren gaineko Inkestaren arabera⁹, Espainian 3.847.900 pertsonak dute desgaitasunen bat edo mugaren bat; horietatik 1.547.700 pertsona (% 40,2) gizonezkoak dira eta 2.300.2000 (% 59,8) emakumezkoak.

Euskadin, eta datu horiek oinarritzat hartuta, 169.400 pertsona inguruk dute desgaitasunen bat. Horien % 59,7 emakumezkoak izango lirateke (101.2000 pertsona), eta % 40,3gizonezkoak (68.200 pertsona).

Inkesta horretan jasotzen da, gainera, Euskadin 27.600 pertsonak dituztela “buru-urritasunak”; horietatik 14.000 (% 50,7) emakumezkoak dira eta 13.600 (% 49,3) gizonezkoak. Dena den, kontuan izan behar da “buru-urritasunen” barruan hainbat diagnostiko sartu direla: “heltze-atzeratasuna; adimen-urritasun sakona eta larria; adimen-urritasun ertaina; adimen-urritasun arina; adimen mugatua; dementziak; adimen-gaixotasuna; eta adimenari eta jokabideari lotutako beste nahasmendu batzuk”.

2013. urteko Euskal AEko Osasun Inkestan¹⁰ jasotako datuen arabera, emakumeen % 24,3k eta gizonen % 15,5ek izan zituzten herstura eta/edo depresioaren sintomak.

Gainera, Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailak 2010. urtean argitaratu zuen desgaitasuna duten pertsonen parte hartzera eta bizi-kalitatera bideratutako Bizkaiko Plana 2010-2013¹¹; bada, plan horretan argitaratu ziren datuak aintzat hartuta, Bizkaian 64.257 pertsona dira ezinduak,hau da, lurralde historikoko biztanleen % 5,56. Horietatik 13.048 pertsonak buru-gaixotasunen bat dute diagnostikatuta; hau da, Bizkaiko biztanle guztien % 1,13 pertsona inguruk¹².

Kopuruaz gain, buru-gaixotasun larriak dituzten pertsonen arteko desberdintasunak ere kontuan hartu behar dira. Buru-gaixotasuna duten pertsonen talde heterogeneoa osatzen dute. Batzuek bizitza normala egiten dute, eta beste batzuek jarduerak egiteko zailtasun maila desberdinak izaten dituzte.

OMEren gaixotasunen nazioarteko sailkapeneko (GNS-10) *buru-nahasmenduei eta jokabidearen nahasmenduei*¹³ lotutako irizpideen arabera, buru-gaixotasun larri moduan balioesten den egoera bat agertzeko diagnostiko-multzoak hauek dira:

⁸ OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA (OME). *Munduko osasunaren gaineko txostena, 2001. Buruko osasuna: ulertze berria, esperantza berria*. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea (OME), 2001.

⁹ ESTATISTIKAKO INSTITUTU NAZIONALA (EIN). Desgaitasunen, Autonomia Pertsonalaren eta Mendekotasun Egoeren gaineko Inkesta, 2008 (EAPM, 2008). Webean dago: <
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>

¹⁰ EUSTAT. Eusko Jaurlaritzaren Osasun Inkesta 2013 (EAE01-2013). Webean dago:

<http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkgnr100/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html

¹¹ VEGA, CORDOBA, V. *Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en centros residenciales permanente chilenos. Doktorego-tesia*. Salamanca: Salamancako Unibertsitatea, 2011.

¹² ESTATISTIKAKO INSTITUTU NAZIONALA (EIN). Biztanleriaren zifrak. Etengabeko Erroldaren Estatistika. Udaletako datuak (2013ko urtarilaren 1eko ustiapena). Webean dago: <
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp05%2F%2Fa2013>

¹³ OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA (OME). *Buru-nahasmenduei eta jokabidearen nahasmenduei lotutako GNS-10 sailkapena: deskribapen klinikoak eta diagnostikoa emateko arauak*. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea (OME), 1992.

- **Eskizofrenia eta trastorno psikotikoen multzoa:** pentsamenduaren trastornoak, haluzinazioak eta sintoma negatiboak; gizarte harremanak larri ukitzen dituzte. Errealitatearen ebaluazioa larri hondatzen da; eta, ondorioz, eguneroko bizitzako zereginei aurre egiteko gaitasuna ere kaltetzen da, neurri handi batean. Pentsamenduaren eta emozioen pertzepziotik datoz distorsio horiek.
- **Nahasmendu bipolarra eta nahasmendu afektibo nagusien multzoa:** gogo-aldarteak alterazio larriak izaten ditu, baita gaixotasun hori duen pertsonaren jarduera-mailak ere (gertakari maniako-depresiboak).
- **Nortasun-nahasmenduak:** aldatu egiten dira nortasuna, bizitzeko modua, izateko modua eta inguruarekin erlazionatzeko modua. Pertsona sufriarazten duten edo beste pertsona batzuekin eta/edo gizartean erlazionatzeko pertsona horri arazo larriak sortzen dizkioten ezaugarri bereziak (ez sintoma klinikoak) batzean agertzen da patologia hori.

2.3.- Buru-gaixotasuna duten pertsonen estigmatizazioa

Buru-gaixotasuna duten pertsonak normalean ez dira gizarteko beste talde baten moduan onartzen, eta ondorioz, haien laguntza beharizanak ere ez dira ikusten. Bereizketa-egoera hori dela eta, buru-gaixotasuna duten pertsonen estigmatizazio endemikoa egin da.

*EAEn buru-gaixotasuna duten pertsonen gizarte estigmaren errealitatea*¹⁴ izeneko txostenean jaso bezala, estigma batek izena nabarmen zikintzen du; estigma bat duen pertsona "normala" izatetik "kutsatuta" egotera igarotzen da, gizartean duen maila jaitسي egiten zaio. Desberdintasun hori azpimarratu behar da, estigma duen pertsonarentzat oso zaila delako besteek pertsona gisa onartzea, beste pertsona guztien duintasuna eta eskubideak dituela onartzea.

Gizarte estigma ez da berdinean ematen buru-gaixotasun guztietan. Adibidez, gogo-aldarteari lotutako nahasmenduan (depresioa), hersturari lotutako nahasmenduetan (herstura, fobia, nahasmendu obsesiboa, estresaren ondoriozko nahasmendua) eta elikadurari lotutako nahasmenduetan (bulimia, anorexia) agertzen den gizarte estigma ez da aurkitzen buru-nahasmendu larrietan (eskizofrenia eta nahasmendu bipolarra) edo nortasun-nahasmendu jakin batzuetan (paranoidea, mugakoa...). Azken kasu hauetan, hain zuzen, gizarte estigmak beste itxura bat hartzen du: gizartea beldur da eta pertsona hauek baztertzen ditu, sarri gaixotasun horiek indarkeria-gertakariei lotuta daudelako.

Dena den, txostenaren amaieran azaldu bezala, gizarte estigmaren errealitateak buru-gaixotasuna duten pertsona guztiei eragiten die. Ondorio txarrak sortzen dituzte pertsona horien bizi-kalitatearen alderdi guztietan; inguruko eta gizartearen bereizketa eta baztertzea daude alde batetik, eta bestetik, gaixoei euren burua baztertzea (autoestigma):

- **Ongizate emozionalean:** estigmak erruduntasun sentimenduak eta sufrimendu handia sortzen dizkie. Gizarteak ez ditu onartzen, baztertu egiten ditu; eta horren ondorioz, besteek pentsatzen eta esaten dutenak baldintzatzen ditu. Era berean, gizarte estigmak honako sentimenduak sortzen dizkie: larritasuna eta tristura; bizi-proiektua prestatzeko

¹⁴ BURU-GAIXOTASUNA DUTEN PERTSONEN ETA HAIEN SENIDEEN ELKARTEEN EUSKADIKO FEDERAZIOA (FEDEAFES). *EAEn buru-gaixotasuna duten pertsonen gizarte estigmaren errealitatea*. Buru-gaixotasuna duten pertsonen eta haien senideen elkartearen Euskadiko Federazioa (FEDEAFES).

eta gauzatzeko motibaziorik eta ilusiorik eza. Sentimendu horiek euren buruaren onarpenarekin, autoestimatu txikiarekin eta lotsa sentimenduekin lotuta daude. Eta horiek, isolatzera eta bakartzera eramaten dituzte.

- **Pertsonen arteko harremanetan:** gizarte estigmak inguruko pertsonen baztertua dakar, baita hurbilen dauden pertsona ere (senideak, lagunak...). Buru-gaixotasuna duten pertsonak gaixotasuna ezkutatzeko joera dute, besteak baztertu ez ditzaten. Bikotekidea aurkitzeko zailtasunak izaten dituzte, baina baita beste pertsona batzuekin adiskidetasun harremanak hasi eta mantentzeko ere.
- **Ongizate materiala:** gizarte estigmaren ondorioetako bat enplegua edukitzeko eta mantentzeko zailtasuna da; gainera, gaixoentzat zailagoa da lanbide-gaitasuna hobetzea, prestakuntzaren edo lan-sustapenaren bidez. Askotan, enplegu babestuaren modalitatean bakarrik jardun eta lan egin dezakete, edo lanari lotutako beste baliabide batzuetan (lanbide-zentroa) edo eguneko zentroetan. Izan ere, gaixotasunak berak eta medikazioak zailtasunak sortzen dizkie lan-jarduera normalizatuari aritzeko. Eta jakina, horrek ondorio zuzenak ditu pertsona hauen aukera ekonomikoetan. Etorkizunean menpekotasun ekonomikoa izango dute; familiaren eta legez dagozkien pentsioak zehazten dituen administrazio publikoaren menpe egongo dira.
- **Garapen pertsonalean:** sarri aurrera ez egiteko sentimenduak izaten dituzte euren garapen pertsonalean, batez ere inguruko beste pertsona guztien garapena ikusita. Gizarte estigmaren ondorioz, gaitasunik eta ahalmenik ez dutela pentsatzen dute; "beheragoko maila batean" daudela uste dute.
- **Ongizate fisikoan:** gaixotasuna ukatzen dutenez eta gizarte estigmak lotsa eragiten dienez, gaixoei baztertu edo atzeratu egiten dute diagnostikoaren eta tratamenduaren onarpena, baita eskaintzen zaizkien beste laguntza batzuk ere (osasun esparruan, gizarte zerbitzuen esparruan eta gizarte erakundeen aldetik). Gaixotasunak berez pertsona hauen gorputza narriatuta uzten dute; baina, horrez gain, askotan, diagnostiko eta esku-hartze egokia berandu dator, gizarte estigmaren errealitateagatik. Ondorioz, gaixotasunak bilakaera txarragoa du eta horrek ondorioak ekarriko ditu.
- **Autodeterminazioan:** beste pertsonak baztertu egiten dituzte, eta gaixoei ez dute euren burua onartzen, baztertu egiten dute. Beraz, bakoitzaren gaitasunak eta ahalmenak ukatzen dituzte, eta ez dute uste erabakitzeko eta haien bizi-proiektua garatzeko gaitasunik dutenik. Askotan, erabakitzeko eta haien bizi-proiektua garatzeko gaitasunik ez dutela pentsatzen dute senideen eta laguntzen dieten profesionalen erruz; azken hauek gehiegi babesten dituzte, eta ez dute sinesten garatzeko gaitasunik dutenik.
- **Gizarteratzean:** gizarte estigmak pertsona hauek isolatzen eta bakartzen ditu. Gizarteratzeko komunitatean parte hartu behar da, baina beste pertsonen baztertuak eta gaixoei euren buruaz egiten duten baztertuak mugatu egiten dituzte komunitateko esparru guztietan (hezkuntza, enplegua, aisia...) parte hartzeko aukerak.
- **Eskubideen babesean eta defentsan:** gizarte estigmak pertsona hauen eskubideak ukatzea dakar. Askotan beste norbaitek hartzen ditu gaixoaren erabakiak, galdetu gabe, pentsatzen duelako ez dakitela, ezin dutela, ez direla gai... Bestalde, autoestigma traba bat da, gaixoei ez dutelako haien buruarengan sinesten; ondorioz, ez dute ahalmenik dagozkien eskubideak babesteko, defendatzeko eta erabiltzeko.

Alabaina, gizarte estigmaren errealitateak badu eraginik buru-gaixotasuna duten pertsonen senideengan ere. Sarri lotsa sentitzen dute, eta ez dute buru-gaixotasuna duen senidea onartzen; erruduntasuna, sufrimendua eta etorkizunari buruzko zalantza ere sentitzen dituzte. Era berean, inguruko beste senide batzuen... baztertua antzematen dute. Askotan egoera ezkutatu dute; beldur dira, ez dute nahi inork lotzea informazioa eta laguntza eskatzeko haien xede diren buru-gaixotasuneko gizarte erakundeekin.

Familiak ere badira biktimak, gizarte estigmaren zati dira. Batzuetan gehiegi babesten dituzte buru-gaixotasuna duten senideak, ez direlako fidatzen haien gaitasunez; uste dute menpekotasun handiko pertsonak direla, ahulak direla estigmatizatzen dituzten gizartean.

2.4- Bizi-kalitatearen kontzeptua

Bizi-kalitatearen gaineko interesa betidanik egon da, baina oraintsu arte ez dira agertu ez kontzeptua bera, ezta kontzeptu horren ebaluazio sistematikoa eta zientifikoa egiteko ardura ere. Gero eta sarriago erabiltzen da terminoa. Komunitate zientifikoak, profesionalek eta erakundeek azken hamarkadetan erabili dute gehienbat; eta, pixkanaka, gizarte politiken ardatz nagusi bilakatzen ari da.

OMEk honela definitu du bizi-kalitatea: *banakoak bizitzan duen kokalekuaren gainean duen hautematea da, bizitzeko dituen testuinguru kulturala eta balioen sistema aintzat hartuta, eta betiere, bere helburuekin, itxaropenekin, arauekin eta ardurekin alderatuta. Dimentsio asko dituen kontzeptua da, konplexua. Alderdi pertsonalak (osasuna, autonomia, independentzia, bizitzarekiko gogobetetasuna) eta inguruari lotutako alderdiak (besteak beste, laguntza sareak eta gizarte zerbitzuak) ere jasotzen ditu*¹⁵.

Gaur egun, bizi-kalitatearen kontzeptua sensibilizatzeko ideia moduan erabiltzen da. Erreferentzia eta orientazio jakinak ematen ditu, banakoaren ikuspegitik betiere. Pertsona eta bere ingurua hartzen ditu ardatz moduan. Baina kontzeptu hori gizarte eraketa moduan ere erabiltzen da, pertsonaren ongizatea hobetzeko eta gizartea aldatzen laguntzeko¹⁶.

Kontzeptu hau ebaluaziorako erreferentzia nagusia da desgaitasunaren eta gizartean baztertuta egoteko arriskuan dauden beste talde batzuen esparruan. Halaber, desgaitasuna duten pertsonentzako programen eta zerbitzuen ardatz nagusi bilakatu da, baita gizartean baztertuta egoteko arriskuan dauden beste talde batzuentzat ere¹⁷.

Azken hamarkadan egin den ikerketari esker eredu teoriko bat garatu ahal izan da; dimentsioak eta horien adierazle nagusiak identifikatu ahal izan dira; eta pertsona oinarritzat duen plangintzan, emaitzen ebaluazioan eta kalitatea hobetzeko prozesuan aplikatu da.

Bizi-kalitatea eta bere adierazleak osatzen dituzten eremu desberdinek eredu bat edo beste har dezakete; baina denek onartzen dute eredua dimentsio askotakoa izan behar dela, eraketa osoa adierazi behar duela eta, betiere, pertsonak erabaki behar dutela zer den haientzat garrantzitsuenak.

Gehien onartzen den bizi-kalitatearen eredua Schallock-ek eta Verdugo-k proposatu zuten. Idazle horien arabera, nahi dugun ongizate pertsonalaren egoera da bizi-kalitatea, eta honako ezaugarriak ditu: (a) dimentsioaniztuna da; (b) ezaugarri unibertsalak eta kulturari lotutakoak ditu; (c) osagai objektiboak eta subjektiboak ditu; eta (d) ezaugarri pertsonalen eta ingurune-faktoreen eragina du¹⁸.

¹⁵ OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA (OME). *Bizi-kalitatearen ebaluazioa. WHOQOL taldea, 1994. Zergatik bizi-kalitatea? WHOQOL taldea. Osasunaren Munduko Foroa Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea (OME), 1996.*

¹⁶ SCHALOCK, R., BROWN, I., BROWN, R., CUMMINS, R., FELCE, D., MATIKKA, L., KEITH, K. eta PARMENTER, T. *Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*, 2002, 40 (5), 390–405. Hemen aipatua: VEGA, CÓRDOBA, V. *Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en centros residenciales permanente chilenos. Doktoretza-tesia*. Salamanca: Salamancako Unibertsitatea, 2011.

¹⁷ VERDUGO, M. A., JORDÁN DE URRÍES, F. B., MARTÍN-INGELMO, R., RUIZ, N. eta SANTAMARÍA, M. *Impacto social del programa ECA Caja Madrid de empleo con apoyo*. Salamanca: Komunitatean Integratzeko Unibertsitate Institutua (INICO), 2010.

¹⁸ SCHALOCK, R. L. eta VERDUGO, M. A. *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero, 2007, 38. lib. (4), 224. zk., 21-36.*

Neurketari dagokionez, idazle horiek adierazi dute kontzeptuak jaso egiten duela pertsonak baloratzen dituzten esperientziak edukitzeko maila; bizitza osoa eta beste batzuei konektatua izaten laguntzen duten dimentsioak islatzen ditu; pertsonentzat garrantzitsuak diren esparru fisiko, sozial eta kulturalak hartzen ditu kontuan, eta giza esperientzia komunak eta bizi-esperientzia bakarrak hartzen ditu¹⁹.

Bizi-kalitatearen eredia eragingarri bihurtzen da dimentsio, adierazle eta emaitza pertsonalen bidez. Bizi-kalitatearen oinarriko **dimentsioak** dira: “ongizate pertsonala osatzen duten faktoreen multzoa”²⁰. Ereduan honako dimentsioak proposatu dira bizi-kalitaterako:

1. **Ongizate emozionala.** Honakoak hartzen ditu kontuan: sentimenduak eta gogobetetasuna, maila pertsonalean eta bizi mailan; nor bere buruari buruz duen kontzeptua, segurtasunari-segurtasun ezari eta gaitasunari-gaitasun ezari lotutako sentimenduen bidez; eta estresik ez egotea, motibazioari, umoreari, jokabideari, hersturari eta depresioari lotutako alderdiak barne hartuta.

2. **Pertsonen arteko harremanak.** Elkarreaginaren bidez eta hurbileko harremanak mantenduz (jardueretan parte hartu, lagun egonkorak eduki, familiarekin harreman ona izan). Pertsona garrantzitsuek maite dutela sentitzen duen jakin behar da, eta gizarte harreman positiboak eta atseginak dituen.

3. **Ongizate materiala.** Horren barruan sartzen dira alderdi ekonomikoak, aurrezpenak eta bizi-kalitate erosoak, osasungarria eta ona edukitzeko behar diren bestelako alderdi materialak.

4. **Garapen pertsonala.** Honakoak hartzen dira kontuan: gaitasunak eta gizarte trebetasunak; gizarte erabilgarritasuna, eta laguntzeko plan pertsonalizatua egiten parte hartzea; garapen pertsonalerako aukerak aprobetxatzea, eta aukera berriak ikastea; lan-munduan sartzea, motibazioarekin eta norberaren gaitasunak garatzeko; egokitze jokoera; eta komunikatzeko estrategien garapena.

5. **Ongizate fisikoa.** Osasun arreta (prebentziozkoa, orokorra, etxez etxe egindakoa, ospitalekoa, etab.). Kontuan hartzen dira mina, medikazioa, pertsonaren osasun egoeran duten eragina, eta jarduera normala egiten uzten dien. Ongizate fisikoa edukiz gero, haien gaitasunak erabiliz gauza ditzakete eguneroko bizitzako jarduerak. Baina, behar izanez gero, laguntza tekniko ere izan dezakete.

6. **Autodeterminazioa.** Pertsonaren bizi-proiektua hartzen du oinarri moduan; hau da, aukeratu ahal izatea eta aukerak edukitzea. Hemen sartzen dira helburuak eta balioak, lehentasunak eta interes pertsonalak. Alderdi horiei esker errazagoa da erabakiak hartzea; horrela, pertsonak bere ideiak eta iritzia defenda ditzake. Autonomia pertsonala denon oinarriko eskubidea da; norberaren bizitza antolatzen laguntzen du, eta norberari eragiten dioten gaietan erabakitzeko aukera ematen du.

7. **Gizarteratzea.** Besteek baztertzen eta bereizten duten baloratu behar da. Horretarako, lagun asko edo horien kopuru mugatua duen aztertu behar da; baita komunitateko aisiako

¹⁹VERDUGO, M. A., GÓMEZ L.E., ARIAS, B., eta SANTAMARÍA, M., CLAVERO, D., TAMARIT, J. *Escala INICO-FEAPS. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: Komunitatean Integratzeko Unibertsitate Institutua (INICO), 2013.

²⁰SCHALOCK, R. L. eta VERDUGO, M. A. *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002/2003 [Gaztelaniara itzuli dute M. A. Verdugo-k eta C. Jenaro-k]. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza, 2003].

inguruak erabiltzen dituen ere. Parte-hartzearen eta irisgarritasunaren bidez neur daiteke gizarteratze maila, ezaugarri horiek gizarteratzea oztopatzen duten hesi fisikoak apurtzen dituztelako.

8. **Eskubideen** defentsa. Intimitaterako eskubidea eta errespetatua izateko eskubidea; azken hau neurtzeko ingurukoek harekin duten tratua aztertu behar da. Garrantzitsua da ikertzea zenbateraino ezagutzen eta gozaten ditugun herritarrok berez ditugun eskubideak.

Dimentsioek **adierazle nagusi** batzuk izaten dituzte, eta honela definitzen dira: “bizi-kalitatearen dimentsioen pertzepzioak, jokaerak edo baldintza bereziak dira, eta pertsonaren ongizatea islatzen dute”.

Pertsonaren egoera pertsonala nahiz helburuak adierazle horien bidez ebaluatzen badira, **emaitza pertsonalak** lortuko dira, hau da, “bakoitzak definitu eta baloratu dituen helburuak”²¹.

2.6.- Bizi-kalitatea neurtzeko baliabideak:

Bizi-kalitatearekin lotuta dauden emaitza pertsonaletan esku hartzea eta horiek hobetzea azpimarratzen da gaur egun. Ondorioz, **ebaluatzeko baliabide erabilgarriak** behar dira. Hots, pertsona bakoitzak benetan bizi duen egoera zehazten lagunduko duten baliabideak behar dira, pertsona oinarritzat duten plangintzak garatzeko bete beharko liratekeen esku-hartzeko ildoak ezartzen lagunduko dutenak.

Illo horretan, kontzeptua xede desberdinetarako erabil daiteke:

- Modu objektiboan ebaluatzeko pertsonak dituzten beharrianak eta gogobetetzearen maila subjektiboak.
- Giza eta gizarte zerbitzuek kalitatea hobetzeko asmoz egiten dituzten programen, estrategien eta jardueren emaitzak ebaluatzeko.
- Informazio garrantzitsua biltzea, zerbitzuak emateko lagungarria dena.
- Politika jakin batzuk planifikatzea eta egitea: batetik, pertsona guztien (degaitasuna izan zein ez) bizi-kalitatea hobetzeko politikak; bestetik, gizartean baztertuta egoteko arriskua duten edo dagoeneko baztertuta dauden taldeei, laguntza behar dutelako, gizarte zerbitzuak ematen dizkieten erakundeen kalitatea hobetzeko politikak.

Degaitasuna duten pertsonen bizi-kalitatea balioztatzeko baliabideak aztertzean ikusi da kontzeptuaren bilakaerarekin batera garatu direla baliabideok. Diseinatzean kontuan izan zen bizi-kalitatearen ikuspegiaren arabera sailka daitezke. Hau da, degaitasuna duen pertsonaren ikuspegia edo pertzepzioa jaso daiteke, eta pertsona hori ondo ezagutzen duen hirugarren pertsonaren (hurbileko pertsona: profesionala, senidea, legezko tutorea, etab.) balorazioa edo oharra islatu; bestela, biak batzen dituen ikuspegi integratzailea har daiteke.

Horrela, emaitza pertsonalak ebaluatu eta pertsona oinarritzat duten programak garatu nahi badira, bizi-kalitatea ebaluatuko zaion pertsonak betetzen dituen baliabideak erabili behar dira. Alabaina, beste zerbait ebaluatu behar bada (programak, zerbitzuen kalitatearen hobekuntza edo antolaketaren inguruko aldaketak), kontu handiz, beste pertsona batzuen

²¹ SCHALOCK, R. L., GARDNER, J. F. eta BRADLEY, V. J. *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2007 [Gaztelaniara itzuli du E. JALAINek. *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo*. Madrid: FEAPS, 2009].

txostenak erabiltzea gomendatzen da. Esperientzia eta inguruabar pertsonalak zuzenean behatu ostean egindako txostenak erabili behar dira²².

Bizi-kalitatea neurtzeko hainbat baliabide daude, biztanle guztien edo talde jakin batzuen bizi-kalitatea neurtzekoak. Baina jarraian azaltzen direnak, buru-gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitatea ebaluatzeko gehien erabiltzen direnak dira:

IZENA	APLIKAZIO-PROFILA	APLIKAZIOA	OHARRAK
Bizi-kalitatearen eskala – GENCAT (2008) ²³	Gizarte zerbitzuen edozein erabiltzaile, gutxienez 18 urte baditu.	Likert eskalako erantzunak (1-4) dituen galdeketa Gizarte zerbitzuen esparruan lan egiten duen profesional batek bete behar du galdeketa. Guztira 69 item eta 8 dimentsio ebaluatuko ditu.	Schalock-ek eta Verdugo-k proposatu duten bizi-kalitatearen eredu dimentsioanitz hartzen da oinarri moduan Eskalak arazo batzuk ematen ditu narriadura kognitibo larria duten pertsonen bizi-kalitatea ebaluatzean. Ez da buru-gaixotasuna duten pertsonentzako moduko baliabidea
WHOQOL-BREF (2000) ²⁴	Helduak, osasuntsuak eta gaixoak	Likert eskalako erantzunak (1-5) dituen galdeketa da, norberak bete beharrekoa. WHOQOL-100 galdeketa da jatorrizko baliabidea; honek 100 item eta 6 dimentsio jasotzen ditu. Gero, bertsio laburtua egin zen: WHOQOL-BREF, 26 item eta 4 dimentsiorekin.	Bizi-kalitateak dimentsio ugari dituela onartzen da Gaixoak antzematen duen bizi-kalitatea da ardatza; beraz, ez dira neurtuko sintomak, gaixotasuna edo egoera bera. Aitzitik, gaixotasunaren ondorioak eta bizi-kalitatean izan diren osasun esku-hartzeak neurtuko dira. Baliabide orokorra da, multinazionala eta eleaniztuna.
Bizi-kalitatearen Sevilla galdeketa (1997) ²⁵	Eskizofrenia duten helduak	Bi eskala ditu: F eskala edo alderdi onen eskala, eta D eskala edo alde txarren eskala. Erantzunak, Likert eskalaren arabera, 1-5 artekoak dira. Berariaz prestatu den hirugarren pertsona batek elkarrizketa egiten du.	

²²VERDUGO, M. A., GÓMEZ L.E., ARIAS, B., eta SANTAMARÍA, M., CLAVERO, D., TAMARIT, J. *Escala INICO-FEAPS. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: Komunitatean Integratzeko Unibertsitate Institutua (INICO), 2013.

²³VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R., GÓMEZ, L. eta ARIAS, B. *GENCAT eskala. Bizi-kalitatearen GENCAT eskala aplikatzeko formularioa*. Bartzelona: Kataluniako Generalitatea. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2009.

²⁴THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization Quality of life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 1998. 551-558. or.

²⁵GINER, J., IBAÑEZ, E., BACA, E., BOBES, J., LEAL, C., CERVERA, S., *Desarrollo del cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)*. Neurología, Psiquiatria eta antzeko Zientzien Akta portugaldarrak-espainiarrek. 1987; 13:261-76.

Bizi-kalitatearen gaineko Lehman-en elkarrizketa (1995)²⁶	Buru-gaixotasun kronikoa duten pertsonak	Baliabide honek bi bertsio ditu: bertsio osoa (158 item) eta bertsio laburtua (78 item). Berariaz prestatu den hirugarren pertsona batek elkarrizketa oso egituratua egiten du. Guztira 78 item eta 8 dimentsio ebaluatuko ditu.	Bizi-kalitatearen adierazle objektibo bat, beste subjektibo bat eta gogobetetasun orokorraren neurri bat ematen ditu.
Eskizofrenia dutenen bizi-kalitatearen eskala (QLS) (1984)²⁷	Eskizofrenia izanik ospitaleratu gabe dauden pertsonak	Hirugarren pertsona batek elkarrizketa erdiegituratua egiten du. Oinarrizko 4 esparrutan multzokatuta dauden 21 item ebaluatzen dira	Eskizofrenia prozesuko defizit adierazpenen garrantzia oinarritzat hartuta egin zen eskala.

²⁶ LEHMAN, A.F. *A Quality of Life Interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planing.* 1988; 11, 51-62 [Gaztelaniara itzuli dute BOBES, J.ek, GONZALEZ, M.P.ek eta BOUSOÑO, M.ek. *Calidad de Vida en las esquizofrenias.* Bartzelona: J.R. Prous, 1995].

²⁷ HEINRICHS, D.W., HANLON, T.E. eta CARPENTER, W.T. *The Quality of Life Schale: An Instrument of rating the squizohrenic deficit syndrome. Schizofrenia Bulletin.* 1984; 10,388-399 [Gaztelaniara itzuli dute hauek: RODRIGUEZ FORNELLS, A. RODRIGUEZ MARTINEZ A., JARNE ESPARCIA, A., SOLER PUJOL, R., MIARONS, TUNEU, R., GRAU FERNANDEZ, A. *Estudio Factorial y Adaptación de la Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia.* Psikologia orokorraren eta aplikatuaren aldizkaria. 1995; 48(3):353-365.

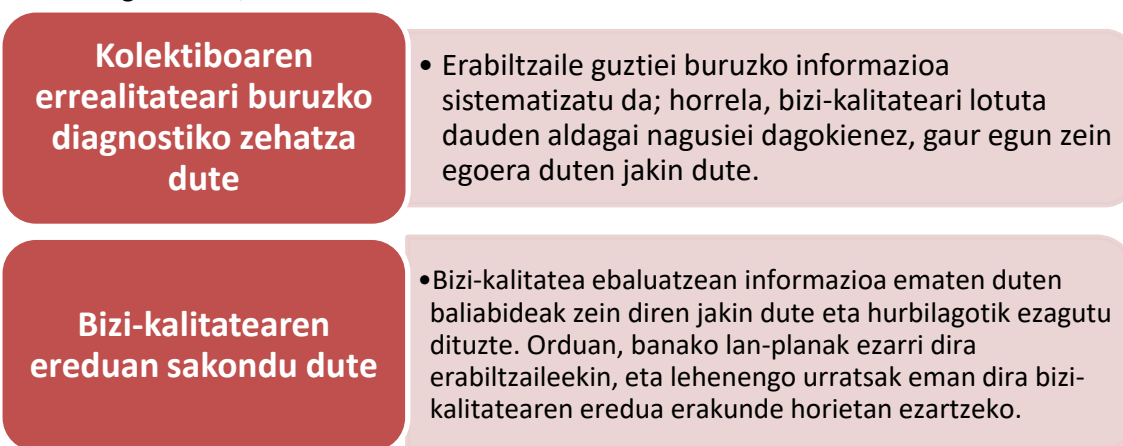
3.- METODOLOGIA

3.1.- Helburuak

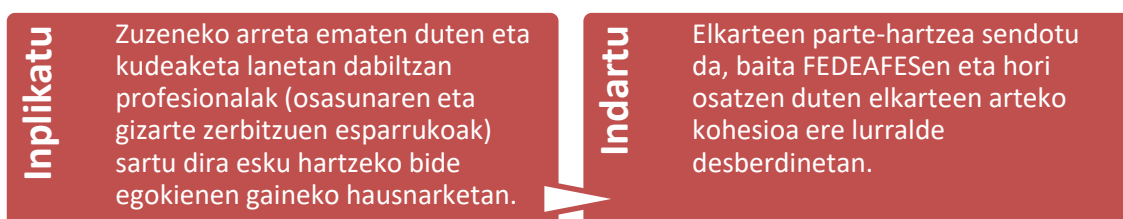
Lehenago adierazi bezala, lan honen helburu nagusia da Osasunaren eta Gizarte Zerbitzuen Sistemaren erantzuteko baldintzak egokitzen laguntzea, buru-gaixotasuna duten pertsonen arreta emateko, bizi-kalitatearen eredua aintzat hartuta. Helburu hori betetzeko, bada, bide egokienak identifikatu ditugu buru-gaixotasuna duten pertsonekin esku hartzeko, eta gizarte eta osasun esparruetan koordinatuta lan egiteko.



Proiektua garatzean, FEDEAFESeko elkarteek honako aukerak dituzte:



Aztertzen ari den gai hau hobeto ezagutzeko aukera ematen du lanaren ikuspegiak, irekia eta dimentsioan itza delako; gizarte eragileak hausnarketaren parte direla uste du. Ildo horretan, beste helburu hauek ere bete dira:



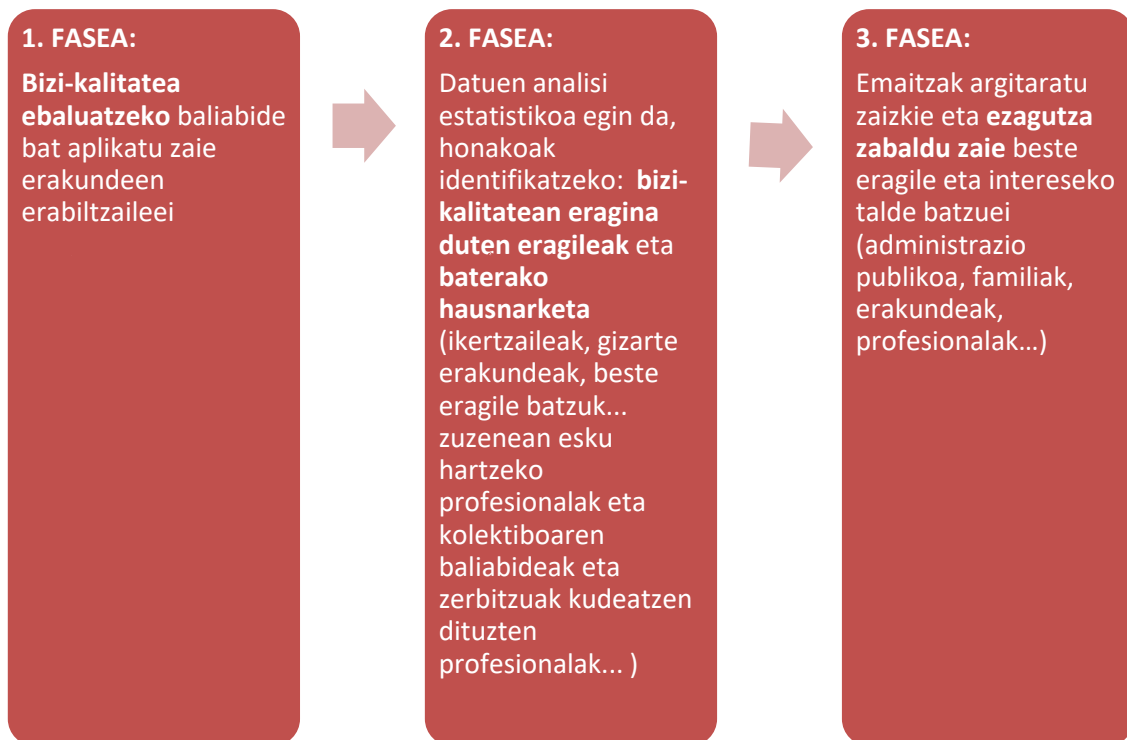
3.2- Prozesu metodologikoa

Lanaren helburu gehienak betetze aldera, **metodologia kuantitatiboa** aukeratu da. Metodo horren bidez, fenomenoak deskribatu eta azaldu egiten dira, baina objektiboki dauden orokortasunak egiteko moduan. Metodoa, beraz, egiaztatu, alderatu, neurtu eta erantzun daitekeen ezagutza sistematikoarekin lotzen da.

Hau da, bizi-kalitatearen indizeari eta horren dimentsioei lotutako datuak bildu dira, aldagai jakin batzuen eta bizi-kalitatearen indizearen artean dauden antzekotasunak identifikatzeko aztertu diren kasuetan.




Baina lanak badu alde **kualitatiboa** ere. Horren bidez alderdi batzuk osatu eta sakonago aztertu ahal izan dira; tartean dauden eragileen artean antzeman den errealitatearen gainean hausnarketa egiteko bidea ireki da.

Proiektuak hiru fase desberdin izan ditu:



3.3.- Teknikak

Erabili diren teknika guztiak banan-banan jasotzen dira beheko taulan, baita bakoitzarekin lortu den helburua ere:

TEKNIKA	HELBURUA
1. Dokumentuen berrikuspena 	Ikerketa testuinguruan kokatu da, eta bizi-kalitatea neurtzeko baliabideak identifikatu dira.
2. Talde eragilearen lan-saioak 	Laneko estrategia diseinatu, neurketa egiteko baliabide egokienak aukeratu, datuen analisia orientatu, analisi kualitatiboa emaitza kuantitatiboetan sartu, ondorioak atera eta orientazioak ezarri.
3. Galdeketa 	Buru-gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitateari buruzko informazioa bildu, eta beste aldagai independente batzuk jaso.
4. Lan-mintegia (eragile desberdinak)	Ondorioak balioztatu eta orientazioak ezarri.

1.- Dokumentuen berrikuspena:

Dokumentuak berrikusi dira, aurreko lanetan balioztatu ziren bizi-kalitatea neurtzeko eskala eta baliabide desberdinak identifikatzeko. Horrela, ikerketa honen bidez bete nahi izan diren helburuak betetzeko baliabide egokienak identifikatu dira.

Bizi-kalitatea neurtzeko baliabideak aplikatu nahi izan direnez, horixe izan da bilaketa egiteko printzipioetako bat. Gaixoei arreta ematen dieten profesionalen ikuspegitik aplikatuko dira baliabideak, baita buru-gaixotasuna duten pertsonen ikuspegitik ere.

Beste alde batetik, dokumentuak berrikustean erreferentzia-esparru bat ezarri ahal izan zaio gaur egungo egoera orokorrari; hau da, ikerketaren testuingurua zehaztu da, eta hausnarketa zein puntutan hasi ezarri da.

2.- Talde eragilearen lan-saioak:

Talde eragile bat eratu da, proiektuko ekintzen garapenean laguntzeko. Ondokoek osatzen dute taldea: EDE Fundazioaren Gizarte Ikerketa Zerbitzuko langileak – 2 pertsona, gizarte ikerketa aplikatuan eta ezagutza sortzeko prozesuetan eskarmentu handia dutenak; FEDEAFES fundazioko elkarteetako 6 profesional (zuzenean esku hartzen dutenak eta arduradun direnak); eta FEDEAFESeko 2 profesional.

Proiektuaren lehenengo fasean zehar taldea bildu egin da (aurrez aurre eta modu birtualean), proiektua orientatzeko, testuinguruaren gaineko informazioa emateko, azterketaren helburua eta partaideen aukeraketa mugatzeko irizpideak ezartzeko, informazioa biltzeko baliabidea hautatzeko, landa lana egiteko irizpideak adosteko, lan-hipotesiak ezartzeko, etab.

Izan ere, aurrez aurreko bi lan-saio egin dira. Horietan, taldeak modu aktiboan parte hartu du; ikerketa diseinatu du eta txostena berrikusi du, ikerketa taldeak egin duen azterketa kuantitatiboa modu kualitatiboan osatuz.

1. lan-saioko partaideak:

Mari Jose Cano (FEDEAFESeko gerentea), Amaia Arbaiza (FEDEAFESeko proiektuen arduraduna), Ruth Encinas (AGIFESeko gerentea), Yolanda Iglesias (psikologoa eta AGIFESeko programen zuzendaria), Naiara Gabiña (ostatu programaren arduraduna eta gerenteen taldeko kidea ASASAMen), Gurutze Villanueva (ASASAMeko gizarte langilea), Justine Gestoso (ASAFESeko enplegu teknikaria), Endika Minguela (Enpleguaren Zentro Bereziko teknikaria ASAFESen), Ainara Canto (Gizarte Ikerketa Zerbitzuko arduraduna EDE fundazioan) eta Irama Vidorreta (Gizarte Ikerketa Zerbitzuko teknikaria EDE fundazioan).

2. lan-saioko partaideak:

Mari Jose Cano (FEDEAFESeko gerentea), Amaia Arbaiza (FEDEAFESeko proiektuen arduraduna), Ruth Encinas (AGIFESeko gerentea), Yolanda Iglesias (psikologoa eta AGIFESeko programen zuzendaria), Naiara Gabiña (ostatu programaren arduraduna eta gerenteen taldeko kidea ASASAMen), Gurutze Villanueva (ASASAMeko gizarte langilea), Endika (Enpleguaren Zentro Bereziko teknikaria ASAFESen) eta Ainara Canto (Gizarte Ikerketa Zerbitzuko arduraduna EDE fundazioan).

Talde eragilearen laneko prozesuak denen partaidetza jasotzen duela azpimarratu behar da. Lehenbizi, tartean dauden pertsonen diagnostikoa egiten dute eta, gero, abian jarriko diren ekintzak eta aldaketak identifikatzen dira. Parte-hartzea bultzatzen da, errealitatea konpontzeko eta aldatzeko; horrez gain, jardueren xede diren errealitate desberdinen inguruan erabakiak hartzeko espazioa ere bada prozesua.

Parte hartu duten erakundeak gaitu nahi izan dira, eta lanaren ondoriozko ezagutzak helarazi. Emaizak aztertzean hobetu uler daiteke zein den arazoaren izaera; gainera, ekintza ere sortzen dute, jendeak hausnarketa egiteko gaiak azaleratzen dituztelako (emaitzen erabilera kolektiboa edo informazioa komunitateari itzultzea), ezagutza eta praktika lotuz. Azken batean, lana egiteko jarraitu den prozesuak bi helburu ditu: ezagutzak sortzea eta, haratago joanez, parte hartzen duten pertsonen ahalmenak sendotzea, ezagutzen eta ekintzen mailetan betiere.

3.- Galdeketak:

2014ko urtarrilaren eta martxoaren artean bildu zen lan honetan sartutako pertsonen gaineko informazioa. Horretarako, berriaz diseinatutako galdeketa bat prestatu zen.

Datu desberdinak bildu dira: ezaugarri pertsonalen datuak; pertsonen testuinguruari edo haien inguruari buruzko datuak; pertsonen bizi-kalitateari buruzko datuak, erreferentziako profesionalaren ebaluazioa kontuan hartzen duen baliabidearen bidez neurtuta; eta buru-gaixotasuna duen pertsonak bere bizi-kalitatearen gainean duen pertzepzioari buruzko datuak.



Azken baliabidean aukera desberdinetako aldagaiak sartzen dira:

A) Bizi-kalitatearen GENCAT Eskala (Verdugo, Schalock, Gómez eta Arias, 2009)²⁸.

²⁸ VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R., GÓMEZ, L. eta ARIAS, B. GENCAT eskala. Bizi-kalitatearen GENCAT eskala aplikatzeko formularioa. Bartzelona: Kataluniako Generalitatea. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2009

Bizi-kalitatearen GENCAT eskala ebaluazio objektiboa egiteko baliabidea da, eta hura diseinatzean kontuan hartu dira Schallock-ek eta Verdugo-k proposatu zuten bizi-kalitate dimentsioanitzaren ereduaren gaineko aurrerapenak. Pertsona baten bizi-kalitatearen profila zein den jakiteko diseinatu da eskala dimentsioanitz hori. Gizarte zerbitzuak etengabe hobetuko dituen baliabide moduan erabiltzeko sortu zen. Izan ere, eskalaren bidez lortu nahi da zerbitzu horietan egiten diren arreta eta laguntza planak pertsonalizatuagoak izatea, eta gaur egungo nahiz etorkizuneko erabiltzaileen beharrianetara egokitzea.

Schallock-ek eta Verdugo-k proposatu zuten esparru teorikoa aintzat hartuta, bizi-kalitatea zera dela ulertu behar da: kontzeptu dimentsioanitz da; pertsona guztientzat dimentsio berberak ditu; inguruko faktoreen eta faktore pertsonalen eragina du, baita elkarreraginarena ere; eta hobetu egiten da autodeterminazioaren, baliabideen, gizarteratzearen eta bizitzeko helburuen bidez. Neurketak jaso egiten du pertsonak baloratzen dituzten esperientziak edukitzeko maila; bizitza osoa eta beste batzuei konektatua izaten laguntzen duten dimentsioak islatzen ditu; pertsonentzat garrantzitsuak diren esparru fisiko, sozial eta kulturalak hartzen ditu kontuan, eta giza esperientzia komunak eta bizi-esperientzia bakarrak hartzen ditu²⁹.

69 item ditu, 8 dimentsiotan banatuta. Gizarte zerbitzuen 18 urtetik gorako erabiltzaileen bizi-kalitatea modu objektiboan ebaluatzen laguntzen du. Erregistratzen diren datu guztiekin, pertsona bakoitzaren bizi-kalitatearen profila aterako da.

Item guztiak daude hirugarren pertsonan idatzita; eta erantzuteko, lau aukera daude: inoiz ez edo ia inoiz ez, batzuetan, sarri, beti edo ia beti. Item bakoitzean gutxienez puntu 1 eman daiteke, eta gehienez 4. Profesional batek erantzun behar ditu item guztiak, hau da, zerbitzuaren erabiltzailea behar bezala ezagutzen duen profesionalak. Erantzuteko, gainera, eskala aplikatzeko eskuliburua erabiliko du³⁰.

Eskala hau egiteko metodologia zorrotza jarraitu da: metodologia kuantitatiboak eta kualitatiboak batu dira, eta egiteko prozesua eredu gisa erabili dute beste herrialde batzuetan testuingurua oinarritzat duten dimentsio anitzeko bizi-kalitatearen eskalak egiteko.

Ondoren, ereduaren zortzi dimentsioak banan-banan baina labur definitzen dira, baita dimentsioek dituzten adierazleak ere:

1. TAULA: BIZI-KALITATEAREN ITEMAK ETA DIMENTSIONAK GENCAT ESKALAN

BIZI-KALITATEA

GENCAT ESKALA (Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E. eta Schallock, R L, 2009)

1. Ongizate emozionala (OE)	<ol style="list-style-type: none">1. Pozik dago orain duen bizimoduarekin2. Depresioaren sintomak ditu3. Pozik eta umore onez dago4. Gaitasun edo segurtasun ezaren sentimenduak nabari zaizkio5. Hersturaren sintomak ditu6. Pozik dago bere buruarekin7. Jokabideari lotutako arazoak ditu8. Jardueraren bat egiteko motibatuta dago
2. Pertsonen arteko harremanak (PAH)	<ol style="list-style-type: none">9. Gustukoak dituen jarduerak egiten ditu beste pertsona batzuekin.10. Nahi duen harremana du familiarekin.11. Lagun egonkorrik ez edukitzeaz kexu da.12. Balorazio negatiboa egiten du bere adiskideekiko harremanei buruz.13. Familiak gutxiesten duela adierazi du.14. Bikotekidea aurkitzeko zailtasunak ditu.

²⁹ VERDUGO, M. A., SCHALOCK, R. L., KEITH, K. D. eta STANCLIFFE, R. *Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines*. Journal of Intellectual Disability Research, 2005.

³⁰ VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R., GÓMEZ, L. eta ARIAS, B. *GENCAT eskala. Bizi-kalitatearen GENCAT eskala aplikatzeko formularia*. Bartzelona: Kataluniako Generalitatea. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 2009.

	<p>15. Harreman ona dauka lankideekin.</p> <p>16. Beretzat garrantzitsuak diren pertsonak maitatzen dutela adierazi du.</p> <p>17. Harekin harremanetan dauden pertsona gehienak bere antzeko egoeran daude.</p> <p>18. Bizitza sexual ona du.</p>
3. Ongizate materiala (OM)	<p>19. Bizi den tokian ezin du bizimodu osasungarrikeria eduki (zaratak, keak, usainak...).</p> <p>20. Bere lantokiak segurtasun arauak betetzen ditu.</p> <p>21. Behar dituen ondasun materialak ditu.</p> <p>22. Ez dago pozik bere bizilekuarekin.</p> <p>23. Bizilekua garbi dago.</p> <p>24. Oinarrizko beharrezkoak betetzeko moduko baliabide ekonomikoak ditu.</p> <p>25. Jasotzen dituen diru-sarrerak ez dira nahiko gutuziak asetzeko.</p> <p>26. Bizilekua bere beharrezkoak egokituta dago.</p>
4. Garapen pertsonala (GP)	<p>27. Zailtasunak ditu sortzen diren egoeretara egokitzeko.</p> <p>28. Teknologia berriak erabiltzen ditu (Internet, sakelako telefonoa...).</p> <p>29. Bere lanari esker gaitasun berriak ikasten ditu.</p> <p>30. Zailtasunak ditu sortzen zaizkion arazoak eraginkortasunez konpontzeko.</p> <p>31. Gaitasunez eta modu arduratsuan lan egiten du.</p> <p>32. Arreta ematen dion zerbitzuak kontuan hartzen ditu bere garapen pertsonala eta gaitasun berrien ikaskuntza.</p> <p>33. Bere banako programaren prestaketan parte hartzen du.</p> <p>34. Motibazioa galdu du lanean.</p>
5. Ongizate fisikoa (OF)	<p>35. Loari lotutako arazoak ditu.</p> <p>36. Behar izanez gero, laguntza teknikoak ditu.</p> <p>37. Elikatzeko ohitura osasungarriak ditu.</p> <p>38. Bere osasun egoerari esker, jarduera normalak egin ditzake.</p> <p>39. Garbiketa pertsonal egokia du.</p> <p>40. Arreta ematen dion zerbitzuan medikazioa gainbegiratzen diote.</p> <p>41. Bere osasun arazoek mina edo ondoreza eragiten diote.</p> <p>42. Zailtasunak ditu osasun arretako baliabideetan sartzeko (prebentzioko arreta, arreta orokorra,...)</p>
6. Autodeterminazioa (AD)	<p>43. Helburuak eta interes pertsonalak ditu.</p> <p>44. Aisialdi zer egin erabakitzen du.</p> <p>45. Arreta ematen dion zerbitzuan bere lehentasunak kontuan hartzen dira.</p> <p>46. Bere ideiak eta iritziak defendatzen ditu.</p> <p>47. Beste pertsona batzuek erabakitzen dute bere bizitza pertsonalaren gainean.</p> <p>48. Beste pertsona batzuek erabakitzen dute nola gastatu behar duen bere dirua.</p> <p>49. Beste pertsona batzuek erabakitzen dute zein ordutan oheratzen den.</p> <p>50. Bere bizitza antolatzen du.</p> <p>51. Berak erabakitzen du norekin bizi.</p>
7. Gizarteratzea (GI)	<p>52. Komunitateko espazioak erabiltzen ditu (igerileku publikoak, zinemak, antzokiak...).</p> <p>53. Familiak lagundu egiten du behar duenean.</p> <p>54. Gizarteratzeko oztopo fisikoak, kulturalak edo sozialak ditu.</p> <p>55. Ez du komunitateko bizitzan modu aktiboan parte hartzeko behar duen laguntza.</p> <p>56. Lagunek lagundu egiten dute behar duenean.</p> <p>57. Arreta ematen dion zerbitzuak bultzatu egiten du komunitateko jardueretan parte hartzera.</p> <p>58. Zerbitzu berbera erabiltzen duten lagunak baino ez ditu.</p> <p>59. Besteek baztertu edo bereizi egiten dute.</p>
8. Eskubideak (ES)	<p>60. Familiak gaixoaren intimitatea urratzen du (bere korrespondentzia irakurtzen du, atea jo gabe sartzen zaizkio gelan...).</p> <p>61. Ingurukoek errespetuz hartzen dute.</p> <p>62. Badauka herritar gisa dagozkion oinarrizko eskubideei buruzko informazioa.</p> <p>63. Zailtasunak ditu bere eskubideak defendatzeko, urratu egiten zaizkionean.</p> <p>64. Arreta ematen dion zerbitzuan bere intimitatea errespetatzen da.</p> <p>65. Arreta ematen dion zerbitzuan bere gauzak eta jabetza-eskubidea errespetatzen dira.</p> <p>66. Legez dagozkion eskubideren bat mugatuta du (hiritarrarena, botoa ematekoa, lege prozesuena...).</p> <p>67. Arreta ematen dio zerbitzuan bere eskubideak errespetatzen eta defendatzen dira (isilpekotasuna, erabiltzaile gisa dituen eskubideen gaineko informazioa...).</p> <p>68. Zerbitzuak informazioaren pribatasuna errespetatzen du.</p> <p>69. Esplotazio, indarkeria edo gehiegikeria egoerak bizi ditu.</p>

Baliabide horrek eskalako aldagai guztiak jasotzen ditu, aurreko azterlan batzuetan baliozkotu ziren baremoekin koherentea den analisia bermatzeko.

B) Osasunaren Mundu Erakundearen bizi-kalitatearen eskala (WHOQOL-BREF)³¹

Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) osasun mentalaren dibisioak egin du WHOQOL galdeketa, gaixoen nahiz pertsona osasuntsuen bizi-kalitatea edo egoera zailen bat bizi duten pertsonen bizi-kalitatea ebaluatu ahal izateko; eta, halaber, kulturen arteko konparazioak egin ahal izateko. WHOQOL galdeketa bi bertsio daude gaztelaniaz:

WHOQOL-100: guztira 100 galdera edo item ditu. Horien bidez, bizi-kalitate eta osasun egoera orokorrak ebaluatzen dira. 6 esparru edo dimentsio ditu: osasun fisikoa, psikologikoa, independentzia mailak, gizarte harremanak, ingurua eta espiritualtasuna/erlijioa/ sinesmen pertsonalak; eta 24 alderdi. Item bakoitzean erantzuteko 5 aukera agertzen dira, Likert motakoak.

WHOQOL-BREF: guztira 26 item ditu; bi galdera bizi-kalitate eta osasun egoera orokorre buruz, eta galdera bat WHOQOL-100 bertsioko 24 alderdietako bakoitzari buruz. 4 esparru edo dimentsio ditu: osasun fisikoa, psikologikoa, gizarte harremanak eta ingurua. Item bakoitzean erantzuteko 5 aukera agertzen dira, Likert motakoak. Gaixoei, osasun langileek eta, oro har, biztanleek osatutako iritzi-taldeetan proposatu dira galderak.

WHOQOLeko galderak pertsonak bere bizi-kalitatea auto-ebaluatzeko dira. Hau da, erabiltzaileek betetzen duten idatzizko galdeketa bat da.

Lan honetan soilik aztertu dira galdeketa bertsio laburtuko 2 item (guztira 26 ditu); zehazki, buru-gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitatea eta osasun egoera neurtzeko prestatu diren galderak bakarrik aztertu dira.

Erabiltzailearen bizi-kalitate eta osasun egoera orokorrari buruzko bi galderetan agertzen diren erantzunak "oso txarto" eta "oso ondo" artekoak eta "ez nago batere pozik" eta "oso pozik" artekoak dira, hurrenez hurren.

Erreferentzia "subjektibo" modura erabili dira aurreko azterlanaren ikuspegi "objektiboa" osatzeko asmoz. Baina, argi izan behar dugu, galdera kopurua murrizten bada lan-prozesua ez zailtzeko emaitzak interpretatzeko muga batzuk eduki ditzakegula.

2. TAULA: BIZI-KALITATEAREN ITEMAK ETA DIMENTSIOAK WHOQOL-BREF GALDEKETAN

WHOQOL-BREF (World Health Organization-WHO, 2000)

0. Bizi-kalitate orokorra	1. Oro har, zein puntuazio emango zenioke zure bizi-kalitateari? 2.- Pozik zaude zure osasunarekin?
1. Osasun fisikoa	3. Mina eta ondoeza 4. Loa eta atsedena 5. Indarra eta nekea 6. Mugikortasuna 7. Eguneroko jarduerak 8. Medikuntza substantziekiko eta laguntzekiko mendekotasuna 9. Lanerako gaitasuna

³¹ THE WHOQOL GROUP. *Development of the World Health Organization Quality of life Assessment*, Psychological Medicine, 28, 1998, 551-558.

2. Osasun psikologikoa	10. Sentimendu positiboak
	11. Pentsamendua, ikastea, memoria eta kontzentrazioa
	12. Autoestimua
	13. Gorputzaren irudia eta itxura
	14. Sentimendu negatiboak
3. Gizarte harremanak	15. Espiritualtasuna, erlijioa, sinesmen pertsonalak
	16. Harreman pertsonalak
	17. Gizarte laguntza
4. Ingurua	18. Jarduera sexuala
	19. Askatasuna, segurtasun fisikoa
	20. Etxeko giroa
	21. Baliabide ekonomikoak
	22. Osasun eta gizarte sistema: irisgarritasuna eta kalitatea
	23. Informazioa eta gaitasun berriak lortzeko aukerak
	24. Atsedeen hartzea eta jolas/aisia jarduerak egitea / Atsedeen hartzeko eta jolas/aisia jarduerak egiteko aukera izatea
	25. Inguru fisikoa (kutsadura, zarata, trafikoa, klima)
	26. Garraioa

Beste alde batetik, gure baliabideak identifikazio aldagai batzuk ditu (pertsonalak eta inguruari lotutakoak) aztertu den kasu bakoitzerako. Erreferentziako profesionalak informazio hori jaso du GENCAT eskala aplikatzean.

Lagineko erabilzaille bakoitzari buruzko informazioa biltzeko erabili diren aldagai zehatzak agertzen dira beheko taulan:

FAKTORE PERTSONALAK	
1. Sexua	(1) Gizona (2) Emakumea
*Jaiotzaren urtea	Mugarik gabe. Zenbakia jarri (urtea)
2. Adina (2014 –Jaiotzaren urtea)	A) Mugarik gabe. Zenbakia jarri (urte kp.)
	B) (1) <30 urte (2) 30-40 urte (3) 41-50 urte (4) 50 urte baino gehiago
3. Buru-gaixotasuna diagnostikatu zeneko adina	A) Mugarik gabe. Zenbakia jarri (urte kp.)
	B) (1) <18 urte (2) 18-25 urte (3) 26-35 urte (4) 35 urte baino gehiago
4. Buru-gaixotasunak izan duen bilakaeraren urte kp. (Gaur egungo adina – Diagnostikoa egin zeneko adina)	A) Mugarik gabe. Zenbakia jarri (urte kp.)
	B) (1) <5 urte (2) 5-10 urte (3) >10 urte
5. Diagnostiko nagusia	(1) Eskizofrenia
	(2) Nahasmendu bipolarra
	(3) Depresio larria
	(4) Nortasunaren nahasmenduak
* Zehaztu diagnostiko nagusia:	Mugarik gabe. Testua

6. Patologia duala (adikzioak: drogak edo alkohola)	(1) Bai (2) Ez
7. Beste desgaitasun bat (fisikoa, intelektuala, zentzumenena...)	(1) Bai (2) Ez
8. Beste diagnostiko erantsi bat edo lehenari lotutako beste patologia bat	(1) Bai (2) Ez
<i>* Zehaztu beste diagnostiko erantsi bat:</i>	Mugarik gabe. Testua
9. Diagnostiko erantsiak (badago patologia duala edo/eta beste desgaitasun bat edo/eta beste diagnostiko erantsi bat)	(1) Diagnostiko erantsiekin (2) Diagnostiko erantsirik gabe
10. Desgaitasunaren portzentajea	A) Zenbakizkoa, mugarik gabe (elbarritasunaren %) B) (1) % 33-% 65 (2) % 65etik gorakoa
11. Laguntza behar du (ebaluazio formal)	(1) I. mailakoa (mendekotasun ertaina) (2) II. mailakoa (mendekotasun larria) (3) III. mailakoa (mendekotasun handia) (4) Ez ditu balorazio-probak egin (5) Ez zaio mendekotasuna aitortu (autonomoak)
12. Ezgaitze judiziala	(1) Bai (2) Ez A) Zenbakizkoa, mugarik gabe (ospitaleratzeen %)
13. Zenbat aldiz ospitaleratu da psikiatrian (gutxi gorabehera) azken urtean	B) (1) Ez da ospitaleratu azken urtean (2) Behin ospitaleratu da psikiatrian (3) Bitan edo gehiagotan ospitaleratu da psikiatrian C) (1) Ez da ospitaleratu azken urtean (2) Bai ospitaleratu da azken urtean

INGURUKO EDO TESTUINGURUAREN ARABERAKO FAKTOREAK

14. Bizikidetzaren mota	A) (1) Bakarrik bizi da (2) Senideekin bizi da (3) Ostatu edo egoitza batean bizi da (4) Beste bizikidetzaren motaren bat du (senideak ez diren pertsonekin bizi da...) B) (1) Bakarrik bizi da (2) Beste pertsona batzuekin bizi da, baina ez ostatu edo egoitza batean
15. Egoera zibila	(1) Ezkongabea (2) Ezkongadua edo izatezko bikotekidea (formalizatua) (3) Banandua edo dibortziatua (4) Alarguna
16. Bikotekidea du	(1) Bai, gaur egun bikotekidea du (2) Ez, gaur egun ez du bikotekiderik
17. Laguntza beharra (erreferentziako profesionalaren balorazioa):	A) (1) Bai, laguntza behar du. Batez ere familiak laguntzen du. (2) Bai, laguntza behar du. Batez ere profesionalak laguntzen dute. (3) Ez, ez du laguntzarik jasotzen, bere kabuz moldatzen da.

	(4) Ez, ez du laguntzarik jasotzen, baina behar du.
	B) (1) Ez da autonomia: senideen edo profesionalen laguntza du, edo horietako inork ez du laguntzen baina laguntza behar du. (2) Autonomia da: Ez du laguntzarik behar
18. Ikasketa-maila	(1) Ez du ikasketarik edo lehen mailakoak amaitu gabe ditu (2) Lehen mailako ikasketak edo baliokideak (3) Derrigorrezko Bigarren Hezkuntza (4) Batxilergoko ikasketak (5) Irakaskuntza profesionalak edo baliokideak (6) Unibertsitateko ikasketak edo baliokideak
19. Gaur egun egiten duen lan-jarduera	A) (1) Enplegu babestua du (enplegu zentro berezian) (2) Lan arrunta du, baina laguntzarekin (3) Lan arrunta du, laguntzarik gabe (4) Langabezian dago, baina lana bilatzen ari da (5) Ikasten ari da (4. erantzuna baztertzen da) (6) Beste ez-aktibo bat da (erretiratua...) B) (1) Lan egiten du (enplegu babestua; enplegu arrunta, laguntzarekin; edo enplegu arrunta, laguntzarik gabe) (2) Ez du lanik egiten
20. Lan egindako urte kopurua bizitzan zehar	A) Zenbakizkoa, mugarik gabe (urte kp.) B) (1) Ez du lan-esperientziarik (2) 3 urte baino gutxiago (3) 3-5 urte (4) 5 urte baino gehiago
<i>* Bizi den udalerraren izena</i>	<i>Mugarik gabe. Testua</i>
21. Bizilekuaren ingurua	(1) Landa inguruko udalerria (probintziako hiriburua ez dena) (2) Hiri inguruko udalerria edo hiriburua (probintziako hiriburua)
22. Tratamendu farmakologikoarekin jarraitzen du	A) (1) Bai, tratamendu farmakologikoarekin jarraitzen du, etenik gabe (2) Tratamendu farmakologikoarekin jarraitzen du, baina etenak eginez (3) Ez, ez du tratamendu farmakologikoa jarraitzen B) (1) Tratamendu farmakologikoarekin jarraitzen du, etenik gabe (2) Ez du etenik gabeko tratamendu farmakologikorik jarraitu
23. Tratamendu psikologikoarekin jarraitzen du	(1) Bai, tratamendu psikologikoarekin jarraitzen du, modu erregularrean (2) Tratamendu psikologikoarekin jarraitzen du, baina ez modu erregularrean (3) Ez, ez du tratamendu psikologikoa jarraitzen A) Zenbakizkoa, mugarik gabe (pertsonek kp.)
24. Laguntza sare informalaren tamaina (lagun minen edo senide hurbilen kp.)	B) (1) Bi pertsona edo gutxiago (2) Hiru eta bederatzi pertsona artean (3) Hamar pertsona edo gehiago
25. Gaur egun erabiltzen dituen gizarte zerbitzuak (zerbitzu horiek nork ematen dituen gorabehera)	
Etxeko laguntzako zerbitzua	(1) Bai (2) Ez

Telelaguntza zerbitzua	(1) Bai (2) Ez
Ostatu zerbitzua (babespeko etxebizitza edo bizitokia)	(1) Bai (2) Ez
Egoitza zerbitzua	(1) Bai (2) Ez
Eguneko arretako zerbitzua edo zentroa	(1) Bai (2) Ez
Okupazio zerbitzua edo zentroa	(1) Bai (2) Ez
Aisiarako eta astialdirako zerbitzua	(1) Bai (2) Ez
Arreta psikosozialeko zerbitzua	(1) Bai (2) Ez
26. Burujabetasun ekonomikoa	(1) Bai, ekonomikoki independentea da (2) Ez, ez da ekonomikoki independentea (3) Beste egoera batzuk (batzuetan bat...).
<i>* Zehaztu beste egoera batzuk</i>	<i>Mugarik gabe. Testua</i>
<i>*Diru-sarreraren iturri nagusia</i>	<i>Mugarik gabe. Testua</i>
27. Diru-sarreraren jatorria	A) (1) Gizarte zerbitzuen sistematik datoz diru-sarrera gehienak (DSBE, mendekotasunagatiko kotizatu gabeko pentsioa...) (2) Diru-sarrera gehienak Gizarte Segurantzaren erregimenetik datoz (ezgaitasun iraunkorra, erretiroa, zurtasuna...) (3) Diru-sarrera gehienak lan jardueratik datoz. (4) Diru-sarrera gehienak beste iturri batzuetatik datoz. B) (1) Diru-sarrera gehienak Gizarte Zerbitzuen Sistematik datoz (DSBE, mendekotasunagatiko kotizatu gabeko pentsioa...) (2) Diru-sarrera gehienak beste iturri batzuetatik datoz
<i>* Zehaztu zein diren beste iturri horiek</i>	<i>Mugarik gabe. Testua</i>
28. Elkarteko (FEDEAFES) erabiltzaile den urte kopurua, gutxi gorabehera	A) Zenbakizkoa, mugarik gabe (urte kp.) B) (1) 3 urte baino gutxiago (2) 3 eta 5 urte artean (3) 5 urte baino gehiago
29. Erabiltzen duen FEDEAFESeko elkarteko zerbitzua Erabiltzen du (gaur egun)	
Ostatu zerbitzua	(1) Bai (2) Ez (3) Ez dago: ez dago zerbitzu hori elkartean, ezin du zerbitzu hori jaso...
Elkarteko zerbitzu soziolaborala (gaur egun)	(1) Bai (2) Ez (3) Ez dago: ez dago zerbitzu hori elkartean, ezin du zerbitzu hori jaso...
Arreta psikosozialeko zerbitzua ³²	(1) Bai (2) Ez (3) Ez dago: ez dago zerbitzu hori elkartean, ezin du zerbitzu

³²Zerbitzu honek zentzu desberdina du elkarte bakoitzean: zentro psikosoziala, eguneko zentroa eta errehabilitazio psikosozialeko zentroa.

	hori jaso...
Gizartean eta hezkuntzan esku hartzeko zerbitzua	(1) Bai (2) Ez (3) Ez dago: ez dago zerbitzu hori elkartean, ezin du zerbitzu hori jaso...
Elkarteko aisiarako eta astialdirako zerbitzua	(1) Bai (2) Ez (3) Ez dago: ez dago zerbitzu hori elkartean, ezin du zerbitzu hori jaso...
Beste zerbitzu bat	(1) Bai (2) Ez (3) Ez dago: ez dago zerbitzu hori elkartean, ezin du zerbitzu hori jaso...
* Zehaztu beste zerbitzuak Mugarik gabe. Testua	

4.- Lan-mintegia:

Proiektuaren bigarren fasean lan-mintegia antolatu da, ikuspegia zabaltzeko eta beste eragile batzuk ere (osasun esparruko profesionalak, administrazio publikoko ordezkariak, kolektiboarekin zuzenean esku hartzen duten profesionalak, eta kolektiboarentzako baliabideak eta zerbitzuak kudeatzen dituzten profesionalak, etab.) talde eragilearen hausnarketan sartzeko. Izan ere, bizi-kalitateari lotuta dauden faktoreak identifikatzeko azterketa kuantitatiboa haiekin egiaztatu ahal izan da, eta hausnarketan sakondu da; ondorioz, esku hartzeko aukera egokiak eta lan koordinatua zehaztu dira, gaur egungo sistemak dituen erantzuteko baldintzak egokitze aldera.

Ondokoek parte hartu zuten aurrez aurreko saioan (2014-06-17):

Mari Jose Cano (FEDEAFESeko gerentea), Amaia Arbaiza (FEDEAFESeko proiektuen arduraduna), Ruth Encinas (AGIFESeko gerentea), Yolanda Iglesias (psikologoa eta AGIFESeko programen zuzendaria), Naiara Gabiña (ostatu programaren arduraduna eta gerenteen taldeko kidea ASASAMen), Gurutze Villanueva (ASASAMeko gizarte langilea), Ainara Canto (Gizarte Ikerketa Zerbitzuko arduraduna EDE fundazioan), Zuriñe Romeo (Gizarte Ikerketa Zerbitzuko teknikaria EDE fundazioan), Eguzkiñe de Miguel Aguirre (RSMako zuzendari kudeatzailea), Gotzon Villano (RSMako gizarte langilea), M^a Jose Martínez (RSMBko gizarte langilea), Nerea Loizaga (Argia fundazioko gerentea) eta Begoña Moraza (Arabako Foru Aldundikoa).

Honako hauek ezin izan zuten parte hartu:

Cristina Cortajarena (Laudioko IMZko arduraduna), Jose Antonio de la Rica (EAeko koordinatzaile soziosanitarioa Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailean), Iñaki Markez (psikiatra eta OME-AENeko presidentea), Endika Minguela (ASAFES zentro bereziko teknikaria) eta Álvaro Iruin Sanz (Gipuzkoako Osasun Mentalaren Sareko zuzendaria).

Idatzizko ekarpenak egin zituzten:

Arantza Ayarza (Gipuzkoako Foru Aldundiko koordinatzaile soziosanitarioa) eta Marian Larrínaga (Bizkaiko Osasun Mentalaren Sarekoa).

3.4.- Aztergaia

Azterketa guztietan zehaztu behar da benetan zer aztertuko den. Hots, aurreikusi diren helburuak bete nahi badira lehenbizi erabilgarri dauden baliabideak optimizatu behar dira, eta horrez gain, gaia zorrotz eta modu egokian jorratuko dela bermatu behar da. Kasu honetan, ondokoa da aztertzeko aukeratu den unibertsoa: buru-gaixotasuna izanik FEDEAFESeko hiru elkarteren erabiltzaile diren pertsonak. Elkarte horiek ekimen honekin bat egin dute: AGIFES (Gipuzkoa), ASASAM (Aiara Harana) eta ASAFES (Araba).

Aztertzeko xede diren pertsonen informazio fidagarria eman dezaketela bermatzeko asmoz, azterketatik kanpo utzi dira duela 3 hilabete baino denbora laburragoan arreta jasotzen hasi diren pertsonak eta, denbora luzeagoan arreta jasotzen egon arren, elkartean unean uneko edo noizbehinkako erabiltzaile diren pertsonak.

Guztira, 379 pertsona aztertu dira. Beheko taulan ikus daiteke aztertutako pertsonen banaketa. Azkenean aztertu den lagina diseinatzeko oso interesgarritzat jo diren lau aldagaien arabera daude banatuta: sexua, adina, zein zerbitzu motatan jasotzen duen arreta eta erreferentziako elkartea.

3. TAULA: AZTERGAIA

	AGIFES		ASASAM		ASAFES		FEDEFES ⁽¹⁾					
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%				
GUZTIRA	188	49,60	70	18,47	121	31,93	379	100				
Gizona	126	67,02	49	70,00	89	73,55	264	69,66				
Emakumea	62	32,98	21	30,00	32	26,45	115	30,34				
Guztira	188	100	70	100	121	100	379	100				
30 urtetik behera	8	4,26	4	5,71	30	24,79	42	11,08				
30-40 urte	40	21,28	16	22,86	23	19,01	79	20,84				
41-50 urte	82	43,62	33	47,14	34	28,10	149	39,31				
51-65 urte	58	30,85	15	21,43	34	28,10	107	28,23				
65 urtetik gora	0	0,00	2	2,86	0	0,00	2	0,53				
Guztira	188	100	70	100	121	100	379	100				
Ostatu zerbitzua	28	14,9	14,9	10	5,7	14,3	0	0,0	0,0	38	6,8	10,0
Zerbitzu soziala	0	0,0	0,0	44	25,1	62,9	87	44,2	71,9	131	23,4	34,6
Eguneko arreta psikosoziala ³³	76	40,4	40,4	37	21,1	52,9	36	18,3	29,8	149	26,6	39,3
Gizarte eta hezkuntzako esku-hartzea	22	11,7	11,7	15	8,6	21,4	17	8,6	14,0	54	9,6	14,2
Aisiarako eta astialdirako zerbitzua	62	33,0	33,0	69	39,4	98,6	57	28,9	47,1	188	33,6	49,6
Bestelako zerbitzuak	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Guztira⁽²⁾	188	100	*	175	100	*	197	100	*	560	100	*

(1) Oharra: azterlan honetan FEDEFES osatzen duten 4 elkartetik 3k parte hartu dute. Izan ere, aztertu den unibertsoa mugatu egin da 3 elkarre horien erabiltzaileak erreferentzia moduan hartuta.

(2) Zerbitzu motaren arabera, guztirakoa ez dator beti bat benetako erabiltzaile kopuruarekin; hori horrela da, pertsona batek zerbitzu batean baino gehiagotan jaso dezakeelako arreta.

3.5.- Laneko hipotesia

Buru-gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitatea aurrerakusi daiteke, aldagai jakin batzuk batzen badira: batetik, aldagai pertsonalak (diagnostiko nagusia, beste diagnostiko erantsirik dagoen...) eta testuinguruaren edo inguruaren arabeko aldagaiak (lan jardueretan parte hartzen den edo ez, arreta eredia...).

Bibliografia berrikusi ostean, laneko hipotesi hauek ezarri dira faktoreen azterketa gidatzeko:

³³ Zerbitzu honek zentzu desberdina du elkarre bakoitzean: zentro psikosoziala, eguneko zentroa eta errehabilitazio psikosozialeko zentroa.

MOTA	ALDAGAIK	HIPOTESIA
Profil soziodemografikoa	Sexua	<ul style="list-style-type: none"> Buru-gaixotasuna duten emakumeek bizi-kalitatearen indize eskasagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere eskasagoak dituzte.
	Adina	<ul style="list-style-type: none"> Adinez nagusienek bizi-kalitatearen indize eskasagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere eskasagoak dituzte.
Buru-gaixotasunari lotutako profila	Diagnostiko nagusia	<ul style="list-style-type: none"> Pertsonaren bizi-kalitatearen indizearen eta diagnostiko nagusiaren artean lotura garrantzitsua egon daiteke; baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuekiko ere.
	Gaixotasunak izan duen bilakaeraren urte kp.	<ul style="list-style-type: none"> Bizi-kalitatearen indizearen eta gaixotasunak izan duen bilakaeraren urte kopuruaren artean lotura garrantzitsua egon daiteke; baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuekiko ere.
	Beste diagnostiko erantsi batzuk edo horiei lotutako beste patologia batzuk	<ul style="list-style-type: none"> Beste diagnostiko erantsi batzuk edo horiei lotutako beste patologia batzuk dituzten pertsonen bizi-kalitatearen indize eskasagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere eskasagoak dituzte.
	Desgaitasunaren portzentajea	<ul style="list-style-type: none"> Desgaitasunaren portzentajeak gora egin ahala, behera egiten dute bizi-kalitatearen indizeak eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuek.
	Laguntza beharra	<ul style="list-style-type: none"> Zenbat eta laguntza gehiago behar izan, orduan eta txikiagoak dira bizi-kalitatearen indizea eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk.
	Ospitaleratzeak psikiatrian	<ul style="list-style-type: none"> Zenbat eta sarriago ospitaleratu psikiatrian azken urtean, orduan eta txikiagoak dira bizi-kalitatearen indizea eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk.
Gizarte sarea eta laguntza informalak	Bizikidetzeta mota	<ul style="list-style-type: none"> Buru-gaixotasuna duten pertsonen artean, egoitza batetik kanpo baina laguntzarekin bizi direnek bizi-kalitatearen indize altuagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere altuagoak dituzte.
	Bikotekidea eduki	<ul style="list-style-type: none"> Bizi-kalitatearen indizearen eta bikotekidea edukitzearen artean lotura garrantzitsua egon daiteke; baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuekiko ere.
	Bizilekua	<ul style="list-style-type: none"> Landa inguruetan bizi diren pertsonen indize altuagoak dituzte gizarteratzeari lotutako dimentsioetan, eta pertsonen arteko harremanetan.
	Laguntza sare informalararen tamaina	<ul style="list-style-type: none"> Lotura garrantzitsua egon daiteke bi hauen artean: batetik, buru-gaixotasuna duen pertsonaren laguntza sare informalararen tamaina eta, bestetik, bizi-kalitatearen indizea; baina baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuen artean ere.
Aisiaren eta astialdiaren erabilera	Enplegua	<ul style="list-style-type: none"> Lan egiten duten pertsonen indize altuak bizi-kalitatean eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan.
	Lan-esperientzia (urteak)	<ul style="list-style-type: none"> Bizi-kalitatearen indizearen eta lanean eman duen urte kopuruaren artean lotura garrantzitsua egon daiteke, baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuekiko ere.
	Aisia eta astialdia zerbitzuaren erabilera	<ul style="list-style-type: none"> Aisia eta astialdiko zerbitzuak erabiltzen dituzten pertsonen indize altuak bizi-kalitatean eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan.
Ikasketa-maila eta baliabide ekonomikoak	Ikasketa-maila	<ul style="list-style-type: none"> Ikasketarik ez duten edo lehen mailako ikasketak amaitu gabe dituzten pertsonen indize eskasagoa bizi-kalitatean, eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan ere puntuazio txikiagoa dute.
	Burujabetasun ekonomikoa	<ul style="list-style-type: none"> Burujabetasun ekonomikoa (baliabide eta/edo prestazio ekonomiko propioak) duten pertsonen indize altuak bizi-kalitatean eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan.

	Diru-sarreraren jatorria	<ul style="list-style-type: none"> • Diru-sarrerak Gizarte Zerbitzuen Sistematik jasotzen dituzten pertsonen bizi-kalitatearen indize eskasagoak dituzte, diru-sarrerak beste iturri batzuetatik jasotzen dituzten pertsonen indizearekin alderatuta.
--	--------------------------	--

3.6.- Lagina

Arestian aipatu aztergaiaren tamaina (379 kasu) eta banaketa kontuan hartuta egin zen hasierako laginaren diseinua. Eta diseinu honetatik abiatuta hasi zen landa-lana. Lagin egokiak (hau da, estatistika esparruan adierazgarria izateko behar den gutxieneko lagina: % 95eko konfiantza-maila eta +/-% 5eko errore-marjina) **191 kasu** izan behar zituela ezarri zen. Aztergaiak zuen banaketa bera egiten saiatu zen, gainera (sexua, adina, zerbitzu mota eta antolaketa), laginaren fidagarritasuna bermatzeko.

Azkenik, guztira **191 erabiltzaile**ren datuak lortu dira eta, oro har, aurreikusitako banaketa hori jarraitu ahal izan da. Dena den, 30 eta 40 urte arteko pertsona gehiegiren datuak jaso dira (laginean % 25,1 dira, baina aztergaiaren % 20,84ko pisua du talde horrek); ez dira, ordea, gazteenen (30 urtetik beherakoak) datu askorik jaso (laginean % 7,3 dira, baina aztergaiaren % 11,08ko pisua dute).

Erabiltzen dituzten zerbitzuei dagokienez, zera azpimarratu behar da: gizarte eta hezkuntza esparruetako esku-hartze zerbitzuan arreta ematen zaien pertsonen kopurua handiegia da (laginean % 28,3 dira, baina aztergaiaren % 14,2), eta gauza bera gertatzen da arreta psikosozialaren zerbitzuan (laginean % 46,6 dira, baina aztergaiaren % 39,3); beste aldetik, ez da datu askorik jaso zerbitzu soziolaboralera arreta eske doazen pertsonen gainean (laginean % 27,2 dira, baina aztergaiaren % 34,6), eta aisia eta astialdiko zerbitzura doazen gainean (laginean % 40,8 dira, baina aztergaiaren % 49,6).

4. TAULA: AZTERTU DEN AZKEN LAGINA. Maiztasunak eta ehunekoak.

	AGIFES					ASASAM					ASAFES					FEDEAFES	
	Abs	%		Abs	%		Abs	%		Abs.	%		Abs.	%		Abs.	%
GUZTIRA	95	49,8		35	18,3		61	31,9		191	100						
Gizona	59	62,1		25	71,4		44	72,1		128	67,0						
Emakumea	36	37,9		10	28,6		17	27,9		63	33,0						
Guztira	95	100		35	100		61	100		191	100						
30 urtetik behera	3	3,2		2	5,7		9	14,8		14	7,3						
30-40 urte	23	24,2		8	22,9		17	27,9		48	25,1						
41-50 urte	44	46,3		12	34,3		18	29,5		74	38,7						
51-65 urte	25	26,3		12	34,3		17	27,9		54	28,3						
65 urtetik gora	0	0,0		1	2,9		0	0,0		1	0,5						
Guztira	95	100		35	100		61	100		191	100						
Ostatu zerbitzua	24	14,5	25,3	5	7,6	14,3	1	1,0	1,6	30	9,0	15,7					
Zerbitzu soziolaborala	7	4,2	7,4	18	27,3	51,4	28	27,5	45,9	53	15,9	27,7					
Eguneko arreta psikosoziala	62	37,6	65,3	16	24,2	45,7	11	10,8	18,0	89	26,7	46,6					
Gizarte eta hezkuntzako eskuhartzea	32	19,4	33,7	8	12,1	22,9	14	13,7	23,0	54	16,2	28,3					
Aisiarako eta astialdirako zerbitzua	33	20,0	34,7	16	24,2	45,7	29	28,4	47,5	78	23,4	40,8					
Beste zerbitzu batzuk⁽¹⁾	7	4,2	7,4	3	4,5	8,6	19	18,6	31,1	29	8,7	15,2					
Guztira⁽²⁾	165	100	*	66	100	*	102	100	*	333	100	*					

(1) Kategoria honen barruan hainbat kasu sartu dira, guztirakoan pisu txikia dutenak: oporren programa, berotegi programa, boluntariotza, tailerrak, autolaguntza taldea, gizarte ekintza, P.I.L.A., etab.

(2) Zerbitzu motaren arabera, guztirakoa ez dator bat benetako erabiltzaile kopuruarekin; hori horrela da, pertsona batek zerbitzu batean baino gehiagotan jaso dezakeelako arreta.

3.7.- Azterketa

Datuen azterketa kuantitatiboa egiteko SPSS estatistika-paketea erabili da. Tresna estatistiko honen bidez, hain zuzen, erabilgarri dauden datuei ahalik eta probetxu handiena ateratzeko beharrezkoak diren estatistika-formulak egin daitezke.

Zehazki, lehenbizi azterketa deskriptiboa egin da (oinarrizko datu estatistikoak); horrekin batera, bariantzaren analisia edo ANOVA arrunta egin da, benetan jakiteko loturarik dagoen identifikazioko aldagai bakoitzaren (kasu honetan aldagai diskretuen) eta aztertzen ari den mendeko aldagai bakoitzaren (kasu honetan jarraituak, bizi-kalitatearen dimentsioak eta indizea) artean. Beste modu batera esanda, horren bidez jakin daiteke estatistika aldetik garrantzitsua den desberdintasunik dagoen mendeko aldagaiaren balioan, identifikazioko aldagaiak hartzen duen funtzioaren arabera. Azterketan zehar izartxo (*) batekin markatu dira proba positiboa izan den kasu guztiak; hots, estatistika aldetik garrantzitsuak diren desberdintasunak daudela frogatu diren kasuak ($F < 0,05$).

Gainera, korrelazio-koefizienteekin lan egin da; aztertzeko metodo honi esker aldagai kuantitatibo biren artean loturarik dagoen jakin daiteke. Azterketa egitean jakin daiteke aldagaietako baten balioek handiagoak edo txikiagoak izateko joera duten, bestearen balioek gora egiten dutenean; edo, bestela, aldagaiek inolako loturarik ez duten elkarren artean. Praktikan, indizearen bidez jakin daiteke lotura garrantzitsurik dagoen mendeko aldagaietako batzuen artean, baita lotura horren zentzua ere (batek gora egiten badu besteak ere bai, edo alderantziz). Pearson-en korrelazio-koefizientea kalkulatu da tarte edo arrazoi erako aldagaietan; edo Spearman-en korrelazio-koefizientea atera da aldagai arruntak aztertzeko. Dokumentuan zehar izartxo (*) batekin markatu dira proba horietakoren bat positiboa izan den kasu guztiak; hots, estatistika aldetik garrantzitsuak diren desberdintasunak daudela frogatu diren kasuak (r edo $\rho < 0,05$).

Mota honetako azterlanetan aztergaia nahiko txikia dela azpimarratu behar da. Aldagai batzuk alderatzean ezin da lortu behar den gutxieneko lagina, zorrotasun zientifikoa bermatzeko estatistika esparruan. Hau da, azterketaren atal batzuetan lagin eta zorrotasun estatistikoak galtzen dira; ondorioz, emaitza batzuk zuhurtziaz hartu behar dira, eta orientagarri moduan hartu. Baina hori gorabehera, hemen jasotzen diren datuek aukera paregabea ematen dute orain arte behar beste aztertu ez den errealitatera hurbiltzeko. Kolektibo horrekin egiten den esku-hartzea hobetzeko moduari buruzko hausnarketa nola egin jakiteko erabil daitezke datuok, zalantzarik gabe, batez ere kontuan hartuta azterlan honetan informazioa biltzeko teknika kualitatibo osagarriak jasotzen direla.

4.- EMAITZAK

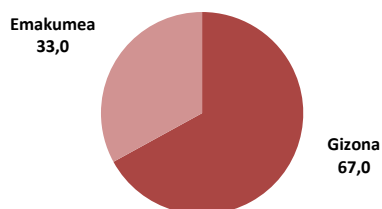
4.1.- AZTERKETA DESKRIPTIBOA: NOLAKOAK DIRA FEDEAFES-EN ARRETA JASOTZEN DUTEN BURU-GAIXOTASUNA DUTEN PERTSONAK?

Atal honetan sakon aztertzen da zein den FEDEAFES osatzen duten elkarteetatik azterlan honetan parte hartu dutenen (AGIFES; ASAFES eta ASASAM) erabiltzaileek duten profila. Berariaz aztertu dira erabiltzaileen ezaugarri soziodemografikoei lotutako aldagaiak, baita kolektiboari buruzko azterlan honetan interesekoak diren beste aldagai batzuk ere.

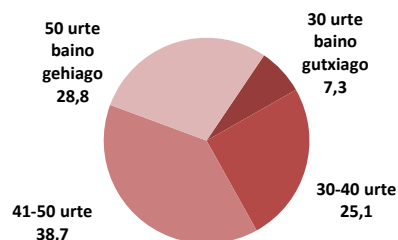
4.1.1 Erabiltzaileen profil soziodemografikoa:

Inkesta bete dutenen artean, FEDEAFESek modu jarraituan arreta ematen dien hamar pertsonatik ia zazpi gizonezkoak dira; emakumezkoak, ordea, kolektiboaren % 33 dira. Lagineko sexuaren arabera banaketa aztergaiak duen banaketaren oso antzekoa da (hau da, FEDEAFESeko erabiltzaile guztiak). % 69,7 gizonak dira eta % 30,3 emakumeak.

1. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN SEXUA. Ehunekoak



2. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN ADINA. Ehunekoak



5. TAULA: ERABILTZAILEAK, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Deskriptiboak

	Guztir a	Gizona k	Emakumea k
Batez besteko adina	44	44	45
Gutxieneko adina	22	22	24
Gehieneko adina	68	68	63
Moda (adin ohikoena)	45	45	47
Mediana	45	45	46
Desbideratze tipikoa	9,493	9,448	9,628

Oharra: moda bat baino gehiago daude; baliorik txikiena jaso da.

6. TAULA: ERABILTZAILEAK, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Maiztasunak eta ehunekoak.

	Gizonak		Emakumeak	
	Kp.	%	Kp.	%
30 urte baino gutxiago	9	7,0	5	7,9
30-40 urte	34	26,6	14	22,2
41-50 urte	51	39,8	23	36,5
50 urtetik gora	34	26,6	21	33,3
Guztira	128	100	63	100

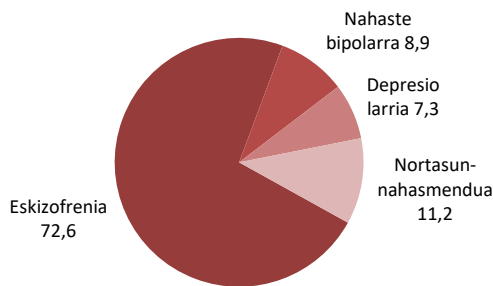
Galdetu diren pertsonen artean arreta jasotzen dutenen % 67,5ek 40 urte baino gehiago dituzte. **41 eta 50 urte** arteko pertsonen multzoa da ugariena (% 38,7). Kasu honetan ere, laginaren banaketa aztergaiarenaren oso antzekoa da; hots, aurreko adin-tarteko multzoa da denen artean pisu gehien duena (% 39,3).

Kolektiboak, batez beste, 44 urte ditu; eta gizonen eta emakumeen kopurua ia antzekoa da. Balio ohikoena (moda) oso antzekoa da: 45 urte. Eta medianak erakusten du lagineko pertsonen erdiak 45 urte baino gutxiago duela, eta beste erdiak 45 urte baino gehiago.

Sexua eta adina batera aztertzean ikusi da gizonen eta emakumeen kopuru oso antzekoa dagoela adin-multzo desberdinetan.

4.1.2 Erabiltzaileen profila, buru-gaixotasunari lotuta:

3. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN DIAGNOSTIKO NAGUSIA. Ehunekoak



Inkesta erantzun duten pertsona gehienek diagnostiko nagusia eskizofrenia da (% 72,6). Elkarrekin eskizofrenia paranoidea diagnostikatuta duten pertsonak ematen die arreta batez ere, eta gero, eskizofrenia zehaztugabea dutenei eta nahasmendu eskizoafektiboa dutenei. Beste alde batetik, elkarrekin horietako zerbitzu nagusietan arreta jasotzen duten pertsonen % 11,2k nortasun-nahasmendua dute; % 8,9k nahasmendu bipolarra eta % 7,3k depresio larria.

Desberdintasunak ez dira handiak, baina datuek erakutsi dute eskizofrenia pixka bat sarriago diagnostikatzen dela elkarrekin horietan arreta jasotzen duten gizonen artean, arreta jasotzen duten emakumeen artean baino. Emakumeei beste diagnostiko batzuk diagnostikatzen zaizkie gehienbat. Halaber, gazteen artean ere ematen dira sarriago beste diagnostiko batzuk.

FEDEAFESeko hiru elkarten bidez jaso diren datuek ildo horretako errealitate desberdinak erakutsi dituzte. Elkarrekin bakoitzeko datuen bidez ikusten da, kasuak diagnostiko desberdinaren arabera banatzen direla. Adibidez, AGIFES elkartean askoz txikiagoa da nahasmendu bipolarra edo depresio larria pairatzen dutenen pisua.

Kontuan izan behar da azterlan honetako lagina aukeratzeko irizpideetako batzuk hauek direla: erabiltzaileari arreta ematen dion zerbitzu mota eta zerbitzu nagusietako bakoitzean arreta eman zaien kasuen proportzioa. Beraz, eta emaitza modura, nahitaez islatzen dira zerbitzuek modu jarraituan arreta ematen dieten diagnostiko nagusiak (azterlanetik kanpo gelditu dira elkarrekin unean uneko edo noizbehinkako harremana duten pertsonak...).

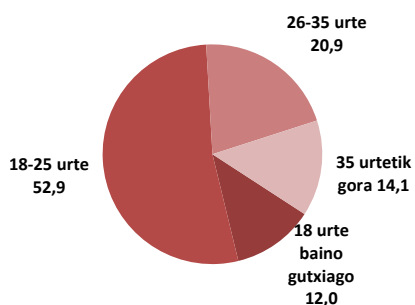
7. TAULA: ERABILTZAILIEN DIAGNOSTIKO NAGUSIA, SEXUAREN, ADINAREN, ELKARTEAREN ETA (elkarteko) ZERBITZU MOTAREN ARABERA. Ehuneko horizontalak.

	Kp.	Eskizofrenia	Nahasmendu bipolarra	Depresio larria	Nortasun-nahasmendua
GUZTIRA	179	72,6	8,9	7,3	11,2
Gizonak	121	76,9	8,3	5,0	9,9
Emakumeak	58	63,8	10,3	12,1	13,8
30 urte baino gutxiago	11	54,5	27,3	0,0	18,2
30-40 urte	46	82,6	4,3	4,3	8,7
41-50 urte	70	71,4	10,0	7,1	11,4
50 urtetik gora	52	69,2	7,7	11,5	11,5
ASASAM	35	62,9	11,4	14,3	11,4
AGIFES	89	76,4	7,9	5,6	10,1
ASAFES	55	72,7	9,1	5,5	12,7
Ostatu zerbitzua	29	58,6	17,2	6,9	17,2
Zerbitzu soziolaborala	47	68,1	8,5	8,5	14,9
Eguneko arreta psikosoziala	84	76,2	7,1	7,1	9,5
Gizarte eta hezkuntzako esku-hartzea	52	69,2	13,5	5,8	11,5
Aisiako eta astialdiko zerbitzua	76	67,1	10,5	10,5	11,8
Elkarteko beste zerbitzu batzuk	28	67,9	10,7	7,1	14,3

Lurraldean artean dauden desberdintasunak ez dira eman diagnostiko mota bat besteak baino sarriago agertu delako; desberdintasun horien azalpenak dira, batetik, azterlanean jasotako zerbitzu motek elkarte bakoitzean duten pisua, baina batez ere, plaza itunduek duten pisua³⁴. Beste baliabide batzuetatik (osasun mentaleko zentroak, oinarrizko gizarte zerbitzuak, etab.) etorritako erabiltzaileek izaten dituzte plaza itunduak. Izan ere, baliabide horietako bakoitzak badu ezarrita elkartearen arreta jasoko duen pertsonak izan behar duen profila. Ildo horretan, datuen arabera lurralde bakoitzean errealitate desberdina bizi da zerbitzu mota eta abarren ondorioz deribatzen irizpideei dagokienez.

³⁴ AGIFESeko ostatu zerbitzuko eta errehabilitazio psikosozialeko plaza asko itunduak dira; zerbitzu horietara doazen lagineko erabiltzaileak aztertu diren kasu guztien % 55 baino zerbait gehiago dira. ASASAM elkarteak ostatu zerbitzuan eta zerbitzu soziolaboralean ditu plaza itundu gehienak; lagineko erabiltzaileen % 70 inguru doa zerbitzu horietara. ASAFES elkarteak plaza itunduak ditu eguneko zentroan; lagineko erabiltzaileen % 30 inguru, alegia.

4. GRAFIKOA: DIAGNOSTIKOA EMAN ZENeko ADINA. Ehunekoak



Diagnostikoa eman zeneko adinari dagokionez, **galdetu zaien pertsonen erdiak baino pixka bat gehiagok adierazi du 18 eta 25 urte artean diagnostikatu zitzaizela buru-gaixotasuna.**

Garrantzitsua da kontuan izatea pertsona berak denboran zehar diagnostiko desberdinak izan ditzakeela. Pertsonari buru-gaixotasuna diagnostikatu zitzaion adina jasotzen dute datuek, hau da, osasun mentaleko zerbitzuetan arreta emateko moduan zegoenean; berdin dio gero diagnostikoa aldatu zioten.

Buru-gaixotasuna diagnostikatu den batez besteko adina 25 urte da. Sexuen arteko desberdintasunak ez dira oso nabarmenak. Batez bestekoaren arabera, gizonak diagnostiko pixka bat goiztiarragoa izaten dute (24,3 urterekin gizonak eta 26,2 urterekin emakumeak); modaren datu estatistikoaren arabera, ordea, gizonen artean gehien errepikatzen den balioa 20 urte da, eta emakumeen artean 18 urte.

Gazteenei eman zaie arinen diagnostikoa, eta inkesta erantzun duen pertsonaren adinak gora egin ahala diagnostikoa eman zen batez besteko adinak ere gora egin du.

Gaur egun nortasun-nahasmendua eta eskizofrenia diagnostiko nagusizat duten pertsonen eman zitzaizkien arinen diagnostikoa. Depresio larria duten pertsonen, aldiz, beranduen eman zitzaizkien diagnostikoa (baina horrek ez du esan nahi diagnostiko horiek direnik arinen antzeman direnak).

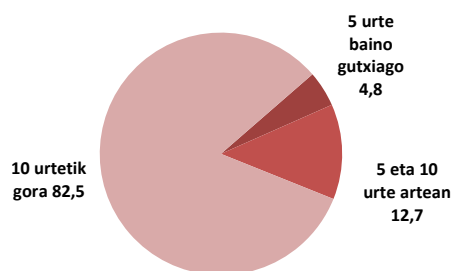
8. TAULA: DIAGNOSTIKOA EMAN ZENeko BATEZ BESTEko ADINA, SEXUAREN, ADINAREN ETA DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ARABERA. Deskriptiboak

	Kp.	Batez besteko adina	Moda	Mediana	Desb. tip.	Gar.
Guztira	191	24,9	20	23	8,756	
Gizonak	128	24,3	20	22	8,409	
Emakumeak	63	26,2	18	23	9,351	
30 urte baino gutxiago	14	18,4	18	18	2,623	
30-40 urte	48	21,0	23	21,5	5,281	(*)
41-50 urte	74	24,1	20	22	7,593	
50 urtetik gora	55	31,0	30	31	10,135	
Eskizofrenia	130	24,4	20	23	7,829	(*)
Nahasmendu bipolarra	16	26,4	17	24	8,951	
Depresio larria	13	32,2	18	33	12,068	
Nortasun-nahasmendua	20	24,0	20	22	10,541	

Elkarte horietan modu jarraituan arreta jasotzen duten pertsonen % 82,5ek 10 urte baino denbora luzeagoa darama buru-gaixotasuna diagnostikatuta.

Bilakaeraren batez besteko urte kopurua 19 urte dira, baina kopuru horrek gora egiten du erabiltzailearen adinak gora egin ahala.

5. GRAFIKOA: BURU-GAIXOTASUNAREN BILAKERAREN URTE KP. Ehunekoak



Diagnostiko motaren arabera, badirudi eskizofrenia eta nortasun-nahasmendua diagnostikatu zaien pertsonak direla batez beste denbora luzeagoa daramatenak diagnostikoarekin (19,8 eta 19,0 urte, hurrenez hurren).

Baina batezbestekoaz gainera beste datu deskriptibo osagarri batzuk aztertzen badira, datuen heterogeneotasunaren ondoriozko ñabardurak ikusten dira.

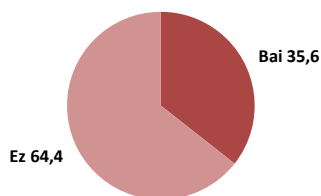
9. TAULA: DIAGNOSTIKOAREN BILAKAERAREN URTE KP., SEXUAREN, ADINAREN, DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ETA (elkarteko) ZERBITZU MOTAREN ARABERA. Deskriptiboak

	Kp.	Batezbestekoa	Moda	Mediana	Desb. Tip.	Gar.
Guztira	189	19,4	14	18	9,223	
Gizonak	126	19,6	17	20	9,285	
Emakumeak	63	18,8	13	17	9,148	
30 urte baino gutxiago	14	7,5	8	8	3,299	
30-40 urte	47	14,5	14	14	5,461	(*)
41-50 urte	73	20,9	14	22	7,818	
50 urtetik gora	55	24,5	30	26	9,989	
Eskizofrenia	128	19,8	26	20	8,428	
Nahasmendu bipolarra	16	17,6	8	15,5	10,526	
Depresio larria	13	17,6	14	17	9,014	
Nortasun-nahasmendua	20	19,0	16	16	12,395	
Ostatu zerbitzua	30	20,7	13	21	8,852	
Zerbitzu soziolaborala	52	16,71	16	15	9,295	
Eguneko arreta psikosoziala	89	20,84	17	21	9,120	
Gizarte eta hezkuntzako esku-hartzea	52	19,81	23	21	8,707	
Aisiako eta astialdiko zerbitzua	76	17,84	14	16	9,151	
Elkarteko beste zerbitzu batzuk	27	18,59	26	16	8,846	

6. GRAFIKOA: ERABILTZAILEAK DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT DU EDO BURU-GAIXOTASUNARI LOTUTAKO PATOLOGIAREN BAT DU. Ehunekoak

Inkesta erantzun duten pertsonen herenak diagnostiko erantsiren bat edo buru-gaixotasunari lotutako³⁵ patologiaren bat du.

³⁵ Datu horiek ez dute jasotzen diagnostiko nagusiarekin batera buru-gaixotasunari lotutako diagnostikorik duten erabiltzaileek; aitzitik, datuen bidez identifikatu egiten dira buru-gaixotasunaz gainera beste diagnostiko edo patologia batzuk dauden kasuak.

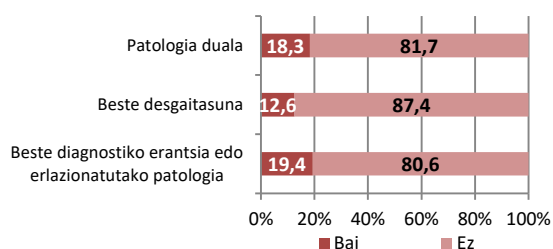


Sexuen artean ez dago desberdintasun handirik diagnostiko erantsiak edo buru-gaixotasunari lotutako patologiai edukitzeari dagokionez. Adinaren arabera ere ez daude, oro har, estatistika aldetik garrantzitsuak diren desberdintasunak; baina azaldu behar da inkesta erantzun duten 30 urtetik beherako erabiltzaileen taldeak beste adin-taldeek baino askoz tasa altuagoa duela, urrun gelditu da.

10. TAULA: ERABILTZAILEEK DIAGNOSTIKO ERANTSIAK EDO BURU-GAIXOTASUNARI LOTUTAKO PATOLOGIAK DITUZTE. SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Ehunekoak

	Kp.	Beste diagnostiko erantsiren bat edo lehenari lotutako beste patologiaen bat du	Ez du beste diagnostiko erantsirik edo lehenari lotutako beste patologiairik
Guztira	191	35,6	64,4
Gizonak	128	37,5	62,5
Emakumeak	63	31,7	68,3
30 urte baino gutxiago	14	57,1	42,9
30-40 urte	48	35,4	64,6
41-50 urte	74	32,4	67,6
50 urtetik gora	55	34,5	65,5

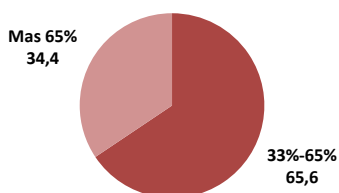
7. GRAFIKOA: DIAGNOSTIKO ERANTSIAK EDO BURU-GAIXOTASUNARI LOTUTAKO PATOLOGIAK, MOTAREN ARABERA. Ehunekoak



Inkesta erantzun duten pertsonen % 18,3k patologia duala dute, hau da, aldi berean dituzte adikzioa eta buru-nahasmendua. % 12,6k desgaitasun erantsiren bat dute (fisikoa, intelektuala edo zentzumenekoa).

Gainera, pertsona askok (% 19,4) beste diagnostiko edo patologia erantsi batzuk dituzte, hala nola: dermatitis kronikoa, diabetesa, hipertentsioa, artrosia, etab.

8. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA Ehunekoak



Inkesta erantzun duten hiru pertsonatik bik % 33 eta % 65 arteko desgaitasuna dute; baina herenak % 65etik gorako desgaitasuna du.

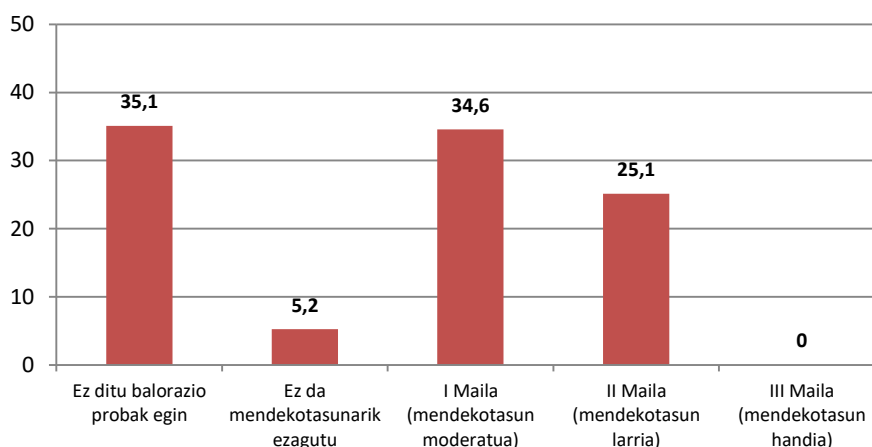
Estatistika aldetik ez da desberdintasun handirik antzeman desgaitasunaren portzentajea, ez sexua ez adina kontuan hartuta. Dena den, gizonak eta 51 eta 68 urte arteko pertsonak dute desgaitasun mailarik altuena – % 65etik gorakoa-.

11. TAULA: ERABILTZAILEEN DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Ehunekoak

	Kp.	Batez besteko %	% 33-% 65	% 65etik gora
Guztira	186	61,3	65,6	34,4
Gizonak	126	61,9	61,1	38,9
Emakumeak	60	60,1	75,0	25,0
30 urte baino gutxiago	14	59,4	71,4	28,6
30-40 urte	47	60,2	68,1	31,9
41-50 urte	73	62,4	67,1	32,9
50 urtetik gora	51	61,4	59,6	40,4

Mendekotasunaren gaineko Legean ezarritako balorazio estandarizatua aintzat hartuta, arreta jasotzen duen kolektibo horren laguntza beharizanen datuek haxe erakusten dute: **pertsona horien % 34,6k mendekotasun ertaina (I. maila) aitortuta dute**; eta gutxi gorabehera lautik batek (% 25,1) mendekotasunaren II. maila du, hau da, mendekotasun larria du.

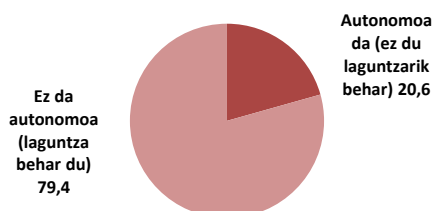
9. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA BEHARRIZANAK (BALORAZIO FORMALA). Ehunekoak



Alabaina, azpimarratu behar da pertsona askok (% 35,1) ez dituela egin mendekotasuna baloratzeko probak. Hori oztopo handia da pertsona horien beharizanak zein diren jakiteko. Oztopo hori gaintitze aldera, bada, laguntza beharizanaren gaineko ikuspegia osatzea pentsatu da eta, horretarako, erreferentziako profesionalen balorazioa kontuan hartzea. Profesional horiek erabiltzaileen bizi-kalitatea neurtu dute³⁶.

Datu horien arabera, inkesta erantzun duten pertsonen % 20,6 autonomoak dira; hots, ez dute laguntzarik behar eguneroko bizimoduko jarduerak egiteko. Baina ia % 80k laguntza motaren bat behar dute –edozein motatakoak– jarduera horiek egiteko.

10. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA BEHARRIZANAK (ERREFERENTZIAK PROFESIONALAREN BALORAZIOA). Ehunekoak



³⁶ Informazioa ateratzeko, "laguntza eskakizunak" izeneko hasierako aldagaia berriz kodetu da. Alde batetik, autonomoak ez diren pertsonak sailkatu dira (laguntza behar dutelako batez ere familiarren laguntza jasotzen dutenak; laguntza behar dutelako batez ere profesionalen laguntza jasotzen dutenak; eta laguntza behar duten arren jasotzen ez dutenak) eta, bestetik, pertsona autonomoak (laguntzarik behar ez dutenak).

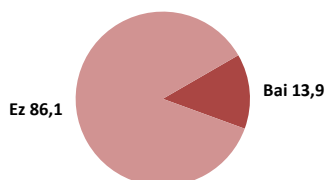
Gazteenek eta desgaitasun maila txikiena duten pertsonen (% 33 eta % 65 artean) behar dute laguntzarik gutxien.

Erabiltzaileei arreta ematen dieten elkarteetako zerbitzu moten arabera ikusten dira desberdintasun handienak. Ostatu zerbitzuan, eguneko arreta psikosozialean eta gizarteko eta hezkuntzako esku-hartzean dauden pertsonen behar dute laguntza gehien; eta, beste aldean, zerbitzu soziolaboralekoek behar dute laguntza gutxien.

12. TAULA: ERABILTZAILIEN LAGUNTZA BEHARRIZANAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA ZERBITZU MOTA (elkartekoa). Ehunekoak

	Kp.	Autonomia da	Laguntza behar du	Gar.
Guztira	189	20,6	79,4	
Gizonak	127	19,7	80,3	
Emakumeak	62	22,6	77,4	
30 urte baino gutxiago	14	50,0	50,0	
30-40 urte	48	16,7	83,3	(*)
41-50 urte	73	15,1	84,9	
50 urtetik gora	54	24,1	75,9	
Eskizofrenia	128	21,9	78,1	
Nahasmendu bipolarra	16	12,5	87,5	
Depresio larria	13	23,1	76,9	
Nortasun-nahasmendua	20	15,0	85,0	
Diagnostiko erantsiren bat	68	20,6	79,4	
Diagnostiko erantsirik ez	121	20,7	79,3	
% 33-% 65	122	26,2	73,8	(*)
% 65etik gora	62	11,3	88,7	
Ostatu zerbitzua	30	0,0	100,0	
Zerbitzu soziolaborala	53	50,9	49,1	
Eguneko arreta psikosoziala	87	5,7	94,3	
Gizarte eta hezkuntzako esku-hartzea	54	9,3	90,7	
Aisiako eta astialdiko zerbitzua	76	19,7	80,3	
Elkarteko beste zerbitzu batzuk	27	14,8	85,2	

11. GRAFIKOA: ERABILTZAILIEN EZGAITZE JUDIZIALA. Ehunekoak



Beste alde batetik, kolektiboaren % 13,9k ezgaitze judiziala dute.

Epai bidez ezgaituta dauden pertsonen ehunekoa askoz handiagoa da % 65etik gorako desgaitasun maila dutenen artean.

13. TAULA: ERABILTZAIILEEN EZGAITZE JUDIZIALA, DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ETA DESGAITASUN MAILAREN ARABERA. Ehunekoak

	Kp.	Ezgaitze judiziala du	Ez du ezgaitze judizialik	Gar.
Guztira	187	13,9	86,1	
Eskizofrenia	129	15,5	84,5	
Nahasmendu bipolarra	16	12,5	87,5	
Depresio larria	12	0	100	
Nortasun-nahasmendua	20	15	85	
% 33-% 65	119	9,2	90,8	
% 65etik gora	63	23,8	76,2	(*)

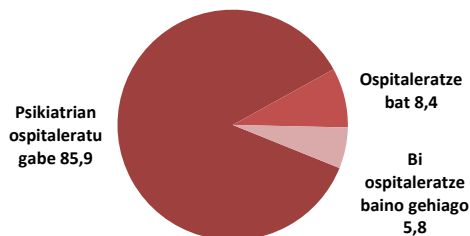
Inkesta erantzun duten pertsonen % 11 inguruk ez dute medikaziorik behar. Aztertu den gainerako lagina kontuan hartuta zera esan daiteke: **erakunde horietako erabiltzaileen ia % 98k modu erregularrean jarraitzen dute tratamendu farmakologikoa.**

12. GRAFIKOA: TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA BEHAR DUTEN ERABILTZAIILEEN JARRAIPENA. Ehunekoak



Gainerako kasuek ez dute pisu handirik; zerbitzu soziolaboralean eta beste batzuetan arreta jaso duten pertsonak sartzen dira horietan.

13. GRAFIKOA: AZKEN URTEAN PSIKIATRIAN OSPITALERATU DIREN ERABILTZAILEAK. Ehunekoak



Elkarte horietan arreta jaso duten pertsonen ia % 86 ez dira azken urtean ospitaleratu psikiatrian. Inkesta erantzun duten pertsonen % 8,4 behin bakarrik ospitaleratu dira, eta % 5,8 behin baino gehiagotan. Kasu horietan, batez beste 2,36 ospitaleratze izan dira.

Sexuak, adinak, diagnostiko nagusiak, beste diagnostiko edo patologia batzuk edukitzeak eta desgaitasunaren portzentajeak ez dituzte estatistika aldetik garrantzitsuak diren desberdintasunak sortu psikiatrian ospitaleratuta egoteari dagokionez.

Diagnostiko nagusia eskizofrenia duten pertsonen taldea kontuan hartuta (aztertu den lagineko talderik garrantzitsuena³⁷), datu hau atera da: **psikiatrian ospitaleratuta egon zitezkeen 10 pertsonatik ia 9 ez dira ospitaleratu.**

14. TAULA: AZKEN URTEAN PSIKIATRIAN OSPITALERATU DIREN ERABILTZAILEAK, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIA EDUKITZEA ETA DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA. Ehunekoak

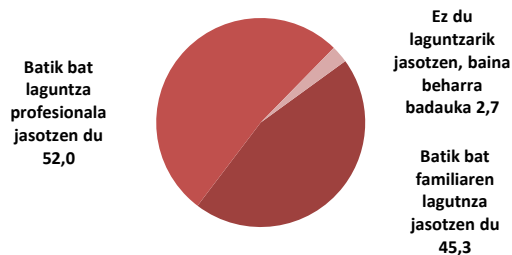
³⁷ Eskizofrenia diagnostiko nagusitzat ez duten pertsonen lagina txikia dela azpimarratu behar da; beraz, bereizketa horren emaitzak kontu handiz aztertu behar dira.

	Kp.	Ez dira ospitaleratu psikiatريان	Psikiatريان ospitaleratu dira
Guztira	191	85,9	14,1
Gizonak	128	86,7	13,3
Emakumeak	63	84,1	15,9
30 urte baino gutxiago	14	71,4	28,6
30-40 urte	48	89,6	10,4
41-50 urte	74	86,5	13,5
50 urtetik gora	55	85,5	14,5
Eskizofrenia	130	89,2	10,8
Nahasmendu bipolarra	16	68,8	31,3
Depresio larria	13	69,2	30,8
Nortasun-nahasmendua	20	80,0	20,0
Diagnostiko erantsiekin	68	82,4	17,6
Diagnostiko erantsirik ez	123	87,8	12,2
% 33-% 65	122	86,9	13,1
% 65etik gora	64	87,5	12,5

4.1.3 Erabiltzaileen sare soziala eta laguntza informalak

Erreferentziako profesionalak egin duten balorazioa kontuan hartuta, elkartetako hamar pertsonatik ia zortzik behar dute laguntza motaren bat eguneroko bizimoduko jarduerak egiteko. Laguntza behar denean norik ematen dien aztertzean ikusten da kasuen % 52an pertsonak batez ere profesionalen laguntza jasotzen dutela, eta **kasuen % 45,3an laguntza handiena senideek ematen dutela.**

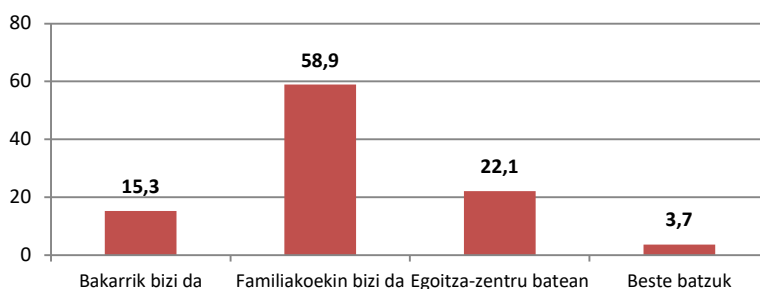
14. GRAFIKOA: LAGUNTZAREN JATORRI NAGUSIA. Ehunekoak



Hurrengo datua azpimarratu behar da: **inkesta erantzun duten pertsonen % 2,7k ez dute laguntzarik jasotzen, nahiz eta laguntza behar izan.**

Inkesta erantzun duten hamar pertsonatik ia sei gaur egun senideekin bizi dira (% 58,9) eta % 22,1 ostatu edo egoitza batean bizi dira. Datuen beste irakurketa bat eginez ikusten da, pertsona horien ia % 85 beste pertsona batzuekin bizi direla, eta **% 15,3 bakarrik bizi direla.** Hala ere, garrantzitsua da gogoratzea banaketa horrek neurritz kanpoko ehunekoak jasotzen duela ostatuetan dagoen pertsonen kopuruari dagokionez, laginean behin baino gehiagotan agertzen baitira pertsona horiek.

15. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN BIZITZEKO MODUA Ehunekoak



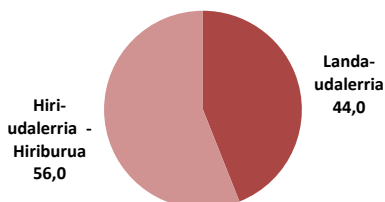
Aldagai independenteen arabera bereizi diren datuetan ez da desberdintasun handirik ikusi; baina datu horiek erakusten dute laguntza behar duten pertsonen % 15 inguru bakarrik bizi direla.

15. TAULA: ERABILTZAILEEN BIZITZEKO MODUA (BAKARRIK EDO LAGUNDUTA), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRA. PROFESIONALEN IKUSPEGITIK. Ehunekoak

	Kp.	Lagunduta bizi dira	Bakarririk bizi dira
Guztira	190	84,7	15,3
Gizonak	128	84,4	15,6
Emakumeak	62	85,5	14,5
30 urte baino gutxiago	13	92,3	7,7
30-40 urte	48	91,7	8,3
41-50 urte	74	85,1	14,9
50 urtetik gora	55	76,4	23,6
Eskizofrenia	129	81,4	18,6
Nahasmendu bipolarra	16	87,5	12,5
Depresio larria	13	76,9	23,1
Nortasun-nahasmendua	20	100,0	0,0
% 33-% 65	121	86,0	14,0
% 65etik gora	64	81,3	18,8
Autonomia da	38	84,2	15,8
Laguntza behar du	150	84,7	15,3

Bestalde, azterketa hau osatze aldera interesgarria da jakitea zein diren erabiltzaileen bizilekua eta egoera zibila edo gaur egun bikotekiderik duten.

16. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN BIZILEKUA Ehunekoak

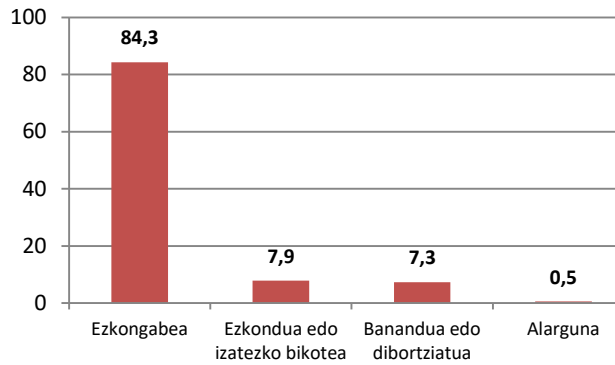


Datuen arabera, inkesta erantzun duten pertsonen % 56 hiri batean bizi dira (probintziako hiriburuan); % 44 landa ingurunekeko udalerrri batean bizi dira (hiriburua ez dena).

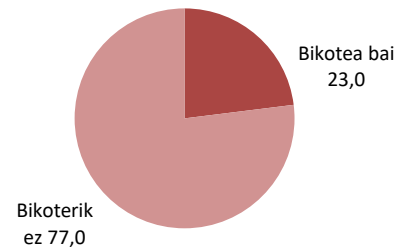
Inkesta erantzun duten pertsonen ia % 85 ezkongabeak dira, % 7,9 ezkontuta daude edo izatezko bikotea osatzen dute, eta % 7,3 bananduta edo dibortziatuta daude. Egoera zibila alde batera utzita, **inkesta erantzun duten pertsonen % 23k gaur egun bikotekidea dute**, baina %

77k ez dute bikotekiderik.

17. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN EGOERA ZIBILA. Ehunekoak

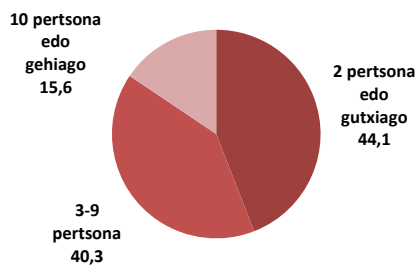


18. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEK BIKOTEKIDEA DUTE. Ehunekoak



Laguntza sare informalaren tamainari dagokionez³⁸, **inkesta erantzun duten pertsonen % 44,1ek laguntza eman diezaieketen hurbileko senide nahiz lagun min bi edo gutxiago dituzte.** % 40,3 kasutan, ordea, 3 eta 9 arteko pertsona kopuruak osatzen du laguntza sarea.

19. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA SARE INFORMALA OSATZEN DUEN PERTSONA KOPURUA. Ehunekoak



Kolektibo honek, batez beste, ia 5 pertsona ditu laguntza sare informalean; baina beheko taulako bereizketak erakusten duen bezala, kopuru hori heterogeneoa da. Gehien errepikatzen den balioa 2a da, eta kopuru hori txikitu egiten da 50 urtetik gorako pertsonen kasuan.

Itxuraz, autonomia handiena duten pertsonen, bikotekidea dutenek, eta hirietan bizi direnek laguntza sare informal handiagoa dute.

³⁸ Laguntza sarearen tamaina zein den jakiteko hurrengo galdera egin zaie: *Zenbat lagun min edo hurbileko senide dituzu? (gustura sentiarazten dizuten pertsonak, edozein gairi buruz hitz egiteko dituzunak).*

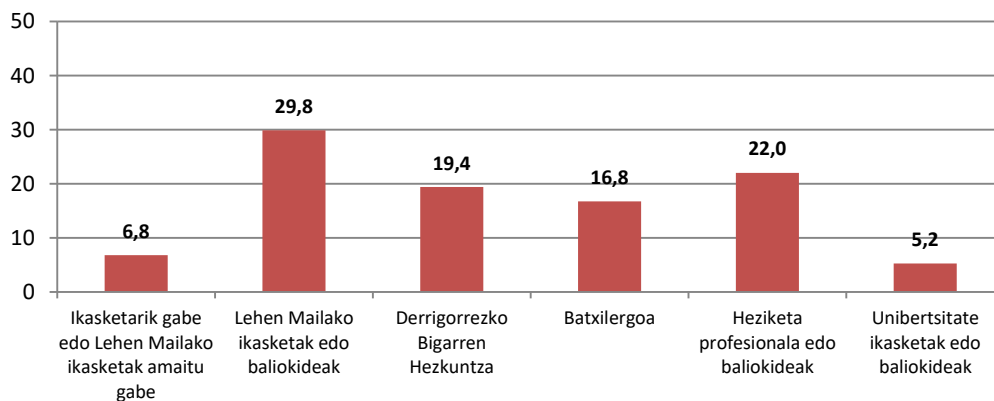
16. TAULA: ERABILTZAILAEN LAGUNTZA SARE INFORMALAREN BATEZ BESTEKO TAMAINA, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, BIKOTEKIDEA EDUKITZEA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, BIZITZEKO MODUA, BIZILEKUA ETA LAGUNTZA BEHARRA (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). Deskriptiboak

	Kp.	Batezbestekoa	Mediana	Moda	Gutx.	Geh.	Desbideratze tipikoa
Guztira	186	4,7	3	2	0	30	5,160
Gizonak	124	5,0	3	2	0	25	5,346
Emakumeak	62	4,3	2	2	0	30	4,774
30 urte baino gutxiago	13	6,1	3	2	0	30	7,772
30-40 urte	47	5,3	4	2	0	20	4,964
41-50 urte	74	4,1	2	2	0	25	4,474
50 urtetik gora	52	4,8	3	1	0	25	5,488
Bikotekidea du	43	5,6	3	2	0	25	6,025
Ez du bikotekidea	143	4,5	3	2	0	30	4,864
Eskizofrenia	126	4,4	3	2	0	20	4,392
Nahasmendu bipolarra	15	6,5	3	2	1	25	7,836
Depresio larria	13	5,6	5	5	0	25	6,423
Nortasun-nahasmendua	20	6,5	4	4	0	30	6,977
% 33-% 65	118	5,03	3	2	0	30	5,671
% 65etik gora	63	4,02	3	2	0	20	4,125
Bakarrrik bizi dira	26	3,85	3	2	1	10	2,541
Norbaitekin bizi dira	159	4,89	3	2	0	30	5,473
Landa udalerriak	84	3,94	3	2	0	25	3,900
Hiri udalerriak	102	5,37	3	2	0	30	5,943
Autonomia da	36	7,22	3,5	2	0	30	5,943
Laguntza behar du	148	4,08	3	2	0	25	4,020

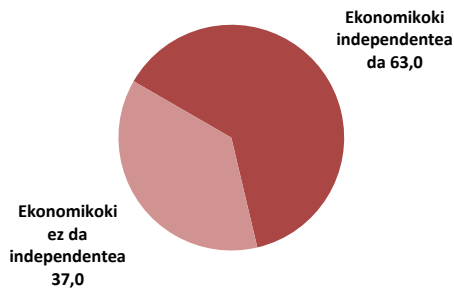
4.1.4 Erabiltzaileen ikasketa-maila, baliabide ekonomikoak eta enplegua

Pertsona hauen **heziketa profil-askotarikoa** da. Hala ere, ehuneko altuena lehen mailako ikasketak edo horien baliokideak dituzten pertsonen kasuan ematen da (% 29,8).

20. GRAFIKOA: ERABILTZAILAEN IKASKETA-MAILA. Ehunekoak



21. GRAFIKOA: ERABILTZAILIEN BURUJABETASUN EKONOMIKOA. Ehunekoak



Inkesta erantzun duten hamar pertsonatik gutxi gorabehera sei ekonomikoki independenteak dira, eta gainerako % 37k ez dute burujabetasun ekonomikorik. Emakumeen kasuan kopuru hori, gainera, % 46,8raino igotzen da.

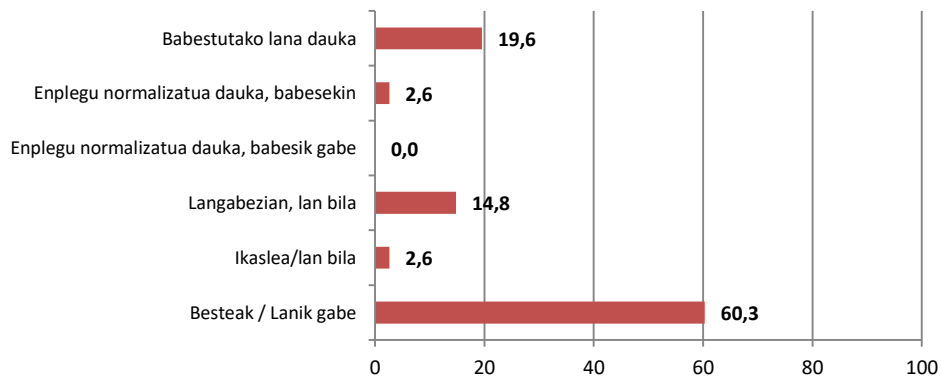
Adinak gora egin ahala, ekonomikoki independenteak diren pertsonen kopuruak ere nabarmen egiten du gora.

17. TAULA: ERABILTZAILIEN BURUJABETASUN EKONOMIKOA, SEXUAREN, ADINAREN ETA DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ARABERA. Ehunekoak

	Kp.	Ekonomikoki independentea da	Ez da ekonomikoki independentea	Gar.
Guztira	189	63,0	37,0	
Gizonak	127	67,7	32,3	
Emakumeak	62	53,2	46,8	
30 urte baino gutxiago	14	35,7	64,3	
30-40 urte	48	50,0	50,0	(*)
41-50 urte	74	60,8	39,2	
50 urtetik gora	53	84,9	15,1	
Eskizofrenia	129	61,2	38,8	
Nahasmendu bipolarra	16	75,0	25,0	
Depresio larria	13	76,9	23,1	
Nortasun-nahasmendua	19	57,9	42,1	

Inkesta erantzun duten hamar pertsonatik ia zortzik ez dute enplegurik -modalitatea edozein izanik-. Gehienak (% 60,3) pertsona ez-aktiboak dira; ez dute ikasten eta ez daude enplegua bilatzen (erretiratuta dauden pertsonak, pentsiodunak, etab.). Beste alde batetik, lan egiten duten pertsona gehienek enplegu babestua dute, Enplegu Zentro Berezi batean (% 19,6). **Enplegu arrunta duten pertsonak (laguntzarekin) landun guztien % 2,6 dira.**

22. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEK LANAREKIKO DUTEN HARREMANA. Ehunekoak



Lagina eskasa da konparazio jakin batzuk egiteko. Kontuz egin behar dira. Badirudi azken urtean psikiatrian ospitaleratuak izan diren pertsonen enplegua lortzeko eta/edo enplegua

mantentzeko zailtasunak izan dituztela; beste aldean, eguneroko bizimoduko jarduerak egiteko laguntzarik behar ez duten pertsonen enplegua edukitzeko aukera gehiago izan dute.

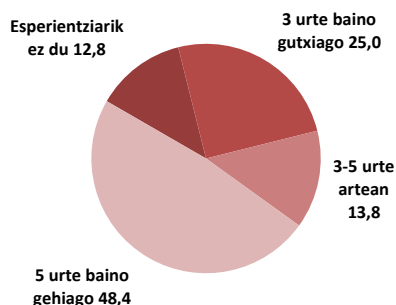
Baina elkarte bakoitzean egoera desberdina ematen da: zerbitzu soziolaboralak horietako bakoitzean duen pisuak nabarmen baldintzatu du aztertu den lagina. ASAFESen arreta jaso duten pertsona gehienek enplegua dute. AGIFESek, ordea, enplegurik ez duten pertsonen ematen die arreta batez ere.

18. TAULA: ERABILTZAILEEK LANAREKIKO DUTEN HARREMANA (ENPLEGUA EDUKI ZEIN EZ), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIKO OSPITALERATZE KP., LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA) ETA ELKARTEA. Ehunekoak

	Kp.	Enplegua du (*)	Ez du enplegurik	Gar.
Guztira	189	22,2	77,8	
Gizonak	127	22,0	78,0	
Emakumeak	62	22,6	77,4	
30 urte baino gutxiago	14	21,4	78,6	
30-40 urte	47	29,8	70,2	
41-50 urte	73	19,2	80,8	
50 urtetik gora	55	20,0	80,0	
Eskizofrenia	128	20,3	79,7	
Nahasmendu bipolarra	16	25,0	75,0	
Depresio larria	13	15,4	84,6	
Nortasun-nahasmendua	20	35,0	65,0	
% 33-% 65	120	23,3	76,7	
% 65etik gora	64	21,9	78,1	
Psikiatrian ospitaleratu da	27	0,0	100,0	(*)
Ez da ospitaleratu psikiatrian	164	25,6	74,4	
Autonomia da	39	53,8	46,2	(*)
Laguntza behar du	148	14,2	85,8	
ASASAM	35	20	80	
AGIFES	94	8,5	91,5	
ASAFES	60	45	55	

(*) Edozein motatako enplegua da: enplegu babestua, arrunta baina laguntzarekin, edo arrunta baina laguntzarik gabe.

23. GRAFIKOA: ERABILTZAILIEN LAN-ESPERIENTZIA Ehunekoak



Gaur egun duten egoera kontuan hartu gabe, ia pertsonen erdiak (% 48,4) 5 urtetik gorako lan-esperientzia du; % 12,8k ez dute lan-esperientziarik; eta lau pertsonatik batek 3 urtetik beherako lan-esperientzia du.

Kolektibo honen batez besteko lan-esperientzia 8 urte baino pixka bat gehiagokoa da; hala ere, bi mutur daude: bat ere lan-esperientziarik ez edukitzea eta 30 urte baino denbora luzeagoan lan egin izana.

Desberdintasun batzuk zehatzago aztertzen badira, aldagai independenteen arabera adibidez, ikusten da batezbestekoa txikiagoa dela emakumeen eta gazteen artean.

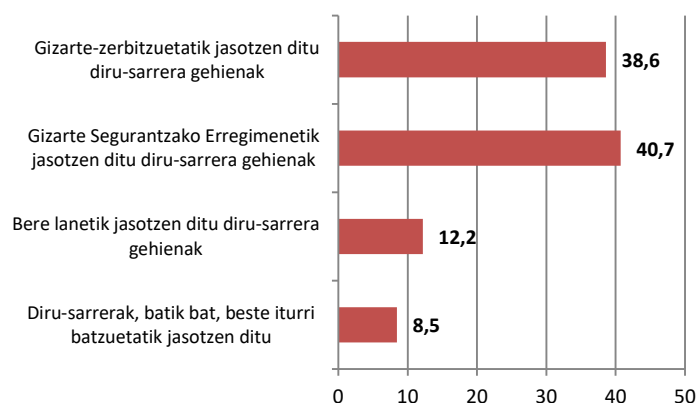
19. TAULA: ERABILTZAILAEN BATEZ BESTEKO LAN-ESPERIENTZIA (URTEAK), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA ETA ERAKUNDEA. Deskriptiboak

	Kp.	Batezbestekoa	Gar.	Mediana	Moda	Gutx.	Geh.	Desb. Tip.
Guztira	188	8,4		5	0	0	36	8,464
Gizonak	126	9,1		6	0	0	36	8,551
Emakumeak	62	7,0		4,5	0	0	34	8,189
30 urte baino gutxiago	14	1,1		1	1	0	4	1,277
30-40 urte	47	4,4	(*)	3	1	0	18	4,187
41-50 urte	73	7,3		5	0	0	27	7,407
50 urtetik gora	54	15,2		13	10	0	36	9,230
Eskizofrenia	127	8,2	(*)	5	0	0	36	8,589
Nahasmendu bipolarra	16	9,2		4	3	0	34	10,102
Depresio larria	13	10,1		8	0	0	30	9,142
Nortasun-nahasmendua	20	8,3		8	9	0	25	7,199
Diagnostiko erantsiren bat	66	8,3		5,5	0	0	30	7,602
Diagnostiko erantsirik ez	122	8,4		5	0	0	36	8,926
ASASAM	35	9		7	0,5	0	35	8,715
AGIFES	94	6,9		4,5	0	0	34	7,651
ASAFES	59	9,9		6	0	0	36	9,261

Inkesta erantzun duten pertsonen diru-sarreraren % 40,7 Gizarte Segurantzaren Erregimenetik datoz batez ere (ezintasun iraunkorragatiko, erretiroagatiko, zuztasunagatiko pentsioak...), eta % 38,6aren diru-sarreraren iturri nagusia gizarte zerbitzuen sistema da (DSBE, mendekotasunagatiko kotizazio gabeko pentsioa...).

% 12,2a bakarrik bizi daitezke enplegua dutelako lortzen dituzten diru-sarrerei esker. Datu horrek erakusten du, gainera, enplegua duten kolektibo horretako pertsona askok ez dutela haien beharrianak asetzeko moduko soldata irabazten (gogoratu aztertu den kolektiboaren % 22,2ak bakarrik dutela enplegua).

24. GRAFIKOA: ERABILTZAILAEN DIRU-SARREREN ITURRI NAGUSIA. Ehunekoak



Horrez gain, garrantzitsua da azpimarratzea inkesta erantzun duten **pertsonen % 8,5aren esanetan** diru-sarreraren iturri nagusia ez dela aurreko bat ere. Hots, pertsona horiek ez dira % 65eko desgaitasun mailara heltzen eta, beraz, ez dituzte gizarte laguntza jakin batzuk jasotzen. Pertsona horiek ez dute enplegurik; haien lan-esperientziarekin ezin dute ordaindutakoaren

araberako pentsio bat jaso, etab. Horrelakoetan, **familiak laguntzen die ekonomikoki** pertsona horiei.

Diru-sarrerak gizarte zerbitzuen sistematik jasotzen dituzten pertsonen besteek baino baldintzatuago dute etorkizuna. Ildo horretan, arreta berezia eman behar zaio emakumeen egoerari, batezbestekotik gorako tasa baitute.

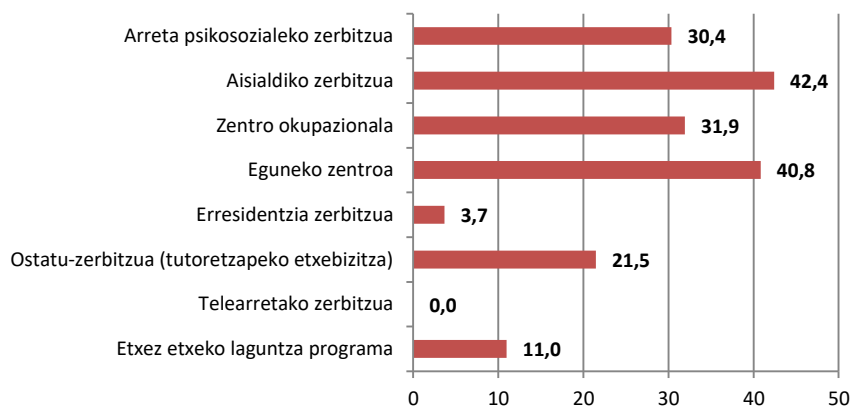
20. TAULA: ERABILTZAILIEN DIRU-SARREREN ITURRI NAGUSIA (GIZARTE ZERBITZUEN SISTEMA EDO BESTE ITURRI BATZUK), SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Ehunekoak

	Kp.	Gizarte zerbitzuen sistema	Bestelako iturriak	Gar.
Guztira	189	38,6	61,4	
Gizonak	128	34,4	65,6	
Emakumeak	61	47,5	52,5	
30 urte baino gutxiago	14	42,9	57,1	
30-40 urte	48	50,0	50,0	
41-50 urte	72	41,7	58,3	(*)
50 urtetik gora	55	23,6	76,4	

4.1.5 Erabiltzaileek jasotzen duten arreta profesionala

Aisia eta astialdiko zerbitzuak³⁹ (inkesta erantzun duten pertsona guztien % 42,2) eta eguneko zentroak (% 40,8) dira gehien erabiltzen dituztenak FEDEAFESeko erabiltzaileek⁴⁰.

25. GRAFIKOA: ERABILTZAILIEN GIZARTE ZERBITZUAK ERABILTZEN DITUZTE (FEDEAFESeko elkarteek eskaini zein ez). Ehunekoak



Eguneko zerbitzua edo zentroa batez ere adineko pertsonen erabiltzen dute (40 urtetik gorakoek), baita laguntza behar duten pertsonen ere. Gainera, diagnostiko erantsiren bat edo patologia erantsiren bat duten pertsonak dira aisia eta astialdiko zerbitzuetara sarrien joaten direnak.

³⁹ Ehuneko horiek batzean ez da % 100 lortzen, arestian azaldu bezala, pertsona bera zerbitzu bat baino gehiagotara joan daitekeelako aldi berean.

⁴⁰ Bi zerbitzu horietan sartzen dira FEDEAFESeko erabiltzaile gehienak, bai; baina laginean behin baino gehiagotan agertzen dira kolektibo horiek (% 40,8 eta % 33,6 lehenengo kasu horretan, eta % 46,6 eta % 26,6 bigarrean). Era berean, ostatu zerbitzura doazen pertsonak ere behin baino gehiagotan agertzen dira (% 16,5 dira laginean, baina guztira talde honek % 6,8ko pisua du), baita gizarte eta hezkuntzako esku-hartze zerbitzura doazenak ere (laginean % 28,3 dira, baina guztira % 9,6).

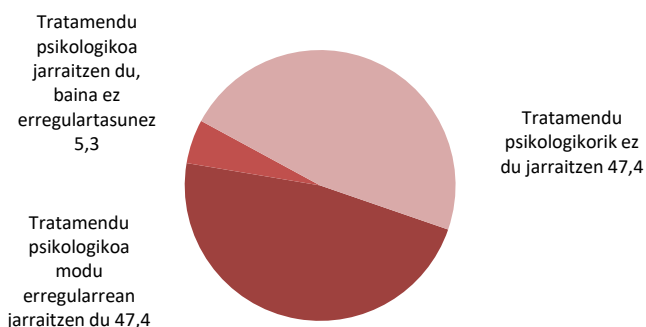
Estatistika aldetik esanguratsuak diren desberdintasunak ikusi dira, halaber, Etxez etxeko Laguntza Zerbitzuaren (EELZ) erabileran, bizitzeko moduaren eta pertsonen autonomiaren arabera. Izan ere, bakarrik bizi diren pertsonak eta autonomoak ez diren pertsonak dira gehien erabiltzen dutenak zerbitzu hori. Hori gorabehera, zera azpimarratu behar da: gaur egun, **bakarrik bizi diren kolektibo horretako pertsonen % 34,5ek bakarrik jasotzen dute zerbitzu hori.**

Azkenik, desberdintasun nabarmenak daude okupazio zerbitzuaren edo zentroaren erabileran, pertsonen autonomia aintzat hartuta. Askoz gehiago dira zerbitzu horretara jotzen duten pertsona autonomoak.

21. TAULA: ERABILTZAILEEK GIZARTE ZERBITZUAK ERABILTZEN DITUZTE, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, BIZITZECO MODUA (BAKARRIK EDO NORBAITEKIN) ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIOALEN IKUSPEGITIK. Ehunekoak, atal bakoitzeko kasu guztiak kontuan hartuta

	Kp.	EELZ	Ostatu zerb. (babetespeko etxebizitza edo bizitokia)	Egoitza zerb.	EA zerb. edo z.	Zerb. edo ZO	Aisia eta astialdiko zerb.	Arreta psikosozialeko zerb.
Guztira	191	11,0	21,5	3,7	47,1	31,9	42,4	30,4
Gizonak	128	9,4	22,7	3,9	45,3	32,8	42,2	32,8
Emakumeak	63	14,3	19,0	3,2	50,8	30,2	42,9	25,4
30 urte baino gutxiago	14	0,0	21,4	0,0	21,4	50,0	64,3	42,9
30-40 urte	48	8,3	22,9	6,3	33,3	41,7	45,8	27,1
41-50 urte	74	8,1	20,3	4,1	56,8	24,3	39,2	31,1
50 urtetik gora	55	20,0	21,8	1,8	52,7	29,1	38,2	29,1
Eskizofrenia	130	10,0	20,0	5,4	49,2	27,7	40,8	29,2
Nahasmendu bipolarra	16	18,8	31,3	0,0	37,5	31,3	56,3	43,8
Depresio larria	13	7,7	23,1	0,0	53,8	30,8	61,5	46,2
Nortasun-nahasmendua	20	5,0	30,0	0,0	40,0	50,0	45,0	35,0
% 33-% 65	122	9,8	20,5	4,1	43,4	34,4	39,3	27,0
% 65etik gora	64	12,5	25,0	3,2	54,7	29,7	45,3	34,4
Diagnostiko erantsiren bat	68	11,8	25,0	3,0	38,2	39,7	54,4	36,8
Diagnostiko erantsirik ez	123	10,6	19,5	4,1	52,0	27,6	35,8	26,8
Bakarrik bizi dira	29	34,5	10,3	0,0	41,4	34,5	51,7	41,4
Norbaitekin bizi dira	161	6,8	23,6	4,3	48,4	31,7	40,4	28,0
Autonomoa da	39	0,0	10,3	0,0	12,8	66,7	41,0	30,8
Laguntza behar du	150	14,0	24,7	4,7	55,3	23,3	42,0	29,3

26. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN TRATAMENDU PSIKOLOGIKOA. Ehunekoak



Inkesta erantzun duten pertsonen % 47,4k modu erregularrean jarraitzen dute tratamendu psikologikoa; % 5,3k mota horretako tratamendu bat dute baina ez dute modu erregularrean jarraitzen; eta % **47,4k ez dute tratamendu psikologikorik jarraitzen.**

Datu deigarri bat dugu: inkesta erantzun duten pertsonen artean buru-gaixotasuna duten pertsonen erdiak bakarrik jasotzen du gaur egun tratamendu psikologikoa - FEDEAFESeko elkarteetako zerbitzuen bidez edo beste baliabide batzuen bidez-, baina patologia horiek pairatzen dituzten pertsonen arreta emateko gidaliburuetan ezartzen da kasu gehienetan oso gomendagarria dela tratamendu psikologikoa jarrai dezaten.

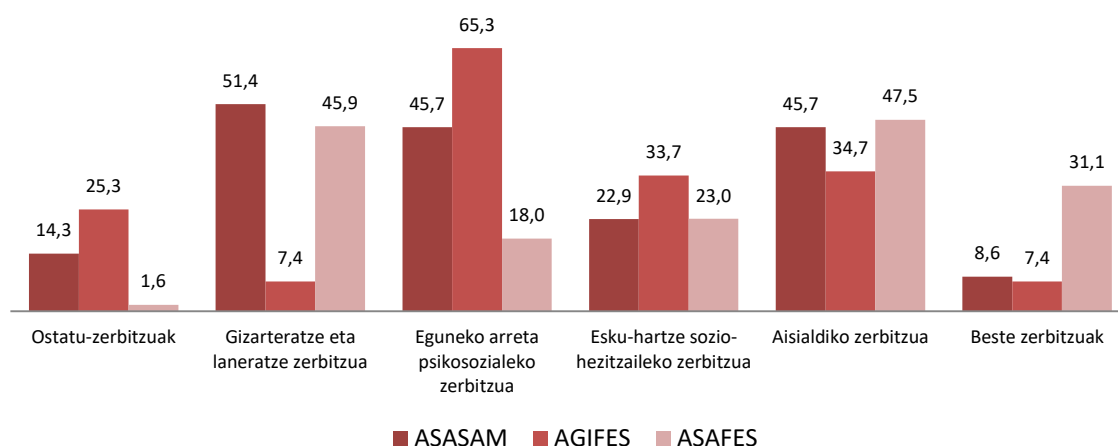
Tratamendu hori jasotzen ez duten pertsonen profila aztertzean ondokoa ikusten da: eskizofrenia duten pertsonen % 47,3k ez dute tratamendu hori jasotzen; azken urtean ospitaleratu behar izan diren pertsonen % 37k ez dute erregulartasunez jasotzen tratamendu hori, etab.

22. TAULA: TRATAMENDU PSIKOLOGIKOA MODU ERREGULARREAN JARRAITZEN DUTEN PERTSONAK, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK. Ehunekoak

	Kp.	Modu erregularrean jarraitzen du tratamendu psikologikoa
Guztira	90	47,4
Gizonak	61	47,7
Emakumeak	29	46,8
30 urte baino gutxiago	7	50,0
30-40 urte	26	54,2
41-50 urte	32	43,2
50 urtetik gora	25	46,3
Eskizofrenia	68	52,7
Nahasmendu bipolarra	7	43,8
Depresio larria	7	53,8
Nortasun-nahasmendua	7	35,0
% 33-% 65	51	41,8
% 65etik gora	36	57,1
Ez da ospitaleratu psikiatريان	73	44,8
Psikiatريان ospitaleratu da	17	63

Arestian aipatu zerbitzuetako gehienak FEDEAFESeko elkarteek ematen dituzte. Beheko grafikoa (FEDEAFESeko elkarteetako zerbitzuen erabilera) aurrekoarekin (FEDEAFESeko erabiltzaileek erabiltzen dituzten gizarte zerbitzuak) konparatzen bada, elkarteek zein zerbitzu ematen dituzten ikusiko da. Baina datuak aldatu egiten dira erakunde batetik bestera.

27. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEK ERABILTZEN DITUZTEN FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ZERBITZUAK, ELKARTEAREN ARABERA. Ehunekoak



23. TAULA: ERABILTZAILEEK ERABILTZEN DITUZTEN FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ZERBITZUAK, SEXUAREN, ADINAREN ETA DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ARABERA. Ehunekoa, atal bakoitzeko kasu guztiak kontuan hartuta

	Kp.	Eguneko arreta psikosoziala	Aisiako eta astialdiko zerbitzua	Gizarte eta hezkuntzako esku-hartzea	Zerbitzu soziolaborala	Ostatu zerbitzua	Bestelako zerbitzuak
Guztira	191	46,6	40,8	28,3	27,7	15,7	15,2
Gizonak	128	44,5	39,8	28,1	26,6	18,2	14,3
Emakumeak	63	50,8	42,9	28,6	30,2	13,1	17,5
30 urte baino gutxiago	14	21,4	64,3	21,4	50,0	15,4	30,8
30-40 urte	48	33,3	41,7	22,9	37,5	13,6	14,6
41-50 urte	74	56,8	39,2	28,4	18,9	15,5	10,8
50 urtetik gora	55	50,9	36,4	34,5	25,5	20,4	18,5
Eskizofrenia	130	49,2	39,2	27,7	24,6	13,6	14,7
Nahasmendu bipolarra	16	37,5	50,0	43,8	25,0	33,3	20,0
Depresio larria	13	46,2	61,5	23,1	30,8	15,4	15,4
Nortasun-nahasmendua	20	40,0	45,0	30,0	35,0	27,8	20,0

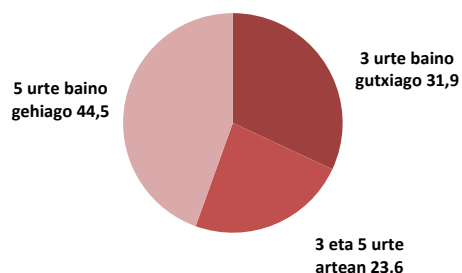
Beheko taulan jasotzen diren datuei esker zerbitzu bakoitza erabiltzen duten erabiltzaileen profil nagusia deskriba daiteke. Oraingoan ere sexuen arteko desberdintasunak azpimarratu behar dira:

24. TAULA: PERTSONEN PROFILA FEDEAFES-EKO ELKARTEETAKO ZERBITZU MOTA AINTZAT HARTUTA, ETA HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA AUTONOMIA. Ehuneko bertikalak

	Eguneko arreta psikosoziala	Aisiako eta astialdiko zerbitzua	Gizarte eta hezkuntzako esku-hartzea	Zerbitzu soziolaborala	Ostatu zerbitzua	Bestelako zerbitzuak
<i>Kp.</i>	89	78	54	53	30	29
Guztira	100	100	100	100	100	100
Gizonak	64	65,4	66,7	64,2	73,3	62,1
Emakumeak	36	34,6	33,3	39,8	26,7	37,9
30 urte baino gutxiago	3,4	11,5	5,6	13,2	6,7	13,8
30-40 urte	18	25,6	20,4	34	20	24,1
41-50 urte	47,2	37,2	38,9	26,4	36,7	27,6
50 urtetik gora	31,5	25,6	35,2	26,4	36,7	34,5
Eskizofrenia	76,2	67,1	69,2	68,1	58,6	67,9
Nahasmendu bipolarra	7,1	10,5	13,5	8,5	17,2	10,7
Depresio larria	7,1	10,5	5,8	8,5	6,9	7,1
Nortasun-nahasmendua	9,5	11,8	11,5	14,9	17,2	14,3
Diagnostiko erantsiren bat	28,1	43,6	44,4	43,4	40	27,6
Diagnostiko erantsirik ez	71,9	56,4	55,6	56,6	60	72,4
% 33-% 65	59,8	62,2	55,6	73,6	60	67,9
% 65etik gora	40,2	37,8	44,4	26,4	40	32,1
Autonomoa da	5,7	19,7	9,3	50,9	0	14,8
Laguntza behar du	94,3	80,3	90,7	49,1	100	85,2

Inkesta erantzun duten pertsonen erdiak, gutxi gorabehera, zerbitzu horietako bi edo gehiago erabiltzen ditu. Beraz, erakundeek esku-hartze integrala egiten dutela esan daiteke. Zehazki, ostatu zerbitzua erabiltzen duten pertsonen % 20k aisia zerbitzua eta zerbitzu soziolaborala ere erabiltzen dituzte. Eguneko arreta psikosoziala emateko zerbitzuan arreta jasotzen duten pertsonen % 26k aisia eta astialdiko zerbitzura eta beste batzuetara ere jotzen dute.

28. GRAFIKOA: FEDEAFES-EKO ELKARTEETAKO ERABILTZAILE DIRENETIK IGAROTAKO DENBORA. Ehunekoak



Inkesta erantzun duten pertsonen % 45k 5 urte daramatzate FEDEAFESeko elkarteren batean arreta jasotzen; horrez gain, pertsona horiek batez beste 6,3 urte daramatzate erakunde desberdinetan arreta jasotzen.

Sexuari dagokionez ondokoa azpimarratu behar da: gizonen ia erdiak urte asko daramatza elkartean, baina duela 5 urte baino denbora luzeagotik erabiltzaileak diren emakumeen kopurua % 35 ingurukoa da. Datu horrek osatu egiten du aztertu diren lehenengo adierazleetakoa bat -erabiltzaileen artean emakume gutxiago dagoela ohartarazten zuena-, eta emakumeak beranduago sartu zirela erakusten du.

Erakunde honek "FEDEAFESen dauden emakumeen eta gizonen berdintasun egoerari buruzko diagnostikoa" izeneko txostena egin zuen 2012. urtean, eta bertan gertaera horren arrazoi batzuk azaltzen ditu: *"emakumeak etxeko lanekin lotzen dituzten rol tradizionala; emakumeak gehiegi babesten dituzten eta etxean gelditzera bultzatzen dituzten familien eginkizuna; buru-gaixotasuna duten emakumeen ahalduzko eskasa, euren burua eskubideak dituen pertsona modura ikustea oztopatzen diena; gizonezkoen beharrezkoen eredu baten arabera diseinatuta egotea zerbitzuak, norbere buruaren oinarritzko zaintza oinarritzat hartuta, emakumeek (batez ere nagusiek) horretarako baliabide gehiago dituzte baina ez dira aintzat hartzen emakumeen zaintzarako baldintza sofistikatuena, emozioak eta harremanak oinarritzat dituztenak; deribazio zentroetan emakume eta gizonenganako sentsibilitate desberdinak egotea, eta horien ondorioz, buru-gaixotasuna duten emakumeak etxean geratzeak arazo gutxiago ekarriko lituzkeela pentsatzea, inkontzienteki izan arren, emakumeen etxeko rola naturalizatuta dagoelako gizaratean".*

Berriz ikusten dira desberdintasunak aztertu diren hiru elkarten artean; eta nabarmenak dira zerbitzu mota baten eta besteen artean. ASASAM elkartean batezbestekoa handiagoa da, eta AGIFES elkartean txikiagoa.

25. TAULA: FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ERABILTZAILE DIRENETIK IGAROTAKO DENBORA, SEXUAREN, ADINAREN, ELKARTEAREN ETA ZERBITZU MOTAREN ARABERA (elkartekoa). Deskriptiboak

	<i>Kp.</i>	Batezbestekoa	Mediana	Moda	Desb. tip.
Guztira	189	6,3	5	2	5,491
Gizonak	128	7,1	5	3	5,562
Emakumeak	63	4,7	2,5	1	5,035
30 urte baino gutxiago	14	2,6	2,5	2	1,336
30-40 urte	48	5,3	4,5	2	4,061
41-50 urte	74	6,8	6	1	5,350
50 urtetik gora	55	7,4	5	3	6,825
ASASAM	35	8,2	7	3	4,531
AGIFES	95	5	3	0,5	4,796
ASAFES	61	7,1	4	2	6,519
Ostatu zerbitzua	53	6,6	5,5	1	4,982
Zerbitzu soziolaborala	89	6,8	6	3	4,809
Eguneko arreta psikosoziala	54	6,2	5	1	4,934
Gizarte eta hezkuntzako esku-hartzea	78	5,7	4,5	3	4,465
Aisiako eta astialdiko zerbitzua	29	6,2	4	0,5	6,102
Elkarteko beste zerbitzu batzuk	30	7,5	4	2	7,553

Datu horiek behar bezala interpretatu ahal izateko garrantzitsua da zerbitzu horietako batzuen izaera kontuan izatea, baita erakunde batzuen koordinatuta esku-hartzeko ikuspegia ere.

Zerbitzu batzuek helburu oso zehatzak dituzte, eta betetzen dituztenean, erabiltzaileak beste baliabide batzuetara deribatzen dituzte. Baliabide horiek erakundetik kanpo daude, baina haiekin modu koordinatuan lan egiten da. Beraz, pertsona batekin esku hartzeko lana beti ezin da neurtu erakunde batean igaro duen denboraren arabera. AGIFESen gertatzen da hori.

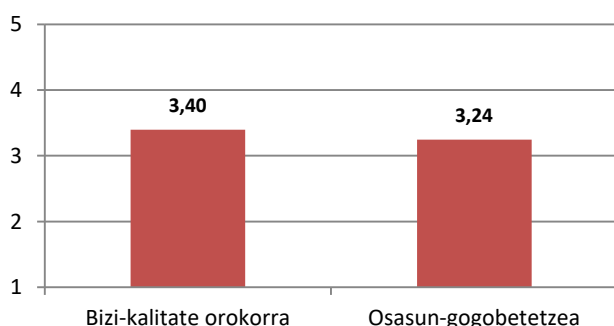
Dena den, inguruan baliabideak dauden ere garrantzitsua da horrelakoetan. Lurrelde batzuen eta besteen artean dauden desberdintasun batzuk azaltzen ditu horrek. ASASAM elkartean, denbora luzea daramaten erabiltzaileei ematen zaie arreta, inguruan ez dagoelako kolektibo horri arreta eman eta elkarteak eskaintzen dituen zerbitzuak osatzen dituen beste erakunderik.

4.2.- ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEA EDO BIZI-KALITATE SUBJEKTIBOA

Atal honen helburua da FEDEAFESeko erabiltzaileek antzematen duten bizi-kalitatea aztertzea; ikerlan honen esparruan, antzemandako bizi-kalitateari bizi-kalitate subjektibo ere esaten zaio. Funtsean, azalpen deskriptibo bat da, WHOQOL-BREF⁴¹ galdeketatik ateratako bizi-kalitate orokorrari buruzko bi galderetan oinarritua. Zehazki, bi galdera hauek aztertuko ditugu:

Oro har, zein puntuazio emango zenioke zure bizi-kalitateari?
2.- Pozik zaude zure osasunarekin?

29. GRAFIKOA: ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATE OROKORRAREN ETA OSASUN-GOGOBEETZEAREN GAINEKO PUNTUAZIOEN BATEZBESTEKOAK. Puntuazio zuzenak



Kontsulta egindako erabiltzaileek bizi-kalitate orokorrari batez beste 3,40 puntu eman dizkiote 1etik 5erainoko eskalan. Erabiltzaileak osasunarekin ez daude hain pozik, batez besteko puntuazioa 3,24 baita.

Jasotako erantzunen gainerako datuak antzekoak dira; beraz, joera muturreko puntuaziorik ez ematekoa da, gehienek hiru punturekin erantzun baitute.

26. TAULA: ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATE OROKORRAREN ETA OSASUN-GOGOBEETZEAREN GAINEKO PUNTUAZIOAK Deskriptiboak

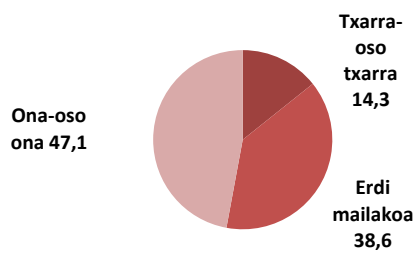
	Kp.	Batezbesteko a	Median a	Mod a	Gutxieneko a	Gehieneko a	Desb. Tip.
Antzemandako bizi-kalitate orokorra	189	3,4	3	3	1	5	0,909
Osasun-gogobetetzea	189	3,24	3	3	1	5	0,981

Aldagai horien analisi osagarri bat eginez gero, ikusten da galdeketa egindako pertsonen ia erdiak (% 47,1) bizi-kalitate ona edo oso ona duela irizten diola (4 edo 5 puntu ematen dizkiote arlo horri). Erabiltzaileen % 38,6k gai horri bitarteko puntuazioa eman dio (3 puntu), eta % 14,3k (gutxienean) uste du bizi-kalitate txarra edo oso txarra duela (puntu 1 edo 2).

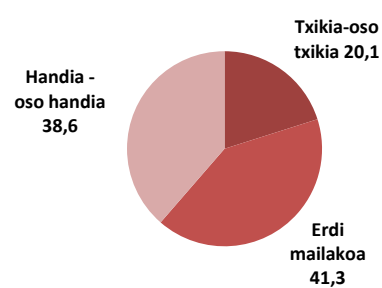
Osasun-gogobetetzeari dagokionez, datuen arabera, erabiltzaileen % 40 baino gehixeagok bitarteko puntuazioa eman dute, eta % 38,6 pozik edo oso pozik dago osasunarekin. Hala eta guztiz ere, hamar lagunetik bi ez dago gustura edo ez dago batere gustura osasunarekin.

⁴¹ Op. cit.

30. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEK ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEA. Ehunekoak



31. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEK HAIEN OSASUNAREKIKO DUTEN GOGOBEETZEA. Ehunekoak



Antzemandako bizi-kalitatearen gainean emakume eta gizonek antzeko puntuazioak eman dituzte, sexuaren arabera ez dago alde handirik.

Diagnostiko nagusia kontuan hartuta, datuetan ikusten da depresio larria duten pertsonek eman dutela bizi-kalitatearen balorazio txarrena (3,0 puntu). Halaber, beste diagnostiko erantsi edo patologia elkarturen bat dutenek diagnostiko erantsi edo patologia elkarturik ez dutenek baino puntu gutxiago eman dizkiote bizi-kalitateari (3,24 puntu eta 3,48 puntu, hurrenez hurren).

Azkenik, psikiatriako ospitaleratzeen arabera, antzemandako bizi-kalitatea desberdina da. Izan ere, azken urtean psikiatriako unitatean izan ez direnek bizi-kalitate hobea dutela irizten diote, unitate horretan ospitaleratuta egon direnek baino (3,47 puntu eta 2,96 puntu, hurrenez hurren).

27. TAULA: ERABILTZAILEEK ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEA, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK.

	Kp.	Txarra - Oso txarra	Axola gabea	Ona - Oso ona	Batez besteko puntuazioa
Guztira	189	14,3	38,6	47,1	3,40
Gizonak	126	10,3	44,4	45,2	3,40
Emakumeak	63	22,2	27,0	50,8	3,40
30 urte baino gutxiago	14	21,4	50,0	28,6	3,14
30-40 urte	47	19,1	29,8	51,1	3,34
41-50 urte	74	13,5	41,9	44,6	3,41
50 urtetik gora	54	9,3	38,9	51,9	3,50
Eskizofrenia	129	10,9	38,8	50,4	3,47
Nahasmendu bipolarra	16	18,8	50,0	31,3	3,19
Depresio larria	13	23,1	38,5	38,5	3,00
Nortasun-nahasmendua	19	21,1	42,1	36,8	3,26
% 33-% 65	120	15,0	39,2	45,8	3,38
% 65etik gora	64	12,5	37,5	50,0	3,44
Diagnostiko erantsiren bat	66	19,7	39,4	40,9	3,24
Diagnostiko erantsirik ez	123	11,4	38,2	50,4	3,48
Psikiatrian ospitaleratu da	27	25,9	55,6	18,5	2,96
Ez da ospitaleratu psikiatrian	162	12,3	35,8	51,9	3,47
Autonomoa da	37	16,2	37,8	45,9	3,32
Ez da autonomoa	150	14,0	38,7	47,3	3,41

Osasun-gogobetetzeari dagokionez, pertsona horien puntuazioak bizi-kalitatearen gainean eman dituztenen antzekoak dira. Oro har, gai horretan ez dago alde handirik sexuaren eta adinaren arabera, nahiz eta emakumeak (3,13) eta 31 eta 45 urte arteko pertsonak (3,13) osasunarekin ez dauden gizonak eta gainerako adin-tarteetako pertsonak bezain pozik.

Gai horri depresio larria diagnostikatutakoek eman diote puntu gutxien (2,85), baita % 65 baino desgaitasun portzentaje handiagoa dutenek ere (3,20).

Berriz ere, duela gutxi psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon izanak puntuazioa asko aldatzen du; aztertutako aldagai guztien artean, horretan dago alde gehien. Izan ere, unitate horretan ospitaleratuta egon ez direnen osasun-gogobetetzea noiz edo noiz ospitaleratuta egon direnena baino handiagoa da (3,31 puntu eta 2,81 puntu, hurrenez hurren).

28. TAULA: ERABILTZAILEEK HAIEN OSASUNAREKIKO DUTEN GOGOBBETETZEA, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, DIAGNOSTIKO ERANTSIK EDUKITZEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK.

	<i>Kp.</i>	Ez dago pozik eta Ez dago batere pozik	Axola gabea	Pozik dago eta Oso pozik dago	Batez besteko puntuazioa
Guztira	189	20,1	41,3	38,6	3,24
Gizonak	126	16,7	42,9	40,5	3,30
Emakumeak	63	27,0	38,1	34,9	3,13
30 urte baino gutxiago	14	14,3	64,3	21,4	3,21
30-40 urte	47	23,4	42,6	34,0	3,13
41-50 urte	74	18,9	37,8	43,2	3,34
50 urtetik gora	54	20,4	38,9	40,7	3,22
Eskizofrenia	129	17,8	41,1	41,1	3,30
Nahasmendu bipolarra	16	31,3	37,5	31,3	3,06
Depresio larria	13	30,8	46,2	23,1	2,85
Nortasun-nahasmendua	19	26,3	42,1	31,6	3,11
% 33-% 65	120	20,0	38,3	41,7	3,28
% 65etik gora	64	20,3	45,3	34,4	3,20
Diagnostiko erantsiren bat	66	24,2	34,8	40,9	3,20
Diagnostiko erantsirik ez	123	17,9	44,7	37,4	3,27
Psikiatrian ospitaleratu da	27	33,3	51,9	14,8	2,81
Ez da ospitaleratu psikiatrian	162	17,9	39,5	42,6	3,31
Autonomoa da	37	16,2	40,5	43,2	3,35
Ez da autonomoa	150	21,3	41,3	37,3	3,21

4.3.- BIZI-KALITATE OBJEKTIBOA

Atal honen helburua da FEDEAFESeko erabiltzaileen bizi-kalitate objektiboa, hau da, Gencat eskalaren ⁴² bidez erabiltzaileen bizi-kalitatea neurtzen duten profesionalen balorazioa aztertzea.

Datuen analisi deskriptiboaz gain, beste analisi bat ere egin dugu, faktore pertsonal eta inguruneko faktore batzuk bizi-kalitatean eragina dutenaren hasierako lan-hipotesia baliozkotze aldera.

4.3.1 Bizi-kalitate “objektiboa”: GENCAT eskala

Orain, galdeketa egindako pertsonen bizi-kalitatearen hainbat arlotan eman dituzten batez besteko puntuazio estandarrei buruzko datuak azalduko ditugu. Gogoratu beharra daukagu **puntuazio estandarrek** adierazten dutela galdeketa egindako pertsonen tipifikazio-laginean duten posizio erlatiboa (hau da, tresna edo testa egiteko edo baliozkotzeko kontuan hartutako laginarekin alderatuta) 1etik 20rainoko eskalan. Puntuazio horiek, puntuazio zuzenek ez bezala, arloetako emaitzak homogeneizatzeko eta alderatzeko aukera ematen dute (arlo batzuen eta besteen puntuazio zuzen handiena desberdina baita).

Datuen arabera, batez besteko puntuazio estandar handienak garapen pertsonalari (egokitzapenarekin, teknologia berrietarako sarbidearekin, ikastaldiekin, parte-hartzearekin, motibazioarekin... erlazioatutako alderdiak) eta autodeterminazioari (helburuak, erabaki-hartzea, etab.) dagozkie, eta puntuazio estandar txikienak ongizate fisikoari (loa, elikadura, osasun-egoera, garbitasuna, osasun-baliabideetarako sarbidea...), ongizate materialari (etxebizitza, ondare materialak, baliabide ekonomikoak, etab.), ongizate emozionalari (asetze, depresio, estutasunera, etab.) eta erlazio Interpertsonalari (familia, adiskidetasun, bikote, lankideak, bizitza sexuala, etab.).

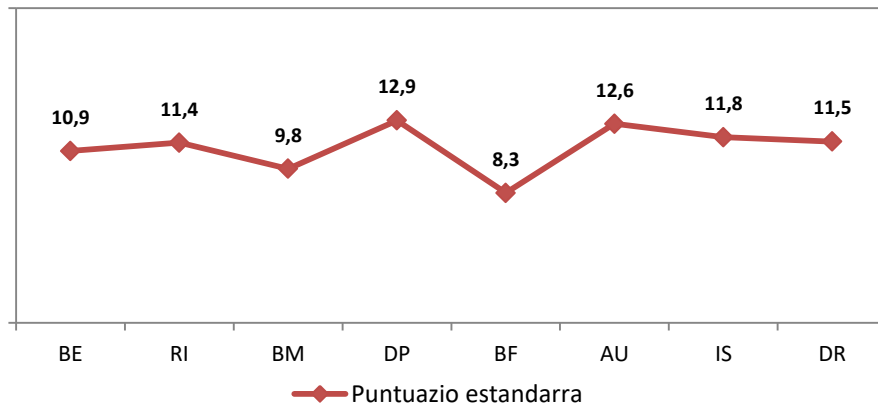
Dimentsio bakoitzak elkartzen dituen item desberdinen analisi zehatzagoak garapen pertsonala dimentsioaren barruan puntuaziorik garaienak batez ere programa indibiduala lantzeko parte-hartzearekiko alderdiekin erlazioatuta daudela argitzea baimendu du. Puntuazioak ez dita hain altuak egoera berrietara egokitzeko ahalmenari buruzko alderdietan, ezta teknologia berrietarako sarbidearekin eta arazo-konponbideekin erlazioatutako alderdietan ere. Halaber, autodeterminazio-dimentsioaren barruan puntuazioak altuak dira batez ere erabaki-hartzeari dagokionez eta ez hainbeste helburuei eta interes pertsonalei dagokienez.

Bestalde, ongizate fisiko-dimentsioaren puntuazio baxuak batez ere medikazioaren gainbegiratzea eta laguntza teknikoko erabilgarritasunaren puntuazio baxuetara zor dute, baina puntuazioak osasun-arreta baliabideetarako sarbideari eta garbitasun pertsonalari dagokienez nahiko hobeak dira. Ongizate emozionalari dagokionez, puntuazio txikienak daude baliabide ekonomikoko erabilgarritasunarekin erlazioatuta daude eta bizilekuaren egokitzapenaz diharduten itemak nahiko hobeak dira. Erlazio interpertsonalak dimentsioan puntuazioak bereziki baxuak dira beste pertsona batzuekin eta bikotearekin mantendutako erlazioari dagokionez.

⁴² Op. cit.

Azken puntu honen harian, Sartze Sozialeko dimentsioren barruan ere erkidego-inguruneen erabileraz, adiskideen laguntzaz eta adiskide kantitate edo adiskide aniztasunez diharduten alderdietan puntuazio apalagoak antzematen dira.

32. GRAFIKOA: BIZI-KALITATEAREN ARLOEN GAINEKO BATEZ BESTEKO PUNTUAZIO ESTANDARRA.



Bizi-kalitatearen indizeari dagokionez, batez besteko puntuazio estandarra (konposatua) 108,6 da (eskalako balio handiena 138 puntu da).

29. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BIZI-KALITATEAREN INDIZEAREN DATU ESTATISTIKO DESKRIPTIBOAK. BATEZ BESTEKO PUNTUAZIO ESTANDARRAK ETA PUNTUAZIO ESTANDARRA KONPOSATUA

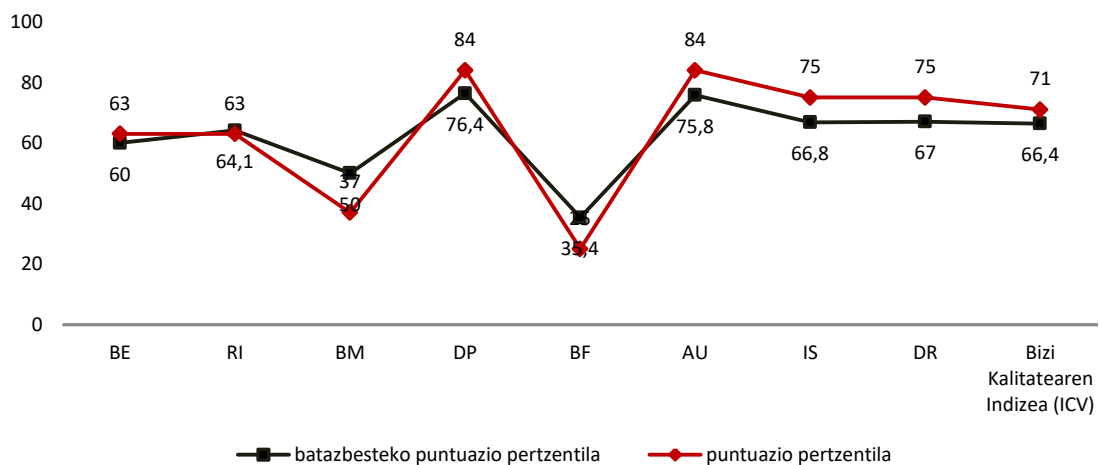
	Kp.	Batezbestekoa	Gutx.	Geh.
Ongizate emozionala	191	10,9	2	16
Pertsonen arteko harremanak	191	11,4	1	18
Ongizate materiala	191	9,8	1	13
Garapen pertsonala	191	12,9	5	17
Ongizate fisikoa	191	8,3	1	14
Autodeterminazioa	191	12,6	5	16
Gizarteratzea	191	11,8	1	17
Eskubideak	191	11,5	6	14
BIZI-KALITATEAREN INDIZEA	191	108,6	66	138

Puntuazio estandarrez gain, pertsona horiek bizi-kalitatearen arloetan batez beste zer puntuazio pertzentil izan dituzten jakitea interesgarria da, baita bizi-kalitatearen indizea zein den ere. **Puntuazio pertzentilak** adierazten du tipifikazio-lagineko zer pertsona-porzentajek duen azterlan honetan parte hartu duten pertsonen baina puntuazio handiagoa edo txikiagoa.

Puntuazio estandarretan bezalaxe, batez besteko puntuazio pertzentilen analisisan ikusten da indize handienak garapen pertsonalaren eta autodeterminazioaren arloetakoak direla, eta balio txikiak ongizate fisikoari eta ongizate materialari dagozkiela.

Bizi-kalitatearen indizearen puntuazio pertzentila 71 da (eskalako tipifikazio-lagineko %29ak puntuazio handiago bat izan zuen) eta batez besteko puntuazio pertzentila 66,4 da; indize horrek kalitatearen zortzi arloak biltzen ditu: ongizate emozionala, pertsona arteko harremanak, ongizate materiala, garapen pertsonala, ongizate fisikoa, autodeterminazioa, gizarteratzea eta eskubideak.

33. GRAFIKOA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BIZI-KALITATEAREN INDIZEAREN PUNTUAZIO PERTZENTILA ETA BATEZ BESTEKO PUNTUAZIO PERTZENTILA.

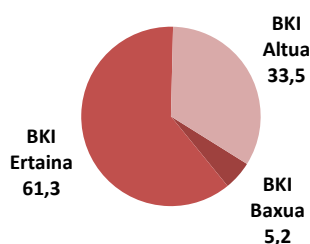


30. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BIZI-KALITATEAREN INDIZEAREN DATU ESTATISTIKO DESKRIPTIBOAK. BATEZ BESTEKO PUNTUAZIO PERTZENTILAK

	Kp.	Batezbestekoa	Gutx.	Geh.
Ongizate emozionala	191	60,0	< 1	98
Pertsonen arteko harremanak	191	64,1	< 1	> 99
Ongizate materiala	191	50,0	< 1	84
Garapen pertsonala	191	76,4	5	99
Ongizate fisikoa	191	35,4	< 1	91
Autodeterminazioa	191	75,8	5	98
Gizarteratzea	191	66,8	< 1	99
Eskubideak	191	67,0	9	91
BIZI-KALITATEAREN INDIZEA	191	66,4	1	> 99

Analisia osatu daiteke aztertutako kasuak galdeketa izan duten puntuazioaren arabera eta hiru kategoria hauetan sailkatuta: bizi-kalitatearen indize txikia (52 eta 84 artekoa; 52 da lor daitekeen puntuazio txikiena), indize ertaina (85 eta 116 artekoa) eta indize handia (117 puntu baino handiagoa).

34. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN BIZI-KALITATEAREN INDIZEA



Erabiltzaile gehienek (% 61,3) bizi-kalitatearen indizea ertaina da. Hiru lagunetik baten indizea handia da eta erabiltzaileen % 5,2ren indizea, aldiz, txikia da.

Horren harira, aldeak daude erabiltzaileek antzematen duten bizi-kalitatearen eta erreferentziako profesionalen bizi-kalitatearen gainean egindako galdeketa emaitzen artean. Oro har, erabiltzaileak baikorrak dira haien bizi-kalitatea baloratzen dutenean. Hala, erabiltzaileen % 47,1ek irizten dio bizi-kalitate ona edo oso ona duela, nahiz eta Gencat eskalaren arabera erabiltzaileen % 33,5ek duen bizi-kalitate indize handia.

31. TAULA: ERABILTZAILEAREN BIZI-KALITATEAREN ETA HARK ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEAREN INDIZEAK, GENCAT ESKALAREN ARABERA. Maiztasunak eta ehunekoak

		Bizi-kalitatearen indizea – Gencat eskala				
		BKI txikia	BKI ertaina	BKI handia	Guztira	
Erabiltzaileak antzemandako bizi-kalitatea	Txarra - Oso txarra	Absolutuak	3	18	6	27
		Antzemandako BKren %	11,1	66,7	22,2	100
		BKI profesionalaren %	30,0	15,5	9,5	14,3
	Axola gabea	Absolutuak	3,0	50,0	20,0	73
		Antzemandako BKren %	4,1	68,5	27,4	100
		BKI profesionalaren %	30,0	43,1	31,7	38,6
	Ona - Oso ona	Absolutuak	4,0	48,0	37,0	89
		Antzemandako BKren %	4,5	53,9	41,6	100
		BKI profesionalaren %	40,0	41,4	58,7	47,1
	Guztira	Absolutuak	10,0	116,0	63,0	189
		Antzemandako BKren %	5,3	61,4	33,3	100
		BKI profesionalaren %	100	100	100	100

Alde horretatik, analisi baten bitartez ikusi dugu erabiltzaileen antzemandako bizi-kalitateak eta osasun-gogobetetzeak baduela lotura Gencat eskalako bizi-kalitatearen indizearekin. Zehazki, ikusi dugu bizi-kalitatea eta osasuna gehien baloratzen dituztenek gai horiei puntu gutxiago ematen dizkietenek baino bizi-kalitatearen indize "objektibo" askoz handiagoa dutela (eranskinetako 1A eta 2A taulak).

Gainera, aztertutako bizi-kalitatearen arlo gehienetan aldagai horiek desberdintasun estatistiko handiak dituzte. Antzemandako bizi-kalitatea zenbat eta handiagoa izan, orduan eta handiagoa da, baita ere, arlo hauetako puntuazioa: ongizate emozionala, pertsona arteko harremanak, autodeterminazioa eta eskubideak. Halaber, osasun-gogobetetze handia duten erabiltzaileek gainerakoek baino puntuazio hobea dute arlo hauetan: ongizate emozionala, garapen pertsonala, ongizate fisikoa, autodeterminazioa eta eskubideak.

4.3.2 Bizi-kalitatean eragina duten faktoreak

Faktore pertsonalak			
FAKTOREAK	ERABILTZAILEEN PROFIL DEMOGRAFIKOAREKIN ZERIKUSIA DUTEN HIPOTESIAK	BKI EMAITZA	DIMENTSIOETAKO EMAITZA
SEXUA	<i>Buru-gaixotasuna duten emakumeek bizi-kalitatearen indize eskasagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere eskasagoak dituzte.</i>	X	X
ADINA	<i>Adinez nagusienek bizi-kalitatearen indize eskasagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere eskasagoak dituzte.</i>	X	X

Oharra: Aurrerantzean, emaitzen lehenbiziko zutabea (BKI emaitza) bizi-kalitatearen indizearen desberdintasun estatistiko nabarmenen gainekoa izango da, eta bigarren zutabea (dimentsioetako emaitzak) bizi-kalitatearen dimentsio batzuetako desberdintasun nabarmenei buruzkoa.

Egindako analisi estatistikoarekin ezin da esan aldagai horiek bizi-kalitatearen indizean eragina dutenik, bariantzaren (ANOVA) analisiaren emaitzen bidez ezin baitira antzeman bizi-kalitatearen indizearen eta sexu edo adinaren arteko desberdintasun estatistiko nabarmenak (32. taula); dena den, aldagai horiek dimentsio zehatz batzuetako mailak gutxitu edo handitu ditzakete.

Adinaren kasuan, adibidez, ongizate materialaren dimentsioan aldeak daude (gazteenek dituzte dimentsio horretan puntuazio txikiak), baina alde horiek deuseztatu egiten dira eragin handiagoa duten beste aldagai batzuen ondorioz: psikiatriako unitatean ospitaleratzea, laguntza beharra eta abar (33 taula).

32. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		IS		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
GUZTIRA		191	10,9		11,4		9,8		12,9		8,3		12,6		11,8		11,5		108,6	
Sexua	Gizonak	128	11,0		11,4		10,0		12,7		8,3		12,5		11,7		11,5		108,6	
	Emakumeak	63	10,7		11,6		9,3		13,1		8,2		12,9		12,0		11,5		108,6	
Adina⁴³	30 urte baino gutxiago	14	10,7		11,7		8,9 (*)		13,0		7,1		12,9		11,7		12,0		107,4	
	30-40 urte	48	10,8		11,6		10,1		13,1		8,6		12,1		12,2		11,8		109,6	
	41-50 urte	74	10,6		10,9		9,3		12,5		8,0		12,5		11,7		11,1		106,2	
	51-68 urte	55	11,5		11,9		10,4		13,0		8,7		13,3		11,6		11,7		111,4	
	Lehen mailakoetatik gora	121	11,0		11,5		9,9		13,3		8,4		12,7		12,0		11,5		107,6	

33. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: ADINA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
Adina	30 urte baino gutxiago	14	10,7		11,7		8,9 (*)		13,0		7,1		12,9		11,7		12,0		107,4	
	30-40 urte	48	10,8		11,6		10,1		13,1		8,6		12,1		12,2		11,8		109,6	
	41-50 urte	74	10,6		10,9		9,3		12,5		8,0		12,5		11,7		11,1		106,2	
	51-68 urte	55	11,5		11,9		10,4		13,0		8,7		13,3		11,6		11,7		111,4	
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	% 33-% 65	10	10,4		11,5		8,6		12,7		6,2		13,0 (*)		11,4		12,2		105,5	
		32	11,1		11,9		10,3		13,3		9,0		12,3		12,7		11,8		111,7	
		49	10,8		11,1		9,2		12,7		8,3		12,6		11,8		10,9		106,9	
		31	11,5		12,4		10,2		14,0		8,9		13,9		12,4		11,7		114,0	
	> % 65	4	11,5		12,3		9,5		13,8		9,3		12,8		12,5		11,5		112,0	

⁴³ Adinari kodetze berria eman ostean bariantzaren (edo ANOVA) analisia egin da; eta gero, Pearson Korrelazioaren analisia egin da, galdeketako zenbakizko aldagai ireki eta jatorrizkoaren bidez. Baina horrela ere ez da lortu estatistika aldetik desberdintasun garrantzitsurik datuetan, ez guztirakoarekin ez kalitatearen dimentsio batekin ere.

		gutxiago											
		30-40 urte	15 10,3	11,0	10,1	12,9	7,8	11,6	11,1	11,9	106,3		
		41-50 urte	24 10,4	10,5	9,6	12,2	7,3	12,5	11,5	11,6	105,2		
		51-68 urte	21 11,4	11,0	10,7	11,4	8,1	12,3	10,4	11,5	106,5		
OSPITALERATZEAK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	30 urte baino gutxiago	10 12,0	12,9	9,5	14,2	7,7	13,0	13,0	12,4	112,0		
		30-40 urte	43 11,2	11,8	10,4	13,4	8,6	12,4	12,1	12,0	106,3		
	41-50 urte	64 10,9	11,0	9,5	12,6	8,4	12,7	11,7	11,1	105,2			
	51-68 urte	47 11,6	11,7	10,3	13,1	8,8	13,3	11,3	11,8	106,5			
	Ospitaleratu da	30 urte baino gutxiago	4 7,5	8,8	7,3	10,0 (*)	5,5	12,8 (*)	8,5	11,0	113,7		
		30-40 urte	5 7,6	10,4	7,4	10,4	8,0	9,2	12,6	9,8	111,2		
		41-50 urte	10 8,8	10,1	7,7	12,0	5,3	11,2	11,3	11,2	107,5		
		51-68 urte	8 10,5	13,1	11,1	12,9	7,8	13,0	13,8	11,1	111,2		
	LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomia da	30 urte baino gutxiago	7 11,0	11,6	9,0	13,1	6,1	13,9	11,7	12,1	108,0	
			30-40 urte	8 11,8	13,6	10,1	13,5	8,4	13,6	12,5	12,6	115,3	
41-50 urte			11 11,5	12,4	8,5	13,9	7,1	14,1	13,0	12,5	112,0		
51-68 urte			13 12,2	12,8	9,5	14,5	9,9	15,4	12,7	13,0	118,8		
Laguntza behar du		30 urte baino gutxiago	7 10,4	11,9	8,7	12,9	8,0	12,0	11,7	11,9	106,7		
		30-40 urte	40 10,6	11,2	10,1	13,0	8,6	11,8	12,1	11,6	108,5		
		41-50 urte	62 10,5	10,7	9,4	12,4	8,2	12,2	11,5	10,9	105,5		
		51-68 urte	41 11,1	11,6	10,6	12,5	8,3	12,5	11,2	11,2	108,4		

FAKTOREAK	ERABILTZAILA BURU-GAIXOTASUNAREN PROFILAREKIN ZERIKUSIA DUTEN HIPOTESIAK	BKI EMAITZA	DIMENTSIOETAKO EMAITZA
GAIXOTASUNAREN BILAKAERA-URTEAK.	Bizi-kalitatearen indizearen eta gaixotasunak izan duen bilakaeraren urte kopuruaren artean lotura garrantzitsua egon daiteke; baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuekiko ere.	X	✓ (GP eta ES)
BESTE DIAGNOSTIKO ERANTSI BATZUK	Beste diagnostiko erantsi batzuk edo horiei lotutako beste patologia batzuk dituzten pertsonen bizi-kalitatearen indize eskasagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere eskasagoak dituzte.	✓	✓ (PH, OM, GP, OF eta AU)
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	Desgaitasunaren portzentajeak gora egin ahala, behera egiten dute bizi-kalitatearen indizeak eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuek.	✓	✓ (OE, GP, AU eta GI)
LAGUNTZA BEHARRAK	Zenbat eta laguntza gehiago behar izan, orduan eta txikiagoak dira bizi-kalitatearen indizea eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk.	✓	✓ (PH, ES, AU eta GP)
OSPITALERATZEAK PSIKIATRIAN	Azken urteko psikiatriako ospitaleratzeen kopurua zenbat eta handiagoa izan, bizi-kalitatearen indizea eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetako puntuazioak orduan eta txikiagoak dira. (*)	✓	✓ (OE, OM, GP, OF eta AU)
DIAGNOSTIKO NAGUSIA	Pertsonaren diagnostiko nagusiak bizi-kalitatearen indizearekin eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuekin zerikusia duela uste dugu.	X	X

Oharra: lagina behar bezain handia ez denez, (*) ikurrarekin markatutako kasuetako emaitzak kontu handiz aztertu behar dira

Badirudi beste diagnostiko erantsi edo patologia elkartuak edukitzeak, desgaitasunaren portzentajeak, laguntza beharrak eta psikiatriako ospitaleratzeek desberdintasun estatistikoak eragiten dituztela galdeketa egiten duten pertsonen bizi-kalitatearen indizean eta, baita ere, bizi-kalitatearen dimentsio batzuetako emaitzetan. Orobat, gaixotasunaren bilakaera-denborak bizi-kalitatearen dimentsio batzuekin zerikusia duela dirudi (34. taula).

Pearson-en korrelazioaren analisiaren arabera, **buru-gaixotasuna diagnostikatuta egindako urteek** eragin estatistikoa dute bi dimentsio hauetan: garapen pertsonala eta eskubideak. Bi kasuetan, gaixotasuna diagnostikatuta urte gutxiago egin dituztenek (gazteagoak dira...) puntuazio hobekak dituzte.

Buru-gaixotasunaz gain **beste diagnostiko erantsi edo patologia elkartu batzuk** dituztenen bizi-kalitatearen indizea diagnostiko erantsi edo patologia elkarturik ez dutenena baino txikiagoa da. Halaber, beste diagnostiko erantsi edo patologia elkarturen bat dutenen kasuan, dimentsio hauetako puntuazioak txikiagoak dira: pertsona arteko harremanak, ongizate materiala, garapen pertsonala, ongizatea fisikoa eta autodeterminazioa.

Beste aldagai batzuen eragina indargabetzen denean, ikusten da beste diagnostiko erantsi edo patologia elkartu batzuk izateak eragin negatiboa duela, desgaitasunaren portzentajea dena delakoa ere eta baita azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ala ez egon. Laguntza behar duten pertsonen emaitzak ere oso desberdinak dira, nahiz eta autonomoak diren pertsonen kasuekin alderatuz gero alde horiek txikitu egiten diren (35 taula).

Pearson-en korrelazioaren analisiaren arabera, **desgaitasunaren portzentajeak** asko baldintzatzen ditu bizi-kalitatearen indizea eta honako dimentsio hauek: ongizate emozionala,

garapen pertsonala, autodeterminazioa eta gizarteratzea. Kasu guztietan, desgaitasunaren portzentajeak gora egin ahala, gainerako puntuazioek behera egiten dute.

Laguntza beharrak ere desberdintasun estatistiko nabarmenak eragiten dituela dirudi. Pertsona autonomoen indizea laguntza behar dutenena baino askoz handiagoa da. Dimentsio hauetan ere alde handiak daude: pertsona arteko harremanak, eskubideak, autodeterminazioa eta garapen pertsonala.

Datuak bereizi eta aztertuz gero ikusten da aldeak daudela, soilik, desgaitasun portzentaje arina (% 33 eta % 65 artekoa) duten pertsonen eta azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ez diren pertsonen multzoetan. Horrek esan nahi du, beharbada, desgaitasun portzentajeak eta azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon izanak laguntza beharraren aldagaiak berak baino eragin handiagoa dutela (36 taula).

Datuen arabera, **azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon diren pertsonen** bizi-kalitatearen indizea ospitaleratuta egon ez direnena baino txikiagoa dela; dena den, datu horiek kontuz aztertu behar dira, azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon diren pertsonen lagina oso txikia baita. Pertsona horiek, gainera, dimentsio hauetan puntuazio txikiagoak dituzte, nabarmen: ongizate emozionala, ongizate materiala, garapen pertsonala, ongizate fisikoa eta autodeterminazioa.

Aldagai horrek eragina du benetan, azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon diren pertsonen bizi-kalitatearen indizea askoz txikiagoa baita, erabiltzaileen laguntza beharrak direnak direlakoak. Aldagai horrek eragina izan dezake, bereziki, % 33 eta % 65 arteko desgaitasun portzentajea dutenen kasuan, eta ez desgaitasun portzentaje handiagoa duten pertsonen kasuan, azken aldagai horrek indar handiagoa duelako, beharbada (37 taula).

Erabiltzaileen **diagnostiko nagusiak** ez du eragin estatistiko nabarmenik bizi-kalitatearen indizean. Erabiltzaileen ongizate emozionalean aldeak daude, eta depresio larria dutenak dira dimentsio horretan puntuazio txikiena dutenak. Dena den, ezin da ondorio zehatzik atera, eskizofrenia ez beste diagnostiko nagusiren bat duten kasuen lagina txikia baita.

Alde horretatik, aldagai horren eragina sakonago aztertze aldera, beste aldagai batzuen eragina indargabetu dugu (38 taula) eta ikusi dugu aldeak arindu egiten direla desgaitasun-portzentaje handia eta txikia dutenak bereiz aztertuz gero; horrek esan nahi du, beharbada, diagnostiko-motaren eragina ez dela hain erabakigarria. Azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon diren eta egon ez diren pertsonen artean ere gauza bera gertatzen da.

34. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: DIAGNOSTIKO NAGUSIA, GAIXOTASUNAREN BILAKAERA-URTEAK, BESTE DIAGNOSTIKO ERANTSI EDO PATOLOGIA ELKARTU BATZUK EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, LAGUNTZA BEHARRA (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA) ETA PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA ETA PEARSON-EN KORRELAZIO-KOEFIZIENTEA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar	PE	Gar	PE	Gar	PE	Gar	PE	Gar	PE	Gar	PE	Gar	PE	Gar	PE	Gar.
GUZTIRA		191	10,9		11,4		9,8		12,9		8,3		12,6		11,8		11,5		108,6	
Diagnostiko nagusia	Eskizofrenia	130	11,2	(*)	11,2		10,0		12,8		8,3		12,6		11,6		11,3		108,4	
	Nahasmendu bipolarra	16	10,3		10,9		9,5		12,6		7,8		12,5		12,6		11,7		107,3	
	Depresio larria	13	8,5		12,6		8,6		12,7		7,5		12,7		12,2		11,7		106,1	
	Nortasun-nahasmendua	20	10,8		11,2		9,1		12,5		7,2		12,4		10,7		11,7		105,2	
Gaixotasunaren bilakaera-urteak	Pearson Correlation	189	-0,05		0,00		-0,01		-0,17	(*)	-0,07		-0,08		-0,02		-0,14	(*)	-0,09	
	Gar. (2-tailed)		0,50		0,98		0,85		0,02		0,37		0,28		0,81		0,05		0,22	
Beste diagnostiko erantsi batzuk edo horiei lotutako beste patologia batzuk	Diagnostiko erantsiekin	68	10,4		10,7	(*)	9,0	(*)	12,2	(*)	7,2	(*)	12,0	(*)	11,2		11,2		103,7	(*)
	Diagnostiko erantsirik ez	123	11,2		11,8		10,2		13,2		8,8		13,0		12,1		11,7		111,3	
Desgaitasunaren %	Pearson Correlation	186	-0,15	(*)	-0,10		0,00		-0,22	(*)	-0,06		-0,17	(*)	-0,16	(*)	-0,14		-0,18	(*)
	Gar. (2-tailed)		0,04		0,19		0,98		0,00		0,40		0,02		0,03		0,06		0,02	
Laguntza beharra	Autonomoa da	39	11,7		12,6	(*)	9,3		13,9	(*)	8,1		14,4	(*)	12,6		12,6	(*)	114,2	(*)
	Laguntza behar du	150	10,7		11,1		9,9		12,6		8,3		12,2		11,6		11,2		107,2	
Ospitaleratzea psikiatrian	Ez da ospitaleratu psikiatrian	164	11,3	(*)	11,5		10,0	(*)	13,1	(*)	8,5	(*)	12,8	(*)	11,8		11,6		109,9	(*)
	Psikiatريان ospitaleratu da	27	8,9		10,9		8,6		11,7		6,6		11,6		11,9		10,9		100,8	

35. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BESTE DIAGNOSTIKO ERANTSI EDO PATOLOGIA ELKARTU BATZUK EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRA (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Beste diagnostiko erantsi batzuk	68	10,4		10,7	(*)	9,0	(*)	12,2	(*)	7,2	(*)	12,0	(*)	11,2		11,2		103,7	(*)
	Diagnostiko erantsirik ez batzuk	123	11,2		11,8		10,2		13,2		8,8		13,0		12,1		11,7		111,3	
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	33-65		10,6		11,4		8,7	(*)	12,5	(*)	7,3	(*)	12,3		12,0		11,4		105,9	(*)
		81	11,2		11,8		10,2		13,5		9,1		13,2		12,2		11,5		111,8	
	> 65		10,1		9,6	(*)	9,4		11,6		7,2		11,6		10,1	(*)	11,0	(*)	100,5	(*)
		38	11,2		11,8		10,6		12,6		8,2		12,7		11,8		12,1		110,2	
OSPITALERATZEAK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu		10,8		11,0		9,4	(*)	12,3	(*)	7,6	(*)	12,2	(*)	11,4		11,4		105,8	(*)
		108	11,5		11,8		10,3		13,4		9,0		13,1		12,0		11,7		112,1	
	Ospitaleratu da		8,3		9,5		7,1	(*)	11,4		5,4		11,2		10,3		10,5		94,2	(*)
		15	9,3		11,9		9,8		11,9		7,5		11,9		13,1		11,2		106,1	
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomoa da		11,4		11,9		8,6		12,9		6,4	(*)	14,0		11,9		12,4		109,1	
		25	11,8		13,1		9,6		14,4		9,1		14,6		12,9		12,7		117,1	
	Laguntza behar du		10,1		10,4	(*)	9,1	(*)	12,0	(*)	7,5	(*)	11,5	(*)	11,0		10,9		102,4	(*)
		96	11,0		11,5		10,4		12,9		8,8		12,6		11,9		11,4		109,9	

36. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOPEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BEHARRIZANAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIOALEN BALORAZIOA), DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Laguntza beharra	Autonomoa da	39	11,7	12,6	(*)	9,3	13,9	(*)	8,1	14,4	(*)	12,6	12,6	(*)	114,2				
		Laguntza behar du	150	10,7	11,1		9,9	12,6	8,3	12,2	11,6	11,2	107,2							
DESGAITASUNA REN PORTZENTAJEA	% 33-% 65	Autonomoa da	90	11,8	12,8	(*)	9,4	14,2	(*)	8,5	14,6	(*)	12,6	12,8	(*)	115,6	(*)			
		Laguntza behar du	32	10,7	11,3		9,8	12,8	8,5	12,3	12,0	11,0	107,8							
	>% 65	Autonomoa da	55	11,3	12,1		8,4	12,3	6,6	13,4	12,6	11,7	108,0							
		Laguntza behar du	7	10,7	10,7		10,2	12,2	8,0	12,0	10,9	11,6	106,0							
OSPITALERATZE AK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	Autonomoa da	36	12,0	12,9	(*)	9,5	14,1	(*)	8,4	14,5	(*)	12,9	(*)	12,8	(*)	116,1	(*)		
		Laguntza behar du	126	11,0	11,2		10,1	12,8	8,6	12,3	11,5	11,3	108,2							
	Ospitaleratu da	Autonomoa da	3	8,3	9,0		6,7	10,7	5,0	12,7	8,3	10,3	91,3							
		Laguntza behar du	24	9,0	11,1		8,8	11,8	6,8	11,5	12,3	11,0	102,0							

37. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALEN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	Ospitaleratzeak psikiatryan	Ez da ospitaleratu	164	11,3	(*)	11,5	10,0	(*)	13,1	(*)	8,5	(*)	12,8	(*)	11,8	11,6	109,9	(*)		
		Ospitaleratu da	27	8,9		10,9	8,6		11,7		6,6		11,6		11,9	10,9	100,8			
	% 33-% 65	Ez da ospitaleratu	106	11,3	(*)	11,7	9,9	(*)	13,5	(*)	8,9	(*)	13,1	(*)	12,2	11,6	(*)	111,5	(*)	
		Ospitaleratu da	16	9,3		11,2	7,9		11,4		5,4		11,4		11,8	10,3	98,6			
	>% 65	Ez da ospitaleratu	56	11,2	(*)	11,1	10,0		12,2		7,8		12,3		11,0	11,6	106,8			
		Ospitaleratu da	8	7,6		9,3	10,4		12,1		7,9		11,9		11,6	11,9	102,5			
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomoa da	Ez da ospitaleratu	36	12,0	(*)	12,9	9,5		14,1	(*)	8,4		14,5	12,9	(*)	12,8	(*)	116,1	(*)	
		Ospitaleratu da	3	8,3		9,0	6,7		10,7		5,0		12,7		8,3	10,3	91,3			
	Laguntza behar du	Ez da ospitaleratu	126	11,0	(*)	11,2	10,1	(*)	12,8		8,6	(*)	12,3		11,5	11,3	108,2	(*)		
		Ospitaleratu da	24	9,0		11,1	8,8		11,8		6,8		11,5		12,3	11,0	102,0			

38. TAULA: DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
Diagnostiko nagusia	Eskizofrenia	130	11,2	(*)	11,2	10,0	12,8	8,3	12,6	11,6	11,3	108,4								
	Nahasmendu bipolarra	16	10,3		10,9	9,5	12,6	7,8	12,5	12,6	11,7	107,3								
	Depresio larria	13	8,5		12,6	8,6	12,7	7,5	12,7	12,2	11,7	106,1								
	Nortasun-nahasmendua	20	10,8		11,2	9,1	12,5	7,2	12,4	10,7	11,7	105,2								
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	% 33-% 65	Eskizofrenia	77	11,4		11,2	9,8	13,3	8,6	12,8	11,9	11,2	90,3							
		Nahasmendu bipolarra	14	10,1		10,7	9,0	12,4	7,6	12,3	12,3	11,4	85,9							
		Depresio larria	8	8,8		14,0	8,3	12,9	7,5	12,6	12,3	11,3	87,5							
		Nortasun-nahasmendua	12	11,0		11,9	9,8	12,1	6,9	13,0	11,4	11,7	87,8							
	>% 65	Eskizofrenia	51	10,9		11,0	10,2	(*)	11,9	7,8	12,1	11,0	(*)	11,4	86,4					
		Nahasmendu bipolarra	2	11,5		12,5	13,0		13,5	9,0	14,0	15,0		13,5	102,0					
		Depresio larria	2	7,5		9,0	11,0		12,5	8,0	15,0	15,0		14,0	92,0					
		Nortasun-nahasmendua	8	10,5		10,0	8,0		13,1	7,6	11,4	9,6		11,6	81,9					
OSPITALERATZEAK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	Eskizofrenia	116	11,4		11,2	10,2	(*)	12,9	8,6	12,7	11,7	11,5	90,2						
		Nahasmendu bipolarra	11	11,5		11,2	9,6		13,0	8,7	12,7	12,2	12,0	90,9						
		Depresio larria	9	9,0		12,9	8,4		12,7	7,3	13,3	11,9	11,6	87,1						
		Nortasun-nahasmendua	16	11,2		11,3	8,8		12,6	7,3	12,6	10,6	11,4	85,9						
	Ospitaleratu da	Eskizofrenia	14	9,6		10,8	7,7		11,3	6,4	11,6	11,1	10,1	78,6						
		Nahasmendu bipolarra	5	7,8		10,4	9,2		11,6	5,8	12,0	13,6	11,0	81,4						
		Depresio larria	4	7,5		12,0	9,0		12,8	7,8	11,3	13,0	12,0	85,3						
		Nortasun-nahasmendua	4	9,3		10,5	10,5		12,0	6,8	11,3	11,0	12,5	83,8						
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomoa da	Eskizofrenia	28	11,6		11,8	8,9		13,5	7,8	13,9	12,0	12,3	91,7						
		Nahasmendu bipolarra	2	13,5		14,5	11,5		16,0	10,0	16,0	14,5	14,0	110,0						
		Depresio larria	3	10,0		14,3	8,7		13,0	7,0	15,0	13,3	13,0	94,3						
		Nortasun-nahasmendua	3	11,7		12,7	8,7		14,3	6,7	15,7	12,3	13,0	95,0						
	Laguntza behar du	Eskizofrenia	100	11,1	(*)	11,0	10,2		12,6	8,6	12,2	11,5	11,0	88,2						
		Nahasmendu bipolarra	14	9,9		10,4	9,2		12,1	7,5	12,0	12,4	11,4	84,8						
		Depresio larria	10	8,1		12,1	8,6		12,6	7,6	12,0	11,9	11,3	84,2						
		Nortasun-nahasmendua	17	10,6		10,9	9,2		12,2	7,3	11,8	10,4	11,4	83,8						

Testuinguruko faktoreak

FAKTOREAK	ERABILTZAILEEN GIZARTE SAREAREKIN ETA LAGUNTZA INFORMALAREKIN ZERIKUSIA DUTEN HIPOTESIAK	BKI EMAITZA	DIMENTSIOETAKO EMAITZA
SARE INFORMALAREN TAMAINA	<i>Lotura garrantzitsua egon daiteke bi hauen artean: batetik, buru-gaixotasuna duen pertsonaren laguntza sarearen tamaina eta, bestetik, bizi-kalitatearen indizea; baina baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuen artean ere.</i>	✓	✓ (OE, PH, OF, AU, GI eta ES)
BIKOTEKIDEA	<i>Bizi-kalitatearen indizearen eta bikotekidea edukitzearen artean lotura garrantzitsua egon daiteke; baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuekiko ere.</i>	X	✓ (PH eta AU)
BIZIKIDETZA MOTA	<i>Buru-gaixotasuna duten pertsonen artean, egoitza batetik kanpo baita laguntzarekin bizi direnek bizi-kalitatearen indize altuagoa dute; eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuk ere altuagoak dituzte.</i>	X	X
BIZILEKUA	<i>Landa inguruetan bizi diren pertsonen indize altuagoak dituzte gizarteratzeari lotutako dimentsioetan, eta pertsonen arteko harremanetan.</i>	X	X

Ezin izan dugu egiaztatu bizi-kalitatearen indizearen eta erabiltzaileen bizikidetzaren edo bizitokiaren arteko lotura estatistikorik. Hala eta guztiz ere, ikusi dugu laguntza sare informala eragina duela bizi-kalitatearen indizean eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan; eta baita bikotekidea izateak ere dimentsio horietako batzuetan (39. taula).

Zehazki, laguntza **sare informala** eragina du bizi-kalitatearen indizean eta dimentsio hauetan: ongizate emozionala, pertsona arteko harremanak, ongizate fisikoa, autodeterminazioa, gizarteratzea eta eskubideak.

Datu horiek zehatzago aztertuz gero ikusten da laguntza sarearen neurriak eragina duela, batik bat, desgaitasun portzentaje txikia edo arina (% 33 eta % 65 artekoa) dutenen eta azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ez direnen kasuan (40. taula).

Hasiera batean, **bikotekidea izateak ala ez** izateak hiru dimentsio hauetan du eragin nabarmena: pertsona arteko harremanak, autodeterminazioa eta ongizate materiala (nahiz eta azken dimentsio horretan aldeak beste faktore batzuek ere eragin ditzaketen). Lehenbiziko bi dimentsioetan, bikotekidea dutenek puntuazio askoz handiagoak dituzte bikotekidea ez dutenek baino; aldiz, ongizate materialari dagokionez, bikotekiderik ez dutenek dituzte puntuazio handienak.

Datuak bereiz aztertuz gero ikusten da (41. taula) bikotekideak izateak edo ez izateak eragin handia duela desgaitasun portzentaje arina (% 33 eta % 65 artekoa) dutenen eta psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ez direnen pertsona arteko harremanetan eta autodeterminazioan; bikotekidea izateak, ordea, ez ditu hobetzen desgaitasun maila handiagoa dutenen pertsona arteko harremanak eta autodeterminazioa. Bestela esanda, desgaitasun portzentaje arina duten eta psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ez diren pertsonen kasuan, bikotekideak eragin positibo nabarmena du pertsona arteko harremanetan eta autodeterminazioan.

Horren harian, bikotekidea izateak alde nabarmenak eragiten ditu pertsona autonomoen zein laguntza behar duten pertsonen harremanetan.

Aitzitik, bikotekidea ez duten pertsonen ongizate materialean puntuazio hobekak dituzte, baina kasu hauetan bakarrik: % 65 baino desgaitasun portzentaje handiagoa badute, psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ez badira eta laguntza behar badute. Alde horretatik, emaitza horietan eragina izan dezake, neurri handian, multzo horietako pertsona asko egoitzetan bizitzeak.

Bizikidetzari buruzko emaitzei dagokienez, bakarrik eta norbaitekin bizi diren pertsonen bizi-kalitatea antzekoa da; dena den, kontuan hartu beharra daukagu laginean bakarrik bizi diren pertsona gutxi daudela eta analisia, beraz, mugatua dela.

Badirudi erabiltzaileen **bizilekuak** eragina duela aztertutako bi dimentsio hauetan: ongizate emozionalean eta pertsona arteko harremanetan. Bi kasuetan, hiri-udalerrietan (probintziako hiriburuetan) bizi direnek puntuazio handiagoak dituzte. Dena den, datuak bereiziz gero ikusten da aldagai horren eragina desagertu egiten dela desgaitasun portzentaje eta autonomia-maila bereko pertsonak aztertzen direnean; horrek esan nahi du, beraz, bi aldagai horiek indar handiagoa dutela alde horiek azaltzerakoan (42. taula).

39. TAULA: DIMENTSIONEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BIZITZEKO MODUA, BIZILEKUA, SAREAREN TAMAINA ETA BIKOTEKIDEA EDUKITZEA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA ETA PEARSON-EN KORRELAZIO-KOEFIZIENTEA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
GUZTIRA		191	10,9		11,4		9,8		12,9		8,3		12,6		11,8		11,5		108,6	
Bizikidetza mota (*)	Bakarrik bizi da	29	10,8		11,1		10,2		12,8		8,7		13,5		11,7		11,7		109,8	
	Beste pertsona batzuekin bizi da, baina ez egoitza batean	119	11,0		11,8		9,9		12,9		8,1		13,0		12,3		11,7		110,0	
Bizilekua	Landa udalerrak	84	10,3	(*)	10,9	(*)	9,7		12,5		8,5		12,5		11,4		11,3		106,7	
	Hiriak - hiriburuak	107	11,4		11,9		9,9		13,1		8,1		12,8		12,1		11,7		110,2	
Sarearen tamaina	Pearson Correlation	186	0,177	(*)	0,28	(*)	0,14		0,07		-0,146	(*)	0,23	(*)	0,260	(*)	0,147	(*)	0,208	(*)
	Gar. (2-tailed)		0,02		0,00		0,05		0,36		0,046		0,002		0,000		0,046		0,004	
Bikotekidea	Badauka	44	11,6		13,2	(*)	9,1	(*)	13,4		8,5		13,3	(*)	12,3		11,7		112,1	
	Ez dauka	147	10,7		10,9		10,0		12,7		8,2		12,4		11,7		11,5		107,6	

Oharra (*): analisi hau egiteko ez dira kontuan hartu egoitza batean bizi diren pertsonen kasuak.

40. TAULA: PEARSON-EN KORRELAZIOA SAREAREN TAMAINAREN, BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BKI-REN ARTEAN; HONAKOEN ARABERA: DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRA, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK BETIERE

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Sarearen tamaina	Pearson Correlation	<i>186</i>	0,177	(*)	0,28	(*)	0,14	0,07	-0,146	(*)	0,23	(*)	0,260	(*)	0,147	(*)	0,208	(*)	
		Gar. (2-tailed)		0,02		0,00		0,05	0,36	0,046		0,002		0,000		0,046		0,004		
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	% 33-% 1,5	Pearson Correlation	<i>118</i>	0,180		0,246	(*)	0,194	(*)	0,069	-0,147	0,261	(*)	0,265	(*)	0,192	(*)	0,223	(*)	
		Gar. (2-tailed)		0,051		0,007		0,036	0,455	0,112	0,004	0,004		0,004		0,037		0,015		
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	% 65etik gora	Pearson Correlation	<i>63</i>	0,192		0,342	(*)	0,121	0,012	-0,170	0,170	0,242		0,070		0,174				
		Gar. (2-tailed)		0,132		0,006		0,347	0,925	0,182	0,182	0,056		0,588		0,172				
OSPITALERATZEAK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	Pearson Correlation	<i>159</i>	0,164		0,269	(*)	0,165	(*)	0,040	-0,204	(*)	0,237	(*)	0,253	(*)	0,203	(*)	0,199	(*)
		Gar. (2-tailed)		0,039		0,001		0,038	0,617	0,010	0,003	0,001		0,010		0,012				
OSPITALERATZEAK PSIKIATRIAN	Ospitaleratu da	Pearson Correlation	<i>27</i>	0,186		0,315	-0,003	0,247	0,092	0,115	0,316	-0,263	0,207							
		Gar. (2-tailed)		0,354		0,110	0,987	0,213	0,649	0,570	0,108	0,184	0,301							
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomia da	Pearson Correlation	<i>36</i>	0,311		0,196	0,324	0,075	-0,138	0,314	0,217	0,333	(*)	0,232						
		Gar. (2-tailed)		0,065		0,251	0,054	0,663	0,421	0,062	0,203	0,047	0,174							
LAGUNTZA BEHARRAK	Laguntza behar du	Pearson Correlation	<i>148</i>	0,086		0,268	(*)	0,086	-0,013	-0,156	0,098	0,251	(*)	0,015		0,124				
		Gar. (2-tailed)		0,301		0,001		0,300	0,877	0,058	0,236	0,002	0,859	0,133						

41. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BIKOTEKIDEA EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU
IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Bikotekidea	Badauka	44	11,6	13,2	(*)	9,1	(*)	13,4	8,5	13,3	(*)	12,3	11,7	112,1					
		Ez dauka	147	10,7	10,9		10,0		12,7	8,2	12,4		11,7	11,5	107,6					
DESGAITASUNA REN	% 33-% 65	Badauka	30	12,1	(*)	14,4	(*)	9,7	14,4	(*)	9,6	(*)	14,0	(*)	13,3	(*)	12,0	118,1	(*)	
		Ez dauka	92	10,7		10,8		9,7	12,8		8,1		12,5	11,8	11,3	107,1				
	>% 65	Badauka	11	10,5		9,8		7,7	(*)	11,1	5,2	(*)	12,1	9,3	(*)	11,0	96,9	(*)		
		Ez dauka	53	10,8		11,1		10,6		12,4	8,4		12,3	11,5	11,8	108,2				
OSPITALERATZE AK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	Badauka	37	11,9	13,3	(*)	9,2	(*)	13,6	8,8	13,7	(*)	12,2	11,8	113,6					
		Ez dauka	127	11,1		11,0		10,2		12,9	8,5		12,6	11,7	11,6	108,9				
	Ospitaleratu da	Badauka	7	9,9		12,6		8,1		12,1	6,7		11,4	12,6	11,4	104,4				
		Ez dauka	20	8,6		10,3		8,8		11,5	6,5		11,7	11,6	10,7	99,5				
LAGUNTZA BEHARRA	Autonomoa da	Badauka	19	11,9	14,2	(*)	9,7		14,5	8,9		14,5	12,8	12,7	118,1					
		Ez dauka	20	11,5		11,2		8,8		13,3	7,4		14,3	12,3	12,5	110,5				
	Laguntza behar du	Badauka	24	11,5		12,7	(*)	8,5	(*)	12,8	8,3		12,5	12,1	10,9	108,5				
		Ez dauka	126	10,6		10,8		10,2		12,6	8,3		12,1	11,5	11,3	106,9				

42. TAULA: DATU ESTATISTIKO DESKRIPTIBOAK ETA DESBERDINTASUNEN GARRANTZIA ONGIZATE EMOZIONALA ETA PERTSONEN ARTEKO HARREMANAK DIMENTSIOETAN. HONAKOEN ARABERA: BIZILEKUA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK BETIERE. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI	
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	Bizilekua	Landa udalerrriak	84	10,3	(*)	10,9	(*)	9,7	12,5	8,5	12,5	11,4	11,3	106,7					
		Hiriak - hiriburuak	107	11,4	11,9	9,9	13,1	8,1	12,8	12,1	11,7	110,2							
	33-65	Landa udalerrriak	50	10,5	11,2	9,3	12,9	8,4	12,8	11,8	11,2	107,5							
		Hiriak - hiriburuak	72	11,4	12,0	10,0	13,4	8,5	12,9	12,4	11,6	111,4							
	> 65	Landa udalerrriak	32	10,2	10,5	10,4	12,1	8,7	(*)	12,0	10,9	11,5	105,8						
		Hiriak - hiriburuak	32	11,3	11,3	9,8	12,3	7,0	12,5	11,3	11,8	106,8							
OSPITALERATZE AK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	Landa udalerrriak	68	10,7	(*)	10,9	(*)	9,8	12,7	9,0	12,6	11,3	11,4	107,7					
		Hiriak - hiriburuak	96	11,7	12,0	10,2	13,3	8,2	13,0	12,1	11,8	111,5							
	Ospitaleratu da	Landa udalerrriak	16	8,9	10,9	9,4	11,8	6,4	11,9	12,0	11,2	102,3							
		Hiriak - hiriburuak	11	8,8	10,8	7,5	11,5	6,7	11,1	11,6	10,5	98,6							
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomoa da	Landa udalerrriak	13	11,0	12,2	8,6	13,8	9,1	14,4	11,9	12,3	112,4							
		Hiriak - hiriburuak	26	12,0	12,8	9,6	13,9	7,7	14,4	12,9	12,8	115,1							
	Laguntza behar du	Landa udalerrriak	71	10,2	10,7	9,9	12,3	8,4	12,1	11,3	11,1	105,6							
		Hiriak - hiriburuak	79	11,1	11,6	9,9	12,8	8,2	12,2	11,9	11,3	108,6							

FAKTOREAK	IKASKETA-MAILAREKIN ETA BALIABIDE EKONOMIKOekin ZERIKUSIA DUTEN HIPOTESIAK	BKI EMAITZA	DIMENTSIOETAKO EMAITZA
BURUJABETASUN EKONOMIKOA	<i>Burujabetasun ekonomikoa (baliabide eta/edo prestazio ekonomiko propioak) duten pertsonak dituzte indize altuenak bizi-kalitatean eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan.</i>	✓	✓ (AU eta ES)
DIRU-ITURRIAK	<i>Diru-sarrerak Gizarte Zerbitzuen Sistematik jasotzen dituzten pertsonak bizi-kalitatearen indize eskasagoak dituzte, diru-sarrerak beste iturri batzuetatik jasotzen dituzten pertsonen indizearekin alderatuta.</i>	✓	✓ (OM, AU, GI eta ES)
IKASKETA-MAILA	<i>Ikasketarik ez duten edo lehen mailako ikasketak amaitu ez dituzten pertsonak bizi-kalitatearen indize txikiagoa eta dimentsio hauetan puntuazioa txikiagoak dituzte: autodeterminazioa eta garapen pertsonala.</i>	X	✓ (GP)

Burujabetasun ekonomikoak eta diru-iturri nagusiak eragin nabarmena dute bizi-kalitatearen indizean eta dimentsio batzuetan. Halaber, ikasketa-mailak bizi-kalitatearen dimentsio batean eragin positiboa du (42. taula).

Zehazki, **ekonomia aldetik burujabeak direnek** bizi-kalitatearen indizean puntuazio handiagoak dituzte burujabeak ez direnek baino, eta aldagai horrek eragina du, baita ere, autodeterminazioan eta eskubideetan.

Autodeterminazioaren dimentsioko aldeak, gainera, antzekoak dira desgaitasun portzentajea eta psikiatriako unitateko ospitaleratze-kopurua direnak direlakoak ere (43. taula).

Diru-iturri nagusizat Gizarte Zerbitzuak dituzten pertsonen bizi-kalitatearen indizea beste diru-iturri nagusi batzuk dituztenena baino txikiagoa da. Halaber, Gizarte Zerbitzuetako diru-sarreraren mende bizi diren pertsonen kasuan, dimentsio hauetako puntuazioak askoz txikiagoak dira: ongizate materiala, autodeterminazioa, gizarteratzea eta eskubideak.

Datuen arabera, garapen pertsonalaren dimentsioan puntuazio handiagoa dute **ikasketa-maila** handiagoa dutenek (lehen mailako ikasketetatik goi-mailako ikasketetara) ikasketarik ez dutenek edo lehen mailako ikasketak dituztenek baino.

Datuak bereiz aztertuz gero ikusten da ikasketa-mailak dimentsio horretan eragina duela, bakarrik, % 65 baino desgaitasun portzentajea handia duten, psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ez diren eta laguntza behar duten pertsonen kasuan. Kasu horietan guztietan, zenbat eta ikasketa-maila handiagoa izan, orduan eta garapen pertsonal hobeak dute; aitzitik, gainerako kasuetan aldagai horrek ez du hainbesteko eraginik (44. taula).

43. TAULA: DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BURUJABETASUN EKONOMIKOA, DIRU-ITURRI NAGUSIA ETA IKASKETA-MAILA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Ga r.	PE	Ga r.	PE	Ga r.	PE	Ga r.	PE	Gar.	PE	Ga r.	PE	Ga r.	PE	Ga r.	PE	Ga r.
Burujabetasu n ekonomikoa (*)	Burujabea da	<i>119</i>	11,1		11,5		10,0		12,9		8,6		13,2	(*)	11,9		11,9	(*)	110,3	(*)
	Ez da burujabea	<i>70</i>	10,6		11,3		9,4		12,7		7,8		11,8		11,7		10,9		105,9	
Diru-iturria	Gizarte Zerbitzuak	<i>73</i>	10,7		10,9		9,1	(*)	12,6		8,3		12,2	(*)	11,0	(*)	10,8	(*)	105,2	(*)
	Beste diru-iturri batzuk	<i>116</i>	11,1		11,8		10,2		13,0		8,2		13,0		12,3		11,9		110,8	
Ikasketa- maila	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	<i>70</i>	10,8		11,4		9,6		12,2	(*)	8,0		12,6		11,5		11,5		112,1	
	Lehen mailakoetatik gora	<i>121</i>	11,0		11,5		9,9		13,3		8,4		12,7		12,0		11,5		107,6	

Oharra (*): Burujabetasun ekonomikoaren aldagaian ez dira kontuan hartu "beste egoera batzuk" ematen diren kasuak.

44. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BURUJABETASUN EKONOMIKOA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Burujabetasun ekonomikoa	Burujabea da	119	11,1	11,5	10,0	12,9	8,6	13,2	(*)	11,9	11,9	(*)	110,3	(*)					
		Ez da burujabea	70	10,6	11,3	9,4	12,7	7,8	11,8	11,7	10,9	105,9								
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	33-65	Burujabea da	74	11,2	11,6	9,9	13,4	8,6	13,3	(*)	12,1	11,8	(*)	111,2						
		Ez da burujabea	47	10,7	11,7	9,3	12,9	8,3	12,2	12,1	10,8	107,5								
	> 65	Burujabea da	41	10,9	11,1	10,2	12,0	8,4	12,9	(*)	11,2	12,0	108,3							
		Ez da burujabea	22	10,4	10,4	9,8	12,4	7,0	11,2	10,9	11,0	102,8								
OSPITALERATZ EAK PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	Burujabea da	102	11,4	11,5	10,1	13,1	8,8	13,3	(*)	11,8	12,0	(*)	111,3						
		Ez da burujabea	61	11,0	11,5	9,7	13,0	8,2	12,2	11,8	11,0	107,9								
	Ospitaleratu da	Burujabea da	17	9,1	11,1	9,1	12,0	7,3	12,6	(*)	12,5	11,1	104,5	(*)						
		Ez da burujabea	9	8,1	10,1	7,3	11,0	5,2	9,4	10,6	10,1	92,3								
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomoa da	Burujabea da	30	12,1	12,6	9,2	14,0	7,9	14,6	12,6	12,7	114,6								
		Ez da burujabea	9	10,4	12,9	9,4	13,6	8,8	13,8	12,6	12,4	112,9								
	Laguntza behar du	Burujabea da	88	10,7	11,1	10,2	12,5	8,8	(*)	12,7	(*)	11,6	11,6	(*)	108,5					
		Ez da burujabea	60	10,7	11,2	9,4	12,7	7,8	11,5	11,6	10,7	105,2								

45. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: IKASKETA-MAILA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Ikasketa-maila	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	70	10,8	11,4	9,6	12,2	(*)	8,0	12,6	11,5	11,5	107,0							
		Lehen mailakoetatik gora	121	11,0	11,5	9,9	13,3	8,4	12,7	12,0	11,5	109,6								
DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA	% 33-% 65	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	47	11,0	11,8	9,7	12,7	8,5	12,9	11,8	11,8	109,4								
		Lehen mailakoetatik gora	75	11,7	13,3	11,0	14,7	10,3	13,7	13,0	12,3	110,1								
	>% 65	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	21	10,5	10,5	9,8	11,1	(*)	7,0	12,2	10,8	10,8	(*)	102,6						
		Lehen mailakoetatik gora	43	11,0	11,6	9,7	13,5	8,5	12,9	12,3	11,2	108,1								
OSPITALERATZEA K PSIKIATRIAN	Ez da ospitaleratu	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	63	11,1	11,6	9,8	12,3	(*)	8,2	12,8	11,5	11,7	108,5							
		Lehen mailakoetatik gora	101	11,4	11,5	10,1	13,5	8,8	12,8	11,9	11,6	110,8								
	Ospitaleratu da	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	7	8,1	9,9	7,4	10,6	6,1	10,4	10,7	9,9	93,4								
		Lehen mailakoetatik gora	20	9,2	11,2	9,0	12,1	6,7	12,0	12,3	11,3	103,4								
LAGUNTZA BEHARRA	Autonomoa da	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	22	11,9	12,2	9,4	13,5	8,1	14,6	12,2	12,9	113,9								
		Lehen mailakoetatik gora	17	11,4	13,2	9,1	14,4	8,2	14,1	13,1	12,3	114,6								
	Laguntza behar du	Ikasketarik ez edo lehen mailakoak	47	10,1	10,9	9,6	11,4	(*)	7,9	(*)	11,5	11,0	10,8	103,1	(*)					
		Lehen mailakoetatik gora	103	11,0	11,2	10,0	13,1	8,5	12,5	11,9	11,4	109,0								

FAKTOREAK	ENPLEGUAREKIN ETA AISIARAKO BITARTEKOEKIN ZERIKUSIA DUTEN HIPOTESIAK	BKI EMAITZA	DIMENTSIOETAKO EMAITZA
ENPLEGUA	Lan egiten duten pertsonak dituzte (<i>lan mota gorabehera</i>) indize altuenak bizi-kalitatean eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan.	✓	✓ (OE, OM, AU eta ES)
	Bizi-kalitatearen indizearen eta lanean eman duen urte kopuruaren artean lotura garrantzitsua egon daiteke, baita bizi-kalitatearen dimentsio batzuekiko ere.	x	✓ (AU)
AISIA ETA ASTIALDIA	Aisia eta astialdiko zerbitzuak erabiltzen dituzten pertsonak dituzte indize altuenak bizi-kalitatean eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan.	✓	✓ (OM, OF, GI)

Aisiako eta enplegua lortzeko baliabideek eragin positiboa dute erabiltzen dituztenen bizi-kalitatean, oro har, eta bizi-kalitatearen dimentsio batzuetan, bereziki (46. taula).

Enpleguari dagokionez, **enplegua edukitzeak** eragin positibo oso handia du erabiltzaileen bizi-kalitatearen indizean (baita enplegu-zentro berezietan eta zentro okupazioan aritzen diren pertsonen kasuetan ere). Lana duten pertsonak bizi-kalitatearen dimentsio hauetan ere puntuazio askoz handiagoak dituzte: ongizate emozionala, ongizate materiala, autodeterminazioa eta eskubideak.

Datuak bereiz aztertuta ikusten da lan egiteak batik bat % 33 eta % 65 arteko desgaitasun portzentajea duten pertsonen bizi-kalitatea hobetzen duela; multzo horretan faktore gutxiagoak dute eragina (47. taula).

Lan egindako denborak autodeterminazioarekin zerikusi handia duela dirudi. Lan eskarmentua zenbat eta handiago izan, orduan eta handiagoa da dimentsio horretako puntuazioa.

Horrez gain, **aisiako eta astialdiko zerbitzuak** erabiltzeak eragin positiboa du buru-gaixotasunak dituzten pertsonen bizi-kalitatean.

Oro har, zerbitzu horiek erabiltzen dituztenen eta erabiltzen ez dituztenen artean ongizate materialaren eta ongizate fisikoaren alorretan daude alde handienak. Datuak sakonago aztertuz gero, ikusten da pertsona autonomoei zerbitzu hori baliatzeak bizi-kalitatearen dimentsio guztietan egiten diela mesede: ongizate emozionala, pertsona arteko harremanak, ongizate materiala, garapen pertsonala, ongizate fisikoa, autodeterminazioa eta eskubideak. Aldiz, laguntza behar duten pertsonen kolektiboari dagokionez (FEDEFESeko erabiltzaile gehienak kolektibo horretakoak dira), ongizate fisikoan eta gizarteratzean daude alde handienak (48. taula); beraz, aldagai horrek gizarteratzean duen eragina oso kontuan hartu beharko dugu.

46. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: ENPLEGUAREKIKO ERLAZIOA, LAN ESPERIENZIA ETA AISIA ETA ASTIALDI ZERBITZUAREN ERABILERA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA ETA PEARSON-EN KORRELAZIO-KOEFIZIENTEA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
Enpleguarekiko erlazioa	Enplegu bat du	42	12,0	(*)	12,1	10,6	(*)	13,3	8,4	13,6	(*)	12,3	12,5	(*)	113,9	(*)				
	Ez du enplegurik	147	10,6		11,3	9,6		12,8	8,2	12,4		11,6	11,3		107,2					
Lan-esperientzia	Pearson Correlation	188	0,035		0,051	0,119		0,074	-0,057	0,196	(*)	0,010	0,069		0,081					
	Gar. (2-tailed)		0,633		0,489	0,103		0,315	0,433	0,007		0,894	0,346		0,270					
Aisia eta astialdi zerbitzua (*)	Zerbitzura doaz	81	10,5		11,3	9,3	(*)	12,4	6,6	(*)	12,4	12,2	11,4	105,7	(*)					
	Ez doaz zerbitzura	110	11,2		11,5	10,2		13,2	9,5		12,8	11,5	11,6	110,8						

Oharra (*): aldagai horretan sartzen dira FEDEAFESeko zein FEDEAFESetik kanpoko elkartetako aisiako eta denbora libreko zerbitzuetara jotzen duten pertsonak.

47. TAULA: DATU ESTADISTIKO DESKRIPTIBOAK ETA DESBERDINTASUNEN GARRANTZIA BIZI-KALITATEAREN ETA BKI-REN DIMENTSIONETAN, HONAKOEN ARABERA: ENPLEGUA EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIOALEN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Enpleguarekiko erlazioa		42	12,0	(*)	12,1	10,6	(*)	13,3	8,4	13,6	(*)	12,3	12,5	(*)					
	Ez du enplegurik		147	10,6		11,3	9,6		12,8	8,2	12,4		11,6	11,3						
DESGAITASUNA REN PORTZENTAJEA	33-65	Enplegu bat du	28	12,0		12,5	10,7	(*)	13,6	9,0	13,9	(*)	12,9	12,9	(*)	116,6	(*)			
		Ez du enplegurik	92	10,7		11,4	9,4		13,1	8,3	12,6		11,8	11,1		107,9				
	> 65	Enplegu bat du	14	11,8		11,2	10,3		12,5	7,2	13,1		11,2	11,6		108,4				
		Ez du enplegurik	50	10,5		10,8	10,0		12,1	8,0	12,0		11,1	11,6		105,7				
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomia da	Enplegu bat du	21	12,4	(*)	13,0	10,0		13,8	8,1	14,5		13,3	12,9		117,0				
		Ez du enplegurik	18	10,9		12,2	8,3		13,9	8,1	14,2		11,7	12,3		111,0				
	Laguntza behar du	Enplegu bat du	21	11,5		11,1	11,1	(*)	12,7	8,7	12,8		11,4	12,1	(*)	110,8				
		Ez du enplegurik	127	10,6		11,1	9,7		12,6	8,3	12,1		11,6	11,1		106,7				

48. TAULA: DATU ESTATISTIKOAK ETA DESBERDINTASUNEN GARRANTZIA BIZI-KALITATEAREN ETA BKI-REN DIMENTSIOETAN, HONAKOEN ARABERA: AISIA ETA ASTIALDI ZERBITZURA JOATEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIOALEN IKUSPEGITIK BETIERE. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)

		OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
		Kp.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
	Aisia eta astialdi zerbitzua	Zerbitzura doaz	81	10,5	11,3	9,3	(*)	12,4	6,6	(*)	12,4	12,2	11,4	105,7	(*)					
	Ez doaz zerbitzura	110	11,2	11,5	10,2	13,2	9,5	12,8	11,5	11,6	110,8									
ENPLEGU EDUKI	Enplegu bat du	Zerbitzura doaz	13	12,1	11,5	10,2	11,8	(*)	6,5	(*)	13,2	12,4	12,3	109,3						
		Ez doaz zerbitzura	29	11,9	12,3	10,8	13,9	9,3	13,9	12,3	12,6	115,9								
	Ez du enplegurik	Zerbitzura doaz	66	10,2	11,3	9,2	12,6	6,7	(*)	12,3	12,0	11,2	105,1							
		Ez doaz zerbitzura	81	11,0	11,2	9,9	12,9	9,5	12,5	11,2	11,3	109,0								
DESGAITASUNA REN PORTZENTAJEA	% 33-% 65	Zerbitzura doaz	48	10,6	11,6	9,1	(*)	12,5	(*)	6,7	(*)	12,5	12,6	11,0	106,2	(*)				
		Ez doaz zerbitzura	74	11,3	11,7	10,1	13,6	9,6	13,1	11,8	11,7	112,2								
	>% 65	Zerbitzura doaz	29	10,5	10,7	9,8	12,0	6,3	(*)	12,3	11,6	11,9	104,9							
		Ez doaz zerbitzura	35	11,0	11,1	10,3	12,3	9,0	12,2	10,7	11,4	107,4								
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomia da	Zerbitzura doaz	16	10,6	(*)	11,2	(*)	8,0	(*)	12,4	(*)	5,7	(*)	13,3	(*)	11,6	12,0	(*)	104,4	(*)
		Ez doaz zerbitzura	23	12,5	13,7	10,1	14,9	9,8	15,1	13,2	13,0	121,0								
	Laguntza behar du	Zerbitzura doaz	63	10,5	11,4	9,6	12,4	6,9	(*)	12,1	12,3	(*)	11,2	105,9						
		Ez doaz zerbitzura	87	10,9	11,0	10,2	12,7	9,4	12,2	11,1	11,3	108,1								

5.- DATUETATIK ATERATAKO GILTZA NAGUSIAK

Azterlanaren emaitza nagusiak laburtzeko ez ezik, emaitza horien gainean hausnartzea errazteko, lau ardatz nagusi hauen inguruko giltzak emango ditugu aditzera:

1. FEDEAFESeko erakundeen erabiltzaileen profila: buru-gaixotasuna duten pertsonen elkartetan nor hartzen dugu eta nor ez dugu hartzen?
2. Kolektiboari arreta emateko baliabideak: nahikoa dira?
3. Bizi-kalitatearen dimentsioetan eragina duten faktore pertsonalak: kolektiboko pertsoneri arreta ematen diegun agenteek lan dimentsio horiek zehaztuta dauzkagu?
4. Bizi-kalitatearen dimentsioetan eragina duten testuinguruko faktoreak: agenteok kontuan hartzen ditugu faktore horiek esku hartzen dugunean?

ERABILTZAILEEN PROFILA: NOR HARTZEN DUGU ETA NOR EZ DUGU HARTZEN?	
Adina	<ul style="list-style-type: none"> • Galdetu diren pertsonen artean arreta jasotzen dutenen % 67,5ek 40 urte baino gehiago dituzte. 41 eta 50 urte arteko pertsonen multzoa da ugariena (% 38,7). Kolektiboaren batez besteko adina 44 urte da eta 45 urtekoen multzoan dago pertsona gehien.
Gaixotasunak izan duen bilakaeraren urte kp.	<ul style="list-style-type: none"> • Galdetu zaien pertsonen erdiak baino pixka bat gehiagok adierazi du 18 eta 25 urte artean diagnostikatu zitzaizela buru-gaixotasuna. Lehenbiziko diagnostikoa 25 urterekin egin zieten, batez beste (gizonei 24,3 urterekin eta emakumeei 26,2 urterekin). • Elkarte horietan modu jarraituan arreta jasotzen duten pertsonen % 82,5ek 10 urte baino denbora luzeagoa daramate buru-gaixotasuna diagnostikatuta. Batez besteko adina 19 urte ingurukoa da.
Sexua	<ul style="list-style-type: none"> • FEDEAFESeko elkartetako zerbitzu egonkor nagusietan arreta jaso duten hamar lagunetik zazpi gizonak dira eta % 33 emakumeak. • Gizonen ia erdiak bost urte baino gehiago daramatza elkartetako zerbitzuak jasotzen; emakumeen kasuan, berriz, % 35ek baino ez. • Parekotasunaren gaineko aurreko azterlan batzuen arabera, elkartetan emakume gutxiago egotea eta arreta ematen duela gutxi hasi izana ez datoz bat gaixotasunaren prebalentziarekin; egoera horrek testuinguruko hainbat faktorekin du zerikusia: emakumeak etxeko lanetan aritzeko ohitura, familien gehiegizko babes, zerbitzuen diseinuaren androzentrismoa, kolektiboan esku hartzen duten profesionalen pertzepzioa eta sentsibilitatea eta abar.
Diagnostikoa	<ul style="list-style-type: none"> • Elkartetako zerbitzu nagusietan arreta emandako buru-gaixo gehien (% 72,6) diagnostiko nagusia eskizofrenia da. Arreta emandako pertsonen % 11,2k nortasunaren nahasmendua dute, % 8,9k nahasmendu bipolarra eta % 7,3k depresio larria. • Elkarte bakoitzaren datuak bereiz aztertuz gero ikusten da kasuak diagnostikoaren arabera desberdin daudela banatuta, eta horrek zerikusia du, batetik, elkarte bakoitzaren itunpeko plazen pisu desberdinarekin; eta bestetik, gaixoak bideratzen dituzten erakundeek lurralde historiko bakoitzean gaixoak bideratzeko dituzten

irizpideekin.	
Datu horien inguruko galdera batzuk	<p>Norengana ez gara heltzen (gazteak, duela gutxi diagnostikatutako gazteak, emakumeak, eskizofrenia ez beste diagnostiko bat duten pertsonak...)?</p> <p>Zergatik? (Gure zerbitzuaren ezaugarriak, beste bitarteko batzuekin lan egiteko koordinazioa...)</p> <p>Nork ematen die arreta pertsona horiei?</p>

ARRETA EMATEKO BALIABIDEAK: NAHIKOA DIRA?	
Laguntza beharra	<ul style="list-style-type: none"> Galdeketa egindako pertsonen % 60k mendetasun arina (I. maila) edo larria (II. maila) dute, baina erabiltzaileen herenak ez du balorazio-probarik egin. Profesionalen balioespenaren arabera, arreta emandako hamar lagunetik zortzik eguneroko premietarako laguntza behar dute. Buru-gaixotasuna duten eta laguntza behar duten pertsonen % 52k batik bat laguntza profesionala dute; % 45,3ri familiak laguntzen die; eta galdeketa egindako pertsonen % 2,7k ez dute laguntzarik jasotzen, behar duen arren. Galdeketa egindako pertsonen % 44,1ek gertuko bi senide edo lagun hurko edo gutxiago dituzte laguntza eskatzeko (laguntza informaleko sarea).
Arreta psikologikoa	<ul style="list-style-type: none"> Galdeketa egindako pertsonen % 47,4k bakarrik dute tratamendu psikologiko erregularra (FEDEAFESeko elkarten zerbitzuen edo beste erakunde batzuen bitartez jasotzen dute); % 5,3k tratamendu psikologikoa badute, baina ez da erregularra; eta % 47,4k ez dute tratamendu psikologikorik, nahiz eta kasu gehienetan komeni zaien (patologia horiek dituzten pertsonen arreta emateko giden arabera).
Laguntza ekonomikoak	<ul style="list-style-type: none"> Galdeketa erantzun duten pertsonen % 12,2 baino ez dira bizi lanaren bitartez lortzen dituen diru-sarrerekin. Enplegua duten askok, ordea, ez dute haien premiak betetzeko moduko soldata (% 22,2k dute lana, babes-modalitatean edo modalitate horretatik kanpo). Inkesta erantzun duten pertsonen diru-sarreraren % 40,7 Gizarte Segurantzaren Erregimenetik datoz batez ere (ezintasun iraunkorragatiko, erretiroagatiko, zurtasunagatiko pentsioak...), eta % 38,6aren diru-sarreraren iturri nagusia gizarte zerbitzuen sistema da (DSBE, mendekotasunagatiko kotizazio gabeko pentsioa...). Diru-sarrerak gizarte zerbitzuen sistematik jasotzen dituzten pertsonen besteek baino baldintzatuago dute etorkizuna. Ildo horretan, arreta berezia eman behar zaio emakumeen egoerari, batezbestekotik gorako tasa baitute. Galdeketa egin duten pertsonen % 8,5ek beste diru-iturri nagusi batzuk dituzte: ez dute gizarte laguntzarik, ez enplegurik eta ezta kotizaziopeko pentsiorik ere, eta funtsean familia da haien euskarri ekonomikoa.
Etxeko laguntza	<ul style="list-style-type: none"> Laguntza behar duten pertsonen % 15 inguru bakarrik bizi da gaur egun.

	<ul style="list-style-type: none"> Buru-gaixotasunak dituzten eta bakarrik bizi diren pertsonen % 35,4k dute etxeko zerbitzua.
Elkarteak	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostiko nagusia eskizofrenia duten, erakunde horietan arreta jasotzen duten eta psikiatrian ospitaleratzeko moduan dauden hamar lagunetik bederatzi ez dira ospitaleratu.
Datu horien inguruko galdera batzuk	<p>Kolektibo horren premiei erantzuten diegu? Zein dira hutsune nagusiak? Zergatik daude hutsune horiek? Elkarteen lana zenbateraino da lagungarria berriz ez gaixotzeko?</p>

BURU-GAIXOTASUNAK DITUZTEN PERTSONEN BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOETAN ERAGIN GEHIEN DUTEN FAKTORE PERTSONALAK: LAN-DIMENSIO HORIEK ZEHAZTU DITUGU?

Bizi-kalitatea eta dimentsioak	<ul style="list-style-type: none"> Aztertutako kolektiboak garapen pertsonalaren eta autodeterminazioaren alorretan ditu puntuazio onenak (76,4 eta 75,8, hurrenez hurren); eta puntuazio txarrenak, berriz, bizi-kalitatearen dimentsio hauetan: ongizate fisikoa (35,4), ongizate materiala (50,0), ongizate emozionala (60,0) eta pertsona arteko harremanak (64,1). Bizi-kalitate hobea dutela irizten diotenek eta osasunarekin pozik daudela diotenek GENCAT eskalako bizi-kalitatearen gaineko galdeketa ere puntuazio hobekak dituzte. Dena den, erabiltzaileak, beren bizi-kalitatea baloratzen dutenean, baikorrak dira; izan ere, erabiltzaileen % 47,1ek uste dute bizi-kalitate ona edo oso ona dutela, nahiz eta Gencat eskalaren arabera erabiltzaileen % 33,5ek duten bizi-kalitate indize handia.
Bizi-kalitatea mugatzen duten faktore pertsonalak	<ul style="list-style-type: none"> <i>Galdeketa egindako pertsonen herenak, buru-gaixotasunaz gain, <u>diagnostiko erantsiren bat du.</u> Beste diagnostiko erantsi batzuk dituztenek gainerakoek baino bizi-kalitatearen indize txikiagoa dute, eta baita puntuazio txikiagoak ere dimentsio hauetan: pertsona arteko harremanak, ongizate materiala, garapen pertsonala, ongizate fisikoa eta autodeterminazioa.</i> <i>Galdeketa egindako pertsonen bi herenak % 33 eta % 65 arteko <u>desgaitasun portzentajea dute, eta herenak % 65 baino desgaitasun portzentaje handiagoa.</u> Desgaitasun portzentajea zenbat eta handiagoa izan, bizi-kalitatearen indize orokorra eta dimentsio hauetako puntuazioak orduan eta txikiagoak dira: ongizate emozionala, garapen pertsonala, autodeterminazioa eta gizarteratzea.</i> <i>Profesionalen balioespenaren arabera, arreta emandako hamar lagunetik zortzik eguneroko premietarako <u>laguntza behar dute, eta % 60k mendetasun arina edo larria dute.</u> Desgaitasun portzentaje arina (% 33 eta % 65 artekoa) duten pertsona autonomoen bizi-kalitatearen indizea laguntza behar dutenena baino handiagoa da, eta pertsona autonomoen eta laguntza behar duten pertsonen artean alde handiak daude dimentsio hauetan: pertsona arteko harremanak, eskubideak,</i>

autodeterminazioa eta garapen pertsonala (gerta daiteke desgaitasunaren portzentajeak eragin handiagoa izatea aldagai horrek berak bakarrik baino).

- *Galdeketa egindako pertsonen % 14 psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon dira noiz edo noiz azken urtean.* Psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon direnen bizi-kalitatearen indizea ospitaleratuta egon ez direnena baino askoz txikiagoa da (laguntza beharra kontuan hartu gabe), batik bat % 33 eta % 65 arteko desgaitasun portzentajea dutenena (azken aldagai horrek indar handiagoa duela dirudi; dena den, datu horiek kontuz aztertu behar dira, azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon diren pertsonen lagina oso txikia baita).

Datu horien inguruko galdera batzuk

Agenteak gehiago lantzen al dituzte kolektiboa gehien mugatzen duten dimentsioak?
Zenbateraino dauzkagu zehaztuta ahulguneak erabiltzaileen profil espezifikoaren arabera?
Dimentsio horiek nola lantzen dira?
Dauzkagun tresnek balio al digute buru-gaixotasunak dituzten pertsonen bizi-kalitatea ebaluatzeko?

BURU-GAIXOTASUNAK DITUZTEN PERTSONEN BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOTAN ERAGIN POSITIBO GEHIEN DUTEN TESTUINGURUKO FAKTOREAK: ESKU HARTZEN DUGUNEAN AINTZAT HARTZEN DITUGU?

Bizi-kalitatea sustatzen duten testuinguruko faktoreak

- *Kolektiboaren % 37k ez dute burujabetasun ekonomikorik.* Ekonomia aldetik burujabeak diren pertsonen bizi-kalitatean puntuazio hobekak dituzte, batik bat autodeterminazioaren eta eskubideen alorretan, desgaitasunaren portzentajea dena delakoa ere eta baita azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ala ez egon.
- *Galdeketa egindako pertsonen % 77k gaur egun ez dute bikotekiderik.* *Laguntza informaleko sarea* batez beste 5 pertsona dituzte; dena den, *ohikoena da* gehienez bi pertsona edukitzea. Laguntza informaleko sarea zenbat eta handiagoa izan, orduan eta hobekak dira bizi-kalitatearen indizea eta dimentsio hauetako puntuazioak: ongizate emozionala, pertsona arteko harremanak, ongizate fisikoa, autodeterminazioa, gizarteratzea eta eskubideak. Hori, batez ere, desgaitasun portzentaje arina duten eta azken urtean psikiatriako unitatean ospitaleratuta egon ez diren pertsonen kasuan.
- *Galdeketa egindako hamar lagunetik ia zortzik ez du enplegurik, eta % 2,6k bakarrik dute enplegu arrunta (lagunduta).* Kolektibo horretako pertsonen 8 urte baino gehixeagoan egin dute lan, batez beste, baina % 12,8k ez dute inolako lan-eskarmenturik eta lau lagunetik batek 3 urte baino gutxiagoko lan-eskarmentua du. Lan egiteak hobetu egiten du FEDEAFESeko erabiltzaileen bizi-kalitatearen indizea, batik bat % 33 eta % 65 arteko desgaitasun portzentajea duten pertsonena; multzo horretan faktore gutxiagok dute eragina. Lana duten pertsonen bizi-kalitatearen dimentsio hauetan ere puntuazio askoz handiagoak dituzte: ongizate emozionala, ongizate materiala, autodeterminazioa eta eskubideak.

- *Galdeketa egindako pertsonen % 42,2k aisia eta astialdi zerbitzuak erabiltzen dituzte, % 40,8k FEDEAFESeko elkarteren bateko zerbitzuak.* Aisiako eta denbora libreko zerbitzuak erabiltzeak eragin positiboa du buru-gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitatearen indizean eta dimentsio askotan, bereziki pertsona autonomoen kasuan, baina baita laguntza behar duten pertsonen kasuan ere. Kasu horietan, ongizate materialaren, ongizate fisikoaren eta gizarteratzearen dimentsioetan nabaritzen dira gehien aldeak.

**Datu horien
inguruko
galdera
batzuk**

**Gaur egungo sistemak hartzen al ditu aintzat faktore horiek?
Agenteek nola indartu dezakete gaur egun norabide horretan egiten ari den
lana?**

6.- GAUR EGUNGO ERANTZUNEN GAINEKO AZKEN HAUSNARKETAK ETA HOBETZEKO ORIENTABIDEAK

Analisi kuantitatiboko datuak multzokatutako lau ardatzak aintzat hartuta, batetik, datu horien ondorioz sortutako galdera nagusien gainean hausnar egin dugu; bestetik, gaur egun ematen dugun erantzunean ondoen funtzionatzen duten alderdiak eta aldatu behar diren alderdiak berraztertu ditugu; eta, azkenik, gaur egungo hutsuneak konpontzeko zer aldaketa egin behar diren zehaztu dugu.

Kolektiboaren bizi-kalitatearen dimentsioetan eragin gehien duten faktoreak zehaztearekin batera, gaur egun arreta-ereduaren gaineko hausnarketa egin dugu eta, halaber, buru-gaixotasunak dituzten pertsonen ematen diegun arreta hobetzeko orientabideak zehazteko aurrerapausoak eman ditugu; orientabide horiek atal honetan azalduko ditugu.

Profilei dagokienez, zerk kezkatzen gaitu? Nola eman dezakegu erantzun hobea elkarrekin?

Gazteentzako arretari, lehenbiziko gertakariei, emakumeei eta eskizofrenia ez beste diagnostikoei dagokienez...

Gaur egun, buru-gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitatea hobetu dezaketen agenteek lan egiten duten agertokiko errealitatea aldatu egiten da etengabe. Eskizofreniaz eta nahaste kronikoez gain, arreta berezia behar duten profil berriak agertzen ari dira: gazteak, patologia dualak dituzten pertsonak, haur eta gazteen profilak, nortasunaren nahasmenduaren diagnostikoak, emakumeak, kontsumo toxikoak, portaeraren nahasmenduak, bulkadak ezin kontrolatzea eta abar. Gero eta beharrezkoagoa da agenteek ezaupideak gehitzeko eta profil berri horiek kuantifikatzeko lehentasuna ezartzea, eta aztertzea, erantzunak moldatzeko eta koherentziaz lan egiteko, batetik, profil horiek zer arreta-mota behar duten; eta bestetik, arreta nola partekatu daitekeen. Alde horretatik, nortasunaren nahasmendu larriari dagokienez, pertsona horiei arreta emateko neurriak antolatu behar dira, Arartekoak 86/12 gomendioan aditzera eman duen moduan. Horrela, nortasun-nahasmenduari dagokienez, pertsona horiek artatzeko neurri batzuk artikulatu beharra dago, Arartekoak 86/12 gomendioaren bidez adierazi duenez⁴⁴.

Osasun Sistemak modu aktiboagoan eman behar die arreta profil zehatz batzuei, ez du "pazientea etorri arte" itxaron behar: kasu batzuetan jarrera aktiboagoa izan behar du eta etxeko arreta eskaini behar du.

Tradizioz, gizarte dimentsioko hirugarren sektoreko erakundeak arduratu dira egoera ahulenean dagoen jendeaz, gaixotasun kronikoak dituzten pertsonen. Erakunde horien lan nagusia izan da arreta gutxien jasotzen duten premiei erantzutea. Ordea, baliabide mugatuak dituzte eta, maiz, premiak lehenetsi egin behar izaten dituzte. Gauzak horrela, kontuan hartuta lan egiten duten inguruneak gero eta konplexu eta aldakorragoak direla eta **buru-gaixotasunen gaineko ikuspegia zabaltzea** oso garrantzitsua dela, gizarte erakundeek beren estrategiak aztertzekeo prozesuak jarri behar dituzte martxan, antzemandako eta behar bezala bete gabeko premia berriak kontuan hartuta. Halaber, beren xedea aldizka berraztertu behar dute, eta, kolektibo horietako batzuen errealitate espezifikoari erantzute aldera, beste agente

⁴⁴ Arartekoaren ebazpena, 2012ko azaroaren 23koa. Osakidetzaari neurri orokorrak hartzea gomendatzen zaio, nortasun-nahasmendu larria duten pertsonen laguntzeko.

batzuekin elkarlanean ekimen berritzaileak martxan jartzeko aukera baloratu behar dute, zaila baita gaur egun diseinatutako bitartekoekin kolektibo horiei egoki erantzutea.

Beste erakunde batzuekin elkarlanean proiektu berritzaileak martxan jartzeari dagokionez, garrantzi handia du dimentsio bereko eta beste dimentsio batzuetako erakundeen topalekuak izatea, jakintza, esperientziak eta jardunbide egokiak partekatzeak; beraz, topaleku horiek sustatzea komeni da.

Emakumeek arreta berezia behar dute, izan ere, aurreko ikerlanetan azaldu bezala, baliabideak emakume gutxik erabiltzen dituzte eta, beraz, buru-gaixotasunak dituzten emakumeak hurbiltzeko bideak antolatu behar dira. Generoa bi sistemetan hartu behar da kontuan (osasunean, gizarte zerbitzuetan eta hirugarren sektoreko erakundeetan), bitartekoak eta bideratzeak antolatzeak.

Kolektiboan esku hartzen duten agenteen iritziz oso garrantzitsua da buru-gaixotasunak dituen jendearen **esku-hartze goiztiarreko** lana sustatzea. Osakidetzak baditu programa batzuk, baina ildo horretan aurrera egitea komeni da, osasun-sistemarekin indarberritze psikosozialaz haragoko beste baliabide-mota batzuk adosteko eta koordinatzeko. Zehazki, hirugarren sektore sozialeko erakundeek diote ez dutela baliabide nahikorik errealitate horri (dagoeneko artatzen dituzten errealitateez gain) jarduera eta zerbitzu espezifikoei erantzuteko, baina argi dute eragin politiko handia dutela. Alde horretatik, interesgarria litzateke erakunde horiek zerbitzuak emateaz aparte antolatzen dituzten jarduerak sustatzea eta babestea; jarduera horiek dira, besteak beste: antzemandako premiak ezagutzera ematea, administrazioak errealitate horiei erantzuteko tresnak antolatze aldera eskubideak aldarrikatzea eta abar.

Dena den, azpimarratu beharra daukagu esku hartzea bezain garrantzitsua dela, maiz, prozesuen erritmoak errespetatzea. Askotan, buru-gaixotasunak diagnostikatzen dizkieten pertsonak eta haien familiek egoeraz jabetzeko eta gaixotasuna onartzeko prozesu bat behar izaten dute, baita dolu-denbora bat eta errealitatea gertuko ingurunean txertatzeko prozesu bat ere. Hori dela eta, diagnostikoa egin eta gaixoak laguntza eskain diezaieketen gizarte erakundeetara joan arte denbora pasatzen da. Badirudi, baita ere, lehenbiziko urteetan ez dituztela dauden bitartekoak baliatzen gizarte erakundeak nolabait **estigmatizatuta** daudelako, haien jarduera mendetasunak dituzten pertsonen kasu kronikoekin lotu baita, batez ere. Zentzuzkoa dirudi, beraz, erakunde horien lana gizartearen ezagutzera emateko jarduerak gehitzeko askotariko estrategiak martxan jartzea, familiei ahal bezain laster arreta emateko eta informazioa, orientazioa eta laguntza haien eskura jartzeko.

Baliabideei dagokionez, zerk kezkatzen gaitu? Nola eman dezakegu erantzun hobea elkarrekin?

Diru-laguntzei dagokionez...

Ordainketa partekatua gaineko eztabaidan bi ikuspegi daude: bata disuasio-eraginarekin dago kezkatuta eta bestearen iritziz konpromiso-faktore bat da, erabiltzaileek baliabide eta programetan parte hartzen dutelako. Batzuk ordainketa partekatua bigarren ikuspegi horren aldekoak diren arren, gehienak kezkatuta daude, pertsona batzuek ez dutelako arreta profesionalik jasotzen, kostuaren parte bat ordaindu behar badute.

Elkarteetako kide diren familiak horretaz konturatuta daudela dirudi, baina oso kontuan hartu beharreko arrisku bat dago, izan ere, buru-gaixotasunak dituzten pertsonen familientzako diru-laguntzak familiari eusteko diru-iturri garrantzitsuak diren kasuetan, batez ere krisi-garaian,

gehienek ez dute onartzen eguneko zentro batean plaza hartzeko eskaintza. Alde horretatik, funtsezkoa da eskaintza librea izatea, erabiltzaileak erkidegoan gizarteratzeko eta parte hartzeko.

Ordainketa partekatuarekin askotariko agenteak daude kezkatuta; horregatik, proposamena da gai horren inguruan hausnartzeko aipatu arriskua egiaztatzen duten datuak oinarritzat hartzea. Hau da, komeni da agenteek kasuak antzematen eta kuantifikatzen parte hartzea, ondorioak ezagutzera emateko eta erabakiak hartzen laguntzeko.

Arreta psikologikoari dagokionez...

Osakidetzak buru-gaixotasuna duten pertsonen arreta emateko zerbitzu eta baliabideak gehitu behar ditu, arreta psikiatrikoaren osagarri izan daitezen, pertsona horiei tratamendu mistoa emateko: tratamendu farmakologikoa eta psikoterapia.

Arreta psikosozialari dagokionez...

Ezinbestekoa da, baita ere, arreta psikosozialeko programak zabaltzea, kolektibo horri zuzendutako beste programa batzuekin konbinatuta.

Gaur egungo arreta-ereduari dagokionez...

Ezinbestekoa da erabat buru-gaixotasunak dituzten kolektiboari eta haien familiei arreta emateko baliabide-sistema malgutzera, prozesuek bi norabide izan ditzaten, autonomian aurrera egiteko eta, behar izanez gero, babes-eremura atzera egin ahal izateko.

Gaur egun baliabideak "itxiak" dira, eskuratzeko protokolo eta irizpideak mugatuak direlako eta aukera gutxi daudelako "proba egiteko" "aurrena aurrera eta gero atzera egiteko", "lehen baztertutako bitarteko batera bueltatzeko" eta abar. Horregatik, profesionalak erabiltzaileak "behar baino gehiago babestea" gertatzen da maiz, eta erabat seguruak ez diren pausoak emateko beldur izatea ("baliabide hau orain eta hemen erabiltzeko aukera duzu, baina utziz gero hutsetik hasi behar duzu berriz"). Sistema gehiegi burokratizatuta dago, zurruna da eta ez du uzten banako prozesuak beren kasa aurrera egin dezaten. Sistema ez da gai krisiak, gorabeherak eta abar izan ondoren bere onera etortzen diren pertsonen bereizgarrietara moldatzeko.

Gai honetaz eztabaidatu da: noiz amaitzen da errehabilitazioa? Batzuek iritzen diote, gaixotasun kronikoak direnez, arreta-baliabideek eskura egon behar dutela beti, ez dagoela behin betiko altarik. Beste batzuek diote, berriz, leheneratzea ez dela sendatzea eta, beraz, profesionalak sentsibilizatu behar direla gai izan daitezen une hori antzemateko eta gaixoak "askatzeko" eta/edo beste baliabideren batera bideratzeko.

Baliabide zehatz batzuetan luze egoteak estigmatizatu egiten ditu erabiltzaileak eta, horregatik, hausnartu behar da pertsona horiek nola "askatu", beldurra gainditu dezaten eta "amildegira" eror ez daitezen ("arazoa da pertsona askatzen denean batzuetan ez dela sarerik egoten eta, ondorioz, zaila izaten dela profesionalen laguntzatik libratzea eta mendetasuna sortzen dela"). Horren harira, sistemak bitarteko baliabideak jartzea garrantzitsua da (intentsitate gutxiagokoak, eguneko jarduera-ibilbideak...), eta baita laguntza sare informalk zaintzen direla ziurtatzeko formulak sortzea ere, besteak beste.

Erakunde batzuk antzeman dute, ahotsa eta erabakiak hartzen dituzte buru-gaixoen autogestio-esperientzien bidez, aldaketei familiak eta profesionalek egiten diela kontra gehien. Horregatik, interesgarria da lehen azaldutakoarekin batera aurrera egitea, baita ere, familien eta zuzenean esku hartzen duten profesionalen sentsibilizazioan eta prestakuntzan, pertsonen gaitasunen garapena lantzea oinarri duen leheneratze-ereduan uste osoa izan dezaten.

Osasun sistemak eta gizarte sistemak gaur egungo erronkei bakarka erantzuteko gai ez direnaz jabetu eta estereotipoak gainditu behar dituzte, elkarrekin hazteko; horri dagokionez, hau da erronka garrantzitsuena: gizarte eta osasun arreta garatzea. Buru-nahasteetan askotariko diziplinek esku hartu behar dute, sistema guztiek erantzun orokor eta koordinatua eman behar dute. Hori dela eta, ezinbestekoa da bi sistemak hobeto koordinatu daitezen sustatzea eta, halaber, sektore publikoa eta hirugarren sektore soziala koordinatzen duten ereduak antolatzea; orobat, onartu behar da hirugarren sektore sozialak gizarte ekarpen garrantzitsuak egiten dituela eta sektore horretako esku-hartzeek balio handia dutela.

Ildo horretan pauso garrantzitsuak ematen ari diren arren (askotariko protokoloak sinatu dituzte, lankidetzarako aplikazio informatikoak sortu dira, forok antolatu dituzte...), bi mundu horiek hurbiltzeko zailtasunak haien bereizgarri batzuekin du zerikusia: osasun-sistema oinarrizko eskubidetzat hartua dago, baliabideak eskuratzeko eskubidea unibertsala da eta, oro har, ez da hain normatiboa; aitzitik, gizarte zerbitzuen sistemako baliabideak eskuratzeko hainbat baldintza bete behar dira. Funtsean, zaila da administrazioak irizpideak bateratzea, helburu, metodologia, abiapuntu eta irizpideak desberdinak direlako.

Agenteak elkartzeko topalekuak badaude, baina beharbada ez daude nahikoa formalizatuta; ondorioz, lurralde bakoitzeko errealitatea profesionalen hautazko erabakien mende dago. Osasun publikoan eskaintza homogeneizatzeko sistematika bat antolatzeko pausoak ematen ari dira. Dena den, interesgarria izan daiteke osasuneko, gizarte zerbitzu publikoetako eta kolektiboari arreta ematen dieten gizarte erakundeetako profesionalentzako topaleku operatiboagoak sustatzea (kasuak kudeatzeko bilerak gainditzea eta eremu soziosanitarioa sustatzeko jardunaldiak antolatzea), gai hauen inguruko prestakuntza eta/edo hausnarketa helburutzat hartuta: antzemandako premiak, proiektuen kudeaketa eta informazioa, irizpideak eta abar.

Halaber, komeni da gizarte erakundeek komunikazio-estrategia handiagoak eta hobeak antolatzea, osasun-dimentsioko profesional guztiek, gizarte zerbitzu publikoetakoek barne, zehatz-mehatz jakin dezaten zer jarduera gauzatzen dituzten (erantzukizun publikoko zerbitzuez harago), era horretan gaixoak modu egokiagoan bideratu daitezkeelako eta errealitatearen berri ez jakiteak eragiten dituen erresistentziak arindu daitezkeelako.

Funtsean, arreta soziosanitarioa erantzunkidetasunaren ikuspegitik garatzen jarraitzea komeni da, erabiltzaileak ardatz hartuta (dagozkien eskubideak eta ahotsa emanda) eta helburuak hiruki moduko ikuspegitik partekatuta (osasun-administrazioa, gizarte zerbitzuen administrazioa eta hirugarren sektorea), EAEen gaur egungo “koordinazio-eremuetatik” organo soziosanitario formaletarako bidea egiteko.

Bizi-kalitateari eta bizi-kalitatean eragina duten faktore pertsonalei dagokienez, zerk kezkatzen gaitu? Nola eman dezakegu erantzun hobea elkarrekin?

Bizi-kalitatearen alorretan esku hartzeari dagokionez...

Agenteak konturatu dira erabiltzaileek haien tratamenduaren, bizi-prozesuaren eta abarren gaineko iritzia ematea garrantzitsua dela, eta bizi-kalitatearen ikuspegia aintzat hartzen hasi dira. Horren harian, onartu beharra dago gizarte erakundeek ahalegin handia egin dutela haien lana erabiltzaileen ahalduntzea garatzera bideratzeko. Haien esku-hartzeak garapen emozionala eta pertsona arteko harremanak ditu oinarri; ikuspegi hori funtsezkoa da eta, beraz, bide horretan aurrera egin beharra dago. Halaber, interesgarria litzateke erakunde horiek bultzatzaile izatea, erabiltzaileak aktiboak izan daitezen sustatzeak eta, funtsean, autodeterminazioa lantzeak duen garrantzia beste dimentsio batzuetara ere eramateko. Alde horretatik, esperientzia askotan denbora daramate buru-gaixotasunak dituzten pertsonen ahalduntzea lantzen, besteak beste honako hauetan: FEAFESeko Buru-gaixotasuna duten Pertsonen Batzordean (estatuan), FEDEAFESeko Buru-gaixotasuna duten Pertsonen Batzordean eta elkarteetako erabiltzaileen batzorde edo taldeetan.

Bizi-kalitatearen dimentsioetan esku hartzeko, ez dugu ahaztu behar buru-gaixotasuna duten pertsonen eta haien familien estigmatizazioaren kontrako estrategia argi bat zehaztu beharra dagoela, estigma horrek bizi-kalitatearen hainbat dimentsiotan baitu eragina. Estrategia horrek jarduera-ardatz guztiak zeharkatu behar ditu (osasuna, gizarte zerbitzuak, enplegua, hezkuntza, kirola...).

Ordea, bizi-kalitatearen beste dimentsio batzuk ez dira berdin lantzen, ongizate fisikoa eta ongizate materiala, esatera baterako. Interesgarria litzateke hirugarren sektore sozialaren berezko gizarte zereginak garatuz (salaketak, eskubideen aldarrikapena eta abar) beste agente batzuk kolektiboaren bizi-kalitatearen dimentsio horietan arreta gehiago jartzea eskatzea.

Bizi-kalitatearen ebaluazioari dagokionez...

Hainbat agentek dio gaur egun mendetasuna neurtzeko erabiltzen dituzten baremoek ez dutela behar bezala jasotzen buru-gaixotasuna duten pertsonen kolektiboaren errealitatea. Alde horretatik, komeni da kolektibo horretako pertsonen diagnostikoak egiteko tresnak espezifikoak izatea, osasun eta gizarte dimentsioetan tresna berberak erabiltzea, tresna horiek bi ikuspegiak bateratzea (hizkera bateratuta) eta bi dimentsio horietan irizpide komun batzuk adostea.

Gainera, ezinbestekoa da bizi-kalitatea ebaluatzeko tresnek erabiltzaileen ikuspegia aintzat hartzea, eta era horretako tresnak diseinatzea eta baliozkotzea. Gizarte erakundeek programak diseinatzeko garaian hartzaileek ere parte har dezaten lortzeko aurrerapausoak eman dituzte, esku-hartzeen helburuak hartzaileekin adosten baitituzte; dena den, garrantzitsua da haien partaidetza aintzat hartzen duten arreta eta kudeaketa ereduak finkatzen jarraitzea. Azkenik, garrantzizkoa da, baita ere, ebaluazio-hausnarketatik ekintzarako bidea egin ahal izateko prozesu batzuk finkatzea.

Bizi-kalitateari eta bizi-kalitatean eragina duten testuinguruko faktoreei dagokienez, zerk kezkatzen gaitu? Nola eman dezakegu erantzun hobea elkarrekin?

Enpleguari eta baliabide ekonomikoei dagokienez...

Gure gizartean, lanak garrantzi handia du bizi-kalitatean. Garrantzitsua da askotariko enplegu-pizgarri motak sustatzea eta burokratizazioa gutxitzea. Kolektiboari zuzendutako enplegu-baliabide espezifikoak falta dira.

Kolektiboak lan munduan sartzeko zailtasun handiak ditu, desgaitasunaren azken kate mailatzat hartua baitago. Partaide batzuek diote buru-gaixotasuna duten pertsonen kolektiboa

baztertuetan baztertuen dela, eta azpimarratzen dute ahultasun-faktore bat baino gehiago duten kasuek arreta berezia behar dutela; ahultasun-faktore horiek dira, adibidez, emakumea izatea, 45 urtetik gorakoa izatea eta abar.

Enplegu baliabideak eta baliabide ekonomikoak lotuta daude, eta bi faktore horiek kolektiboaren bizi-kalitatea hobetzen dute.

Diru-sarrerak bermatzeko errenta eskuratzeko izapideak erraztu behar dira. Diru-sarrerarik izan ez arren babespeko etxebizitzetan bizi direnez DSBE eskuratzeko aukera gutxiago dituzten pertsonak kezka handia sortzen dute. Izan ere, baliabide horiek behin-behinekotzat hartzeko eta, ondorioz, laguntza hori eskuratzeko aukera badago, baina izapideen eskakizun maila handiagoa da.

Komeni da, baita ere, enpleguaren inguruko dimentsioak orain baino arinago koordinatzea.

Gainera, eskaintzaz baino gehiago, buru-gaixotasuna duten pertsonak lan egiteko gaitzeak eta prestatzeak duen garrantziaz hitz egiten dute.

Aisia zerbitzuei dagokienez...

Aisia zerbitzuak ez dira gizarte zerbitzuen zorroan sartu, baina, azterlanaren arabera, aisiako eta denbora libreko programen bitartez esku hartzeak eragin positibo handia du buru-gaixotasuna duten pertsonen bizi-kalitatean. Hortaz, administrazio publikoek eskubide subjektibotzat hartutakoez haragoko aisia jarduerak sustatzeko ahalegin handiagoa egin dezaten aldarrikatu behar da.

Era horretako baliabideak eta laguntza sarea lotuta daudenez, baliabide horiek sustatuz gero laguntza sarea handitu egingo da, eta horrek guztiak hobetu egiten du kolektiboaren bizi-kalitatea. Hala eta guztiz ere, gaur egun baliabide horiek enplegu-baliabideek eta burujabetasun ekonomikoak baino balio gutxiago dute, eta, horregatik, zer ahalmen duten ezagutzera emateko lan egin beharra dago.

Laguntza informaleko sareari dagokionez...

Gaixotasunaren gizarteratze prozesuan familiekin sentsibilizazio, prebentzio eta laguntza jarduerak egitea eta zabaltzea garrantzitsua da, familiei eremu pribatua gainditzen eta gaixotasuna normalizatzen eta gaixoari aurreko gizarte sareari eusten laguntzea, besteak beste. Eta eremu horretan hirugarren sektore sozialeko erakundeek zeregin garrantzitsua dute, haien xedearekin bat datorren zeregina, gainera.

Horrez gain, komeni da elkarretaratzeak sortzeko eta buru-gaixotasuna duten pertsonen gizarte sare informala sendotzeko programak sustatzea (aisiako eta denbora libreko programak kasu), sare hori askotan txikia izaten delako eta, ondorioz, kolektiboak baztertzeko arrisku handiagoa duelako.

Alde horretatik, komeni da buru-gaixotasuna duten pertsonentzako eta haien familientzako hezkuntza-psikologiako programa komunitarioak antolatzea, pertsona horiek familia-ingurunean bizitzen jarrai dezaten errazteko, eta baita osatzeko prozesuen ondoren erkidego-etxebizitzetan bizitzen jartzea errazteko ere. Horretarako oso garrantzitsua da, halaber, errentako etxe sozialak eta DSBE eskuratzeko erraztea.

Hezkuntza-psikologiako programez gain etxez etxeko laguntza programak ere behar dira, buru-gaixotasuna duten pertsonen arretan espezializatutako langileek eguneroko jardueretan lagun diezaieten.

Hona hemen, koadro batean, orain arte aipatu giltzak labur-labur azalduta:

GILTZAK	EREMUA			
	Hirugarren sektore soziala	Gizarte zerbitzu publikoak	Osasun publikoa	Hainbat eremurentzako espazioa
<p>Indarguneak eta aukerak: zer esperientzia positibo dira nabarmentzeko modukoak, zer elementuk ematen diote balio erantsia gure lanari, zer aprobetxa dezakegu balio erantsia lortzeko...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ahulezia egoera berezian dauden pertsona eta familientzako zerbitzuak ematen ibilbide luzea. ▪ Elkarri laguntzeko eta gizarteratzeko lana, besteak beste. ▪ Hirugarren sektore sozialeko erakundeek eskarmentu handia dute, adibidez, eskubideak aldarrikatzen, premiak antzematen... ▪ Erabiltzaileen ahalduntzea garatzeko lan egiten dute. ▪ Arreta integrala. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolektiboa araudian (Gizarte Zerbitzuen Legean) azaltzea. ▪ Hirugarren sektore sozialarekin koordinazioa sistematizatzeak aurrerapausoak eman dira. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sektore hau gizarte zerbitzuena baino arinagoa da, eta ez hain normatiboa. ▪ Gizarte zerbitzuen sektorera hurbildu da eta gero eta informazio gehiago partekatzen dute. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sektoreen arteko “koordinazio eremuak” sortuz aurrerapauso batzuk eman dituzte (eremu horiek ez daude oso formalizatuta eta ez dituzte maila guztietan sortu). ▪ Sare laneko jardunbide egoki eta eraginkor batzuk daude (elkarte batzuetan, adibidez, emakumeak daude).
<p>Ahulguneak eta mehatxuak: zer kezkatzen gaitu gehien, zer gai hobetu daitezke, zer ez gara ari egoki estaltzen...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ez gara premia berriak dituzten kolektibo batzueganaino heltzen. ▪ Ez dago esku-hartze goiztiarrean lan egiteko baliabide nahikoa. ▪ Gizarte erakundeak estigmatizatzen dira. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ez gara premia berriak dituzten kolektibo batzueganaino heltzen. ▪ Esku-hartze goiztiarrerako baliabideak falta dira. ▪ Ordainketa partekatuen disuasio eragina izan dezake eta kasu horiek arreta behar dute. ▪ Baliabideak eskuratzeari dagokionez, lurralde historikoen artean zenbaitetan aldeak daude. ▪ Arreta psikosozialerako ez dago baliabide nahikoa. ▪ Aisiako baliabideak ez dituzte eskubide subjektibotzat hartu gizarte zerbitzuen zorroan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esku-hartze goiztiarrean ez da nahikoa lan egiten. ▪ Ez dago arreta psikologikorako baliabide nahikoa. ▪ Errehabilitazioan pentsatzen da, eta ez pertsonan. ▪ Nortasun desoreken moduko zailtasun edo diagnostikoak dituztenen profil batzuk ez dira nahikoa artatzen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esku-hartze ibilbideak zurrunkak dira, ez dute atzera egitea baimentzen eta ez daude kolektiboaren errealitatearen arabera egoki moldatuta. ▪ Batzuen ustea da erabiltzailea une horretan arreta ematen ari zaion sektorearen erantzukizuna dela soilik (erantzukidetasun ikuspegia falta da). ▪ Beste dimentsio batzuetako profesionalekin elkar ulertzeko eta koordinatzeko lana topo egindako horien jarrera arbitrarioaren mende dago. ▪ Batzuetan ez da aintzat hartzen pertsonen autonomia, eta egin behar dutena gehiegi arautzen da. ▪ Dimentsioak hobeto koordinatzeko ezinbestekoa izango da aurreiritziak alde batera uztea.

<p>HOBETZEKO PROPOSAMENAK</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausnarketa estrategikoko prozesuak martxan jartzea, programa pilotu berritzaileak abiarazteko eta errealitate berriei erantzuteko. ▪ Erakundeentzako topalekuak sortzea, jakintzak eta jardunbide egokiak partekatu ditzaten. ▪ Elkarrekin kolektiboaren eskubideak aldarrikatzeko eta premiak antzemateko egiten dituzten jarduerak babestea eta sustatzea. ▪ Komunikazio estrategia hobek antolatzea, egiten den lanaren berri ikuspegi orokorrago batetik emateko, pertsona diagnostikatu berriengana hurbiltzeko... ▪ Autodeterminazioaren alorreko lanaren gainean hausnartzea eta autokritika egitea. ▪ Beste eremu batzuetan erabiltzaile aktiboen alde lan egiteak duen garrantziaz jabetzea eta bultzatzea. ▪ Administrazio publikoek aisiako jarduerak finantzatu ditzaten aldarrikatzea, eskubide subjektibo gisa aintzatetsita ez egon arren, eta baliabide horien ahalmena ezagutzera ematea. ▪ Enpleguaren inguruko estrategiak sustatzea ▪ Estigma errotik kentzeko prozesuan aitzindari izatea 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arreta psikosozialeko programak hedatzea. ▪ Laguntza sare informaleko zaintzeko bitarteko baliabideak eta formulak jartzea. ▪ Kolektiboan mendetasuna neurtzeko tresnak eta tresna horiek aplikatzeko mugak berriz aztertzea. ▪ Laguntzak, enplegu pizgarriak eta antzekoak eskuratzeko izapideen burokratizazioa murriztea. ▪ Elkarretaratzeak eta harremanak sortzen dituzten jarduerak sustatzea (aisiako jarduerak eta gizarte eta hezkuntza programak, esate batera), laguntza informaleko sarea indartuz kolektiboaren bizi-kalitatea hobetzen dutelako. ▪ Gaixotasun horretan espezializatutako profesionalen etxeko laguntza emateko programak sustatzea. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arreta psikologikoko baliabideak gehitzea, arreta psikiatrikoaren osagarri gisa. ▪ Pertsona ardaztat hartzen duen ikuspegi aurrera egitea eta sendotzea, erabiltzaileei entzuten ikasiz, etab. ▪ Dimentsio horretako profesionalak sentsibilizatzea, batzuen eta besteen arteko aldeak murrizteko eta eskaintza homogeneoa izatea ziurtatzeko ▪ Profil edo diagnostiko berriei (adibidez, nortasun desorekei) arreta emateko bitartekoak jartzea. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ezaupideak gehitzea eta profil berriak kuantifikatzea, erantzunak egokitzeko. ▪ Buru-gaixotasuna duten emakumeengana hurbiltzeko bideak martxan jartzea. ▪ Ordainketa partekatuek eragin kaltegarriak dituen kasuak antzemateko eta kuantifikatzeko, gerora begira erabakiak datu horien arabera hartzeko. ▪ Arreta emateko bitartekoen sistema malgutzea, prozesuek bi norabide izan ditzaten. ▪ Profesionalak eta familiak sentsibilizatzea, gaitasunak garatzeko ereduak uste osoa izan dezaten. ▪ Arreta soziosanitarioa garatzea, EAEn gaur egungo “koordinazio eremuetatik” organo soziosanitario formaletarako bidea egiteko eta hirugarren sektore sozialari dagokion lekua emateko, haren ekarpen bereziak aintzatetsiz. ▪ Esku hartzen duten profesionalen arteko elkarretaratze eremuak sustatzea, operatiboak eta prestakuntzarakoak. ▪ Kolektiboa diagnostikatzeko tresnak bateratzea, ikuspegiak, irizpideak, hizkera eta abar bateratuz. ▪ Enpleguaren dimentsioko koordinazioa arintzea. ▪ Buru-gaixotasuna duten pertsonen enplegurako gaikuntzan eta prestakuntzan aurrera egitea. ▪ Gaixotasuna gizarteratzeko prozesuan familiekin egiten diren orientazio, sentsibilizazio eta prebentzio jarduerari eustea eta era horretako jardura gehiago antolatzea. ▪ Bizi-kalitatea ebaluatzeko, erabiltzaileen ikuspegi aintzat hartzen duten tresnak diseinatzea eta baliozkotzea. ▪ Estigmaren kontrako zeharkako plangintza estrategikoa bat antolatzea, beste dimentsio batzuk ere barne hartu.
--------------------------------------	---	--	--	--

7.-BIBLIOGRAFIA

- CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES). *Salud mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), 2003.
 - BIZKAIKO FORU ALDUNDIA. GIZARTE EKINTZA SAILA. *Desgaitasuna duten pertsonen parte hartzera eta bizi-kalitate bideratutako Bizkaiko Plana (2010-2013)*. Bilbo: Bizkaiko Foru Aldundia, Gizarte Ekintza Saila, 2010.
 - EUSKO JAURLARITZA. ENPLEGU ETA GIZARTE GAJETAKO SAILA. *Gizarteratze Aktiboko III. Euskal Plana (2012-2016)*. Gasteiz: Eusko Jaurlaritza, Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila, 2012.
 - EUSKO JAURLARITZA. OSASUN ETA KONTSUMO SAILA. *EAEko Osasun Mentalaren estrategia (OME-2010)*. Gasteiz, Eusko Jaurlaritza. Osasun eta Kontsumo Saila, 2010.
 - EUSTAT. Eusko Jaurlaritzaren Osasun Inkesta 2013 (EAEIOI-2013). Webean dago: <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnrI00/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html>
 - BURU-GAIXOTASUNA DUTEN PERTSONEN ETA HAIEN SENIDEEN ELKARTEEN EUSKADIKO FEDERAZIOA (FEDEAFES). *EAEEn buru-gaixotasuna duten pertsonen gizarte estigmaren errealitatea*. Buru-gaixotasuna duten pertsonen eta haien senideen elkarteen Euskadiko Federazioa (FEDEAFES).
 - GINER, J., IBAÑEZ, E., BACA, E., BOBES, J., LEAL, C., CERVERA, S. *Desarrollo del cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)*. Neurologia, Psiquiatria eta antzeko Zientzien Akta portugaldarrak-espainiarrak. 1987; 13:261-76.
 - HEINRICH, D.W., HANLON, T.E. eta CARPENTER, W.T. *The Quality of Life Schale: An Instrument of Rating the Squizophrenic deficit syndrome*. *Schizophrenia Bulletin*. 1984; 10,388-399 [Gaztelaniara itzuli dute hauek: RODRIGUEZ FORNELLS, A. RODRIGUEZ MARTINEZ A., JARNE ESPARCIA, A., SOLER PUJOL, R., MIARONS, TUNEU, R., GRAU FERNANDEZ, A. *Estudio Factorial y Adaptación de la Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia*. Psikologia orokorraren eta aplikatuaren aldizkaria. 1995; 48 (3) 353-365].
- ESTADÍSTIKAKO INSTITUTU NAZIONALA (EIN). *Desgaitasunari, Autonomia Pertsonalari eta Mendetasun Egoerei buruzko Inkesta, 2008* (DAMI, 2008) Webean dago: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>>
- Biztanleriaren zifrak. Erroldaren ustiapen estatistikoa (2010eko urtarrilaren 1ko ustiapena) 1.153.724 biztanle Bizkaian. Webean dago: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe260&file=inebase&L=0>.
 - Biztanleriaren zifrak. Errolda Jarraituaren Estatistika. Udaletako datuak (2013ko urtarrilaren 1eko ustiapena). Webean dago: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp05%2F%2Fa2013>>

- LEHMAN, A.F. *A Quality of Life Interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning*. 1988; 11, 51-62 [Gaztelaniara itzuli dute BOBES, J.ek, GONZALEZ, M.P.ek eta BOUSOÑO, M.ek. *Calidad de Vida en las esquizofrenias*. Bartzelona: J.R. Prous, 1995].
- NAZIO BATUEN ERAKUNDEA (NBE). *Desgaitasuna duten Pertsonen Eskubideei buruzko Konbentzioa*. Nazio Batuen Erakundea (NBE), 2006.
- OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA (OME). *Buru-nahasmenduei eta jokabidearen nahasmenduei lotutako GNS-10 sailkapena: deskribapen klinikoak eta diagnostikoa emateko arauak*. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea (OME), 1992.
- OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA (OME). *Bizi-kalitatearen ebaluazioa. WHOQOL taldea, 1994. Zergatik bizi-kalitatea? WHOQOL taldea*. Osasunaren Munduko Foroa Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea (OME), 1996.
- OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA (OME). *Munduko osasunaren gaineko txostena, 2001. Buruko osasuna: ulertze berria, esperantza berria*. Geneva: Osasunaren Mundu Erakundea (OME), 2001.
- SCHALOCK, R. L., GARDNER, J. F. eta BRADLEY, V. J. *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2007 [Gaztelaniara itzuli du E. JALAINek. *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo*. Madril: FEAPS, 2009].
- SCHALOCK, R. L. eta VERDUGO, M. A. *Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002* [Gaztelaniara itzuli dute M. A. VERDUGOk eta C. JENAROk. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madril: Alianza, 2003].
- SCHALOCK, R. L. eta VERDUGO, M. A. *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero. 2007; 38. lib. (4), 224. zk., 21-36.*
- THE WHOQOL GROUP. *Development of the World Health Organization Quality of life Assessment*. Psychological Medicine. 1998; 28. zk., 551-558.
- VEGA, CÓRDOBA, V. *Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en centros residenciales permanente chilenos. Doktoretza-tesia*. Salamanca: Salamancako Unibertsitatea, 2011.
- VERDUGO, M.A., ARIAS, B., GÓMEZ, L., eta SCHALOCK, R. L. *GENCAT eskala. Bizi-kalitatearen GENCAT eskalaren formularioa. Bizi-kalitatearen GENCAT eskala aplikatzeko eskuliburua*. Bartzelona: Kataluniako Generalitatea, Institut Catalá d'Assistència i Serveis Socials, 2009.
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ, L. E. eta ARIAS, B. *Bizi-kalitatearen eskala integrala. Ezaugarri psikometrikoen garapena eta alde zuzeneko azterketa. Siglo Cero, 2007, 38 (4), 224. zk., 37-56.*
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ, L. E., ARIAS, B. eta SCHALOCK, R. L. *Eskala integrala: Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual: Cuestionario y Manual de aplicación*. Madril: CEPE, 2009.

- VERDUGO, M. A., GÓMEZ L.E., ARIAS, B., eta SANTAMARÍA, M., CLAVERO, D., TAMARIT, J. *INICO-FEAPS eskala. Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: Komunitatean Integrazteko Unibertsitate Institutua (INICO), 2013.
- VERDUGO, M. A., eta JORDÁN DE URRÍES, F. DE B. *Panorámica del Empleo con Apoyo en España*. Madrid: Desgaitasunaren Errege Patronatua, 2001.
- VERDUGO M.A. eta JORDÁN DE URRÍES, F. DE B. *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amarú, 2001.
- VERDUGO, M. A., JORDÁN DE URRÍES, F. B., MARTÍN-INGELMO, R., RUIZ, N. eta SANTAMARÍA, M. *Impacto social del programa ECA Caja Madrid de empleo con apoyo*. Salamanca: Komunitatean Integrazteko Unibertsitate Institutua (INICO), 2010.
- VERDUGO, M.A., SCHALOCK, R. L., GÓMEZ, L. eta ARIAS, B. *Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. Siglo Cero, 2007, 38 (4), 224. zk., 57-72.*
- VERDUGO, M. A., SCHALOCK, R. L., KEITH, K. D. eta STANCLIFFE, R. *Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines*. Journal of Intellectual Disability Research, 2005.

Araudia:

- Espainia. 39/2006 Legea, abenduaren 14koa, mendekotasun egoeran dauden pertsonen autonomia pertsonala eta arreta sustatzeari buruzkoa. *Estatuko Aldizkari Ofiziala*, 1996ko abenduaren 15ekoa, 299. zk., 44142. or.
- Euskadi. 12/2008 Legea, 2008ko abenduaren 5ekoa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa. *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 2008ko abenduaren 24koa, 246. zk., 31840. or.

8.- TAULEN ETA GRAFIKOEN AURKIBIDEA

1. TAULA: BIZI-KALITATEAREN ITEMAK ETA DIMENTSIOAK GENCAT ESKALAN	17
2. TAULA: BIZI-KALITATEAREN ITEMAK ETA DIMENTSIOAK WHOQOL-BREF GALDEKETAN	20
3. TAULA: AZTERGAIA	25
4. TAULA: AZTERTU DEN AZKEN LAGINA. Maiztasunak eta ehunekoak.	28
1. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN SEXUA. Ehunekoak	30
2. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN ADINA. Ehunekoak	30
5. TAULA: ERABILTZAILEAK, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Deskriptiboak	30
6. TAULA: ERABILTZAILEAK, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Maiztasunak eta ehunekoak.	30
3. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN DIAGNOSTIKO NAGUSIA. Ehunekoak	31
7. TAULA: ERABILTZAILEEN DIAGNOSTIKO NAGUSIA, SEXUAREN, ADINAREN, ELKARTEAREN ETA (elkarteko) ZERBITZU MOTAREN ARABERA. Ehuneko horizontalak.	32
4. GRAFIKOA: DIAGNOSTIKO EMAN ZENEKO ADINA. Ehunekoak	33
8. TAULA: DIAGNOSTIKO EMAN ZENEKO BATEZ BESTEKO ADINA, SEXUAREN, ADINAREN ETA DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ARABERA. Deskriptiboak	33
5. GRAFIKOA: BURU-GAIXOTASUNAREN BILAKERAREN URTE KP. Ehunekoak	34
9. TAULA: DIAGNOSTIKOAREN BILAKAERAREN URTE KP., SEXUAREN, ADINAREN, DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ETA (elkarteko) ZERBITZU MOTAREN ARABERA. Deskriptiboak	34
6. GRAFIKOA: ERABILTZAILEAK DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT DU EDO BURU-GAIXOTASUNARI LOTUTAKO PATOLOGIAREN BAT DU. Ehunekoak	34
10. TAULA: ERABILTZAILEEK DIAGNOSTIKO ERANTSIAK EDO BURU-GAIXOTASUNARI LOTUTAKO PATOLOGIAK DITUZTE. SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Ehunekoak	35
7. GRAFIKOA: DIAGNOSTIKO ERANTSIAK EDO BURU-GAIXOTASUNARI LOTUTAKO PATOLOGIAK, MOTAREN ARABERA. Ehunekoak	35
8. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA Ehunekoak	35
11. TAULA: ERABILTZAILEEN DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Ehunekoak	36
9. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA BEHARRIZANAK (BALORAZIO FORMALA). Ehunekoak	36
10. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA BEHARRIZANAK (ERREFERENTZIAK PROFESIONALAREN BALORAZIOA). Ehunekoak	36
12. TAULA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA BEHARRIZANAK (ERREFERENTZIAK PROFESIONALAREN BALORAZIOA), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA ZERBITZU MOTA (elkartekoa). Ehunekoak	37
11. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN EZGAITZE JUDIZIALA. Ehunekoak	37
13. TAULA: ERABILTZAILEEN EZGAITZE JUDIZIALA, DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ETA DESGAITASUN MAILAREN ARABERA. Ehunekoak	38
12. GRAFIKOA: TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA BEHAR DUTEN ERABILTZAILEEN JARRAIPENA. Ehunekoak	38
13. GRAFIKOA: AZKEN URTEAN PSIKIATRIAN OSPITALERATU DIREN ERABILTZAILEAK. Ehunekoak	38
14. TAULA: AZKEN URTEAN PSIKIATRIAN OSPITALERATU DIREN ERABILTZAILEAK, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIA EDUKITZEA ETA DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA. Ehunekoak	39
14. GRAFIKOA: LAGUNTZAREN JATORRI NAGUSIA. Ehunekoak	39
15. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN BIZITZEKO MODUA Ehunekoak	40
15. TAULA: ERABILTZAILEEN BIZITZEKO MODUA (BAKARRIK EDO LAGUNDUTA), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRA. PROFESIONALEN IKUSPEGITIK. Ehunekoak	40
16. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN BIZILEKUA Ehunekoak	40
17. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN EGOERA ZIBILA. Ehunekoak	41
18. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEK BIKOTEKIDEA DUTE. Ehunekoak	41
19. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA SARE INFORMALA OSATZEN DUEN PERTSONA KOPURUA. Ehunekoak	41
16. TAULA: ERABILTZAILEEN LAGUNTZA SARE INFORMALAREN BATEZ BESTEKO TAMAINA, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, BIKOTEKIDEA EDUKITZEA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, BIZITZEKO MODUA, BIZILEKUA ETA LAGUNTZA BEHARRA (ERREFERENTZIAK PROFESIONALAREN BALORAZIOA). Deskriptiboak	42
20. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN IKASKETA-MAILA. Ehunekoak	42
21. GRAFIKOA: ERABILTZAILEEN BURUJABETASUN EKONOMIKOA. Ehunekoak	43

17. TAULA: ERABILTZAILA BURUJABETASUN EKONOMIKOA, SEXUAREN, ADINAREN ETA DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ARABERA. Ehunekoak	43
22. GRAFIKOA: ERABILTZAILA LANAREKIKO DUTEN HARREMANA. Ehunekoak	43
18. TAULA: ERABILTZAILA LANAREKIKO DUTEN HARREMANA (ENPLEGUA EDUKI ZEIN EZ), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIKO OSPITALERATZE KP., LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA) ETA ELKARTEA. Ehunekoak	44
23. GRAFIKOA: ERABILTZAILA LAN-ESPERIENTZIA Ehunekoak	44
19. TAULA: ERABILTZAILA BATEZ BESTEKO LAN-ESPERIENTZIA (URTEAK), HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA ETA ERAKUNDEA. Deskriptiboak	45
24. GRAFIKOA: ERABILTZAILA DIRU-SARREREN ITURRI NAGUSIA. Ehunekoak	45
20. TAULA: ERABILTZAILA DIRU-SARREREN ITURRI NAGUSIA (GIZARTE ZERBITZUEN SISTEMA EDO BESTE ITURRI BATZUK), SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. Ehunekoak	46
25. GRAFIKOA: ERABILTZAILA GIZARTE ZERBITZUAK ERABILTZEN DITUZTE (FEDEFESeko elkarrekin ez). Ehunekoak	46
21. TAULA: ERABILTZAILA GIZARTE ZERBITZUAK ERABILTZEN DITUZTE, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, BIZITZEKO MODUA (BAKARRIK EDO NORBAITEKIN) ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK. Ehunekoak, atal bakoitzeko kasu guztiak kontuan hartuta	47
26. GRAFIKOA: ERABILTZAILA TRATAMENDU PSIKOLOGIKOA. Ehunekoak	48
22. TAULA: TRATAMENDU PSIKOLOGIKOA MODU ERREGULARREAN JARRAITZEN DUTEN PERTSONAK, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA PSIKIATRIKO OSPITALERATZEAK. Ehunekoak	48
27. GRAFIKOA: ERABILTZAILA ERABILTZEN DITUZTEN FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ZERBITZUAK, ELKARTEAREN ARABERA. Ehunekoak	49
23. TAULA: ERABILTZAILA ERABILTZEN DITUZTEN FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ZERBITZUAK, SEXUAREN, ADINAREN ETA DIAGNOSTIKO NAGUSIAREN ARABERA. Ehunekoak, atal bakoitzeko kasu guztiak kontuan hartuta	49
24. TAULA: PERTSONEN PROFILA FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ZERBITZU MOTA AINTZAT HARTUTA, ETA HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA AUTONOMIA. Ehuneko bertikalak	50
28. GRAFIKOA: FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ERABILTZAILA DIRENETIK IGAROTAKO DENBORA. Ehunekoak	51
25. TAULA: FEDEFES-EKO ELKARTEETAKO ERABILTZAILA DIRENETIK IGAROTAKO DENBORA, SEXUAREN, ADINAREN, ELKARTEAREN ETA ZERBITZU MOTAREN ARABERA (elkarrekin). Deskriptiboak	52
29. GRAFIKOA: ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATE OROKORRAREN ETA OSASUN-GOGOBEETZAREN GAINEKO PUNTUAZIOEN BATEZBESTEKOAK. Puntuazio zuzenak	53
26. TAULA: ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATE OROKORRAREN ETA OSASUN-GOGOBEETZAREN GAINEKO PUNTUAZIOAK Deskriptiboak	53
30. GRAFIKOA: ERABILTZAILA ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEA. Ehunekoak	54
31. GRAFIKOA: ERABILTZAILA HAIEN OSASUNAREKIKO DUTEN GOGOBEETZEA. Ehunekoak	54
27. TAULA: ERABILTZAILA ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEA, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, DIAGNOSTIKO ERANTSIREN BAT EDUKITZEA, PSIKIATRIKO OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK.	54
28. TAULA: ERABILTZAILA HAIEN OSASUNAREKIKO DUTEN GOGOBEETZEA, HONAKOEN ARABERA: SEXUA, ADINA, DIAGNOSTIKO NAGUSIA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, DIAGNOSTIKO ERANTSIAK EDUKITZEA, PSIKIATRIKO OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK.	55
32. GRAFIKOA: BIZI-KALITATEAREN ARLOEN GAINEKO BATEZ BESTEKO PUNTUAZIO ESTANDARRA.	56
29. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOPEN ETA BIZI-KALITATEAREN INDIZEAREN DATU ESTADISTIKO DESKRIPTIBOAK. PUNTUAZIO ESTANDARRAK	57
33. GRAFIKOA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOPEN ETA BIZI-KALITATEAREN INDIZEAREN BATEZ BESTEKO PUNTUAZIO PERTZENTILA.	57
30. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOPEN ETA BIZI-KALITATEAREN INDIZEAREN DATU ESTADISTIKO DESKRIPTIBOAK. PUNTUAZIO PERTZENTILAK	58
34. GRAFIKOA: ERABILTZAILA BIZI-KALITATEAREN INDIZEA	58
31. TAULA: ERABILTZAILA BIZI-KALITATEAREN ETA HARK ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEAREN INDIZEAK, GENCAT ESKALAREN ARABERA. Maiztasunak eta ehunekoak	58
32. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOPEN ETA BIZI-KALITATEAREN PUNTUAZIOAK, SEXUAREN ETA ADINAREN ARABERA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	60

33. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: ADINA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	60
34. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: DIAGNOSTIKO NAGUSIA, GAIXOTASUNAREN BILAKAERA-URTEAK, BESTE DIAGNOSTIKO ERANTSI EDO PATOLOGIA ELKARTU BATZUK EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, LAGUNTZA BEHARRA (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA) ETA PSIKIATRIKO OSPITALERATZEAK. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA ETA PEARSON-EN KORRELAZIO-KOEFIZIENTEA)	64
35. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BESTE DIAGNOSTIKO ERANTSI EDO PATOLOGIA ELKARTU BATZUK EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRA (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	65
36. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BEHARRIZANAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALEN BALORAZIOA), DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA PSIKIATRIKO OSPITALERATZEAK. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	66
37. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: PSIKIATRIKO OSPITALERATZEAK, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALEN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	67
38. TAULA: DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	68
39. TAULA: DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BIZITZEKO MODUA, BIZILEKUA, SAREAREN TAMAINA ETA BIKOTEKIDEA EDUKITZEA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA ETA PEARSON-EN KORRELAZIO-KOEFIZIENTEA)	71
40. TAULA: PEARSON-EN KORRELAZIOA SAREAREN TAMAINAREN, BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN ARTEAN; HONAKOEN ARABERA: DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRA, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK BETIERE	72
41. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BIKOTEKIDEA EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	73
42. TAULA: DATU ESTATISTIKO DESKRIPTIBOAK ETA DESBERDINTASUNEN GARRANTZIA ONGIZATE EMOZIONALA ETA PERTSONEN ARTEKO HARREMANAK DIMENTSIOETAN. HONAKOEN ARABERA: BIZILEKUA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK BETIERE. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	74
43. TAULA: DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BURUJABETASUN EKONOMIKOA, DIRU-ITURRI NAGUSIA ETA IKASKETA-MAILA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	76
44. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: BURUJABETASUN EKONOMIKOA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	77
45. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: IKASKETA-MAILA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAN OSPITALERATU IZANA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALAREN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	78
46. TAULA: BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN PUNTUAZIOAK, HONAKOEN ARABERA: ENPLEGUAREKIKO ERLAZIOA, LAN ESPERIENTZIA ETA AISIA ETA ASTIALDI ZERBITZUAREN ERABILERA. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA ETA PEARSON-EN KORRELAZIO-KOEFIZIENTEA)	80
47. TAULA: DATU ESTATISTIKO DESKRIPTIBOAK ETA DESBERDINTASUNEN GARRANTZIA BIZI-KALITATEAREN ETA BKI-REN DIMENTSIOETAN, HONAKOEN ARABERA: ENPLEGUA EDUKITZEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRAK (ERREFERENTZIAKO PROFESIONALEN BALORAZIOA). PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	80
48. TAULA: DATU ESTATISTIKOAK ETA DESBERDINTASUNEN GARRANTZIA BIZI-KALITATEAREN ETA BKI-REN DIMENTSIOETAN, HONAKOEN ARABERA: AISIA ETA ASTIALDI ZERBITZURA JOATEA, DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA ETA LAGUNTZA BEHARRAK, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK BETIERE. PUNTUAZIO ESTANDARRAK (ANOVA)	81

9.- ERANSKINAK

1A TAULA: PEARSON-EN KORRELAZIOA ANTZEMANDAKO BIZI-KALITATEAREN, BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIOEN ETA BKI-REN ARTEAN; HONAKOEN ARABERA: DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRA, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK BETIERE

			OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI		
			PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	
	Antzemandako bizi-kalitatea	Pearson Correlation	189	0,37	(*)	0,16	(*)	0,10		0,10		0,07		0,20	(*)	0,12		0,17	(*)	0,23	(*)
		Gar. (2-tailed)		0,00		0,03		0,16		0,16		0,34		0,01		0,09		0,02		0,00	
MINUSBALIOT ASUNAREN	% 33-% 65	Pearson Correlation	120	0,383	(*)	0,196		0,086		0,173		-0,002		0,144		0,210	(*)	0,186	(*)	0,248	(*)
		Gar. (2-tailed)		0,000		0,032		0,350		0,058		0,982		0,116		0,021		0,042		0,006	
MINUSBALIOT ASUNAREN	% 65etik gora	Pearson Correlation	64	0,324	(*)	0,112		0,155		0,021		0,185		0,314	(*)	-0,066		0,159		0,216	
		Gar. (2-tailed)		0,009		0,378		0,220		0,872		0,143		0,012		0,604		0,209		0,087	
OSPITALERAT ZEAK	Ez da ospitaleratu	Pearson Correlation	162	0,279	(*)	0,152		0,124		0,071		0,039		0,152		0,174	(*)	0,182	(*)	0,211	(*)
		Gar. (2-tailed)		0,000		0,053		0,116		0,370		0,625		0,053		0,027		0,020		0,007	
OSPITALERAT ZEAK	Ospitaleratu da	Pearson Correlation	27	0,637	(*)	0,149		-0,165		0,061		-0,032		0,290		-0,082		-0,023		0,130	
		Gar. (2-tailed)		0,000		0,458		0,412		0,761		0,876		0,143		0,685		0,911		0,517	
LAGUNTZA BEHARRAK	Autonomoa da	Pearson Correlation	37	0,266		0,070		0,009		0,208		0,060		0,075		0,031		0,041		0,115	
		Gar. (2-tailed)		0,111		0,678		0,959		0,216		0,722		0,657		0,854		0,811		0,500	
LAGUNTZA BEHARRAK	Ez da autonomoa	Pearson Correlation	150	0,416	(*)	0,212	(*)	0,128		0,104		0,080		0,267	(*)	0,172	(*)	0,219	(*)	0,302	(*)
		Gar. (2-tailed)		0,000		0,009		0,120		0,204		0,330		0,001		0,035		0,007		0,000	

2A TAULA: PEARSON-EN KORRELAZIOA OSASUN-GOGOBEETZEAREN, BIZI-KALITATEAREN DIMENTSIONEN ETA BKI-REN ARTEAN; HONAKOEN ARABERA: DESGAITASUNAREN PORTZENTAJEA, PSIKIATRIAKO OSPITALERATZEAK ETA LAGUNTZA BEHARRA, PROFESIONALEN IKUSPEGITIK BETIERE

			OE		PH		OM		GP		OF		AU		GI		ES		BKI	
		<i>Kp.</i>	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.	PE	Gar.
Osasun-gogobetetzea	Pearson Correlation	189	0,34		0,13		0,08		0,15		0,19		0,15		0,02		0,16		0,22	
	Gar. (2-tailed)		0,00	(*)	0,07		0,27		0,04		0,01		0,04		0,81		0,03		0,00	
MINUSBALIOT ASUNAREN % 33-% 65	Pearson Correlation	120	0,445		0,144		0,096		0,222		0,122		0,057		0,039		0,113		0,229	
	Gar. (2-tailed)		0,000	(*)	0,116		0,295		0,015		0,183		0,535		0,672		0,220		0,012	
% 65etik gora	Pearson Correlation	64	0,107		0,116		0,041		0,034		0,270		0,276		-0,075		0,246		0,185	
	Gar. (2-tailed)		0,400		0,363		0,745		0,788		0,031		0,027		0,556		0,050		0,144	
OSPITALERAT ZEAK Ez da ospitaleratu	Pearson Correlation	162	0,311		0,160		0,126		0,147		0,174		0,122		0,057		0,177		0,235	
	Gar. (2-tailed)		0,000	(*)	0,042		0,110		0,062		0,027		0,123		0,473		0,024		0,003	
Ospitaleratu da	Pearson Correlation	27	0,276		-0,132		-0,344		-0,141		0,039		0,131		-0,194		-0,122		-0,102	
	Gar. (2-tailed)		0,164		0,512		0,079		0,485		0,848		0,515		0,333		0,544		0,614	
LAGUNTZA BEHARRAK Autonomoa da	Pearson Correlation	37	0,194		0,180		0,153		0,147		0,075		0,286		-0,076		0,091		0,157	
	Gar. (2-tailed)		0,250		0,286		0,365		0,385		0,660		0,086		0,656		0,591		0,352	
Ez da autonomoa	Pearson Correlation	150	0,368		0,102		0,059		0,135		0,228		0,106		0,021		0,161		0,228	
	Gar. (2-tailed)		0,000	(*)	0,213		0,471		0,101		0,005		0,198		0,801		0,050		0,005	