

# Zaintza informala

## Euskal Autonomia Erkidegoan

Euskal Autonomia Erkidegoko Osasunari buruzko Inkestaren azterketa, 2013

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza / Departamento de Salud. Gobierno Vasco

**Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko zuzendaria /  
Directora de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria**

Miren Nekane Murga Eizagahechevarria,

**Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua /  
Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria**

Santiago Esnaola, Maite de Diego, Estibaliz

Elorriaga, Montse Calvo

**Argitalpen laguntza · Colaboración en la edición:**

Marta Sáez Martínez

**Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)**

Isabel Mosquera Metcalfe, Unai Martín Roncero, Isabel Larrañaga Padilla

*Soziologia 2 Saila.*

**Opik-Ikerketa Taldea**

*Osasunaren Gizarte-Baldintzatzaile eta Aldaketa Demografikoari Buruzko Ikerketa-Taldea.*

**Itzulpena:**

**HAEE. Herri Arduralaritzaren Euskal Erakundea**

*Itzultzaile Zerbitzu Ofiziala (IZO).*

**Erabilera-baimena:**

*Guztiaren edo zati baten erreproduzioa baimenduta dago, erabilpen komertzialerako izan ezik, baldin eta dokumentuaren aipamena egiten bada..*

**Iradokitako aipamena:**

Mosquera, I., Martín, U., Larrañaga, I.

Zaintza informala Euskal Autonomia Erkidegoan

Euskal Autonomia Erkidegoko Osasunari buruzko Inkestaren azterketa, 2013

Argitalpena: 2018ko urtarrila

I.S.B.N.:978-84-697-7328-4

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa, Osasun Saila

Internet: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc\\_salud\\_2013\\_publicaciones/eu\\_def/adjuntos/zaintzak.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/eu_def/adjuntos/zaintzak.pdf)

## AURKIBIDEA

AURKEZPENA.....	4
1. SARRERA.....	5
1.1. ZAINZA KONTZEPTUA .....	5
1.2. ZAINZA EMATEA .....	6
1.3. ZAINZAK ZAINZAILEAREN OSASUNEAN ETA ONGIZATEAN ERAGITEN DITUEN ONDORIOAK .....	8
2. ZAINZA-PREMIAK EAEN.....	10
2.1. ETXEBIZITZETAN BIZI DIREN ZENBAT PERTSONAK BEHAR DUTE ZAINZA? .....	10
2.2. ZER PROFIL DUTE PERTSONA HORIEK? .....	11
2.3. ZER ALDAGAI DAUDE LOTUTA ZAINZA BEHAR IZATEAREKIN? .....	13
2.4. NORK ZAINZEN DITU PERTSONA HORIEK? .....	16
3. ZAINZA INFORMALA EMATEN DUTEN PERTSONAK .....	18
3.1. ZENBAT PERTSONAK ZAINZEN DUTE MENDEASUNA DUEN PERTSONAREN BAT? .....	18
3.2. ZER PROFIL DUTE ZAINZAILE HORIEK? .....	19
3.3. ZER ALDAGAI DAUDE LOTUTA ZAINZAILE IZATEAREKIN? .....	23
3.4. ZER ERAGIN DU ZAINZAK OSASUNEAN ETA ONGIZATEAN? .....	29
4. ONDORIOAK ETA EZTABAIDA.....	50
5. BIBLIOGRAFIA.....	52
6. ERANSKINA – METODOLOGIA .....	58

## AURKEZPENA

Zaintzeak zaintzailearen familia-bizitzari, lan-bizitzari eta bizitza sozialari eragiten die, baita zaintzailearen ongizateari ere; horrez gain, ikusten da genero-desberdintasunak daudela zereginak eta erantzukizunak banatzeko garaian, zaintzaren lan-karga batez ere emakumeek hartzen baitute beren gain. Horrek esan nahi du desberdintasunak daudela gizonetzko zaintzaile informalaren eta emakumezko zaintzaile informalaren osasunean. O ndorio positiboak deskribatzen dira, baina batez ere ondorio negatiboak, eta ondorio horiek zaintzaileen etorkizuneko ongizatean edo, hala badagokio, mendetasunean bertan izango dute isla.

Hainbat egitura sozialek laguntzen dute, zuzenean edo zeharka, banaketa desorekatu horri eusten eta osasunaren alorreko desberdintasunetan sakontzen. Osasun-sistema ez da salbuespen bat eta egitura sozialek ematen dituzten erantzun askok indar ditzakete desberdintasun horiek, emakumeak bultzatzen direlako zaintza-lanetara eta emakumeak egiten direlako familia-taldeko beste pertsona batzuk zaintzearen erantzule eta gizonak zaintzatik kanpo uzten direlako edo ez direlako neurri berean inplikatzeko (Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa, 2009). Kezka hori agerian geratzen da 2013-2020 aldiko Euskadiko Osasun Planean; izan ere, Plan horren ekintzen artean zaintzaren eragina gutxiagotzeko eta osasun-langileei zuzendutako prestakuntza-plan guztietan genero-ikuspegia txertatzeko estrategiak biltzen dira (Osasun Saila, Eusko Jurlaritzak, 2014).

Osasun-sistemak osasunaren mugatzaile garrantzitsu bat osatzen du, baina txosten honek, genero-ikuspegitik abiatuta, sistemaren ezagutzan eta Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) zaintza informalaren prozesuetan inplikaturako pertsonen osasun-egoeraren azterketan sakondu nahi du.

Helburu horrekin, EAEko Osasun Inkestan (EAEOI, 2013) aurreko edizioetan baino galdera espezifiko gehiago egin ziren gai honi buruz. Azterlan honetan, mendetasuna (iraunkortzat hartuta) duten pertsonen jasotzen duten zaintzaren egoera aztertzeaz gain, ezaugarri soziodemografikoak eta zaintzaile/zaintzen den pertsona diada osatzen duten kideen osasunaren elementu erabakigarriak eta zaintza horren ezaugarriak berrikusiko dira. Gainera, zaintzaile informalaren osasuneko elementu erabakitzaileetan zaintzak duen eragina aztertuko da. EAEko egoeraren azterketa hau ezinbestekoa da zaintzaileen osasunean dauden genero-desberdintasunak murriztera bideratutako politikak egiteko. Era berean, azterlan honek zaintzak ematen dituzten pertsonak hobeto zaintzen eta artatzen lagunduko du.

# 1. SARRERA

## 1.1. ZAINZA KONTZEPTUA

Zaintza kontzeptuaren esanahiak zabaldu egin dira azken urte hauetan, lehen mendetasuna duten pertsonak artatzea zela uste izaten zen batez ere; orain, ordea, uste da pertsona guztiek beren bizitza mantentzeko eta bizitzari eusteko behar dituzten premiak betetzeko ezinbesteko lana dela (Division for the Advancement of Women. United Nations, 2008). Beraz, pertsonen ongizate fisikoa, psikikoa eta emozionala ematera bideratutako ekintza multzo bat da, eta premia horiek aldatu egiten dira bizitzan zehar (Comas, 2014).

Zaintza eraikuntza soziala da; zaintza horretan maitasuna eta betebeharra, afektua eta betebeharrak morala nahasten dira, eta familia bere kideen zaintzaren erantzule egiten da (Comas, 2014); erantzukizun hori, gainera, Europako herrialde batzuetan betebeharrak legalak dira (Simonazzi, 2009). Baina zaintzaren erantzukidetasuna ez da modu homogineoan banatzen familiako kideen artean; adierazten da generoa dela elementurik garrantzitsuenak zaintzen duten pertsonak zehaztu nahi direnean. Azterlan askotan ikusten da familia ugaltzeko lanean gizonen inplikazioa txikia dela (Barker, 2009). Inplikazio txiki hori zaintzan ikusten den genero-desberdintasunaren ezaugarri ikusgarrienetako bat da eta zaintzen duten pertsonen gaitasuna izan dezaten gehien laguntzen duten faktoreetako bat ere bada, gaitasuna horrek zaintzailearen osasunean eta bizikaltatean duen eraginarekin (Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa, 2009). Hori horrela, zaintzaren antolamendu sozialak genero-rolen banaketa tradizionalari eusten dio. Banaketa horren arabera, gizonak publiko den horretara eta ordaindutako lanera (lan produktiboa) bideratzen dira, eta emakumeak ongizateari eusteaz arduratzen dira batez ere, hau da, ugalketa-lanaz arduratzen dira (etxeko lana, zaintza informala eta sare sozialak mantentzea) (Artazcoz et al., 2007; Cerri eta Alamillo-Martínez, 2012; Borrell et al., 2014). Gizonak denborari eta familia-erantzukizunei dagokienez libreago daudenez, errazago sartzen dira merkatuan (eremu horri balio eta aintzatespen soziala ematen zaizkio); aitzitik, emakumeen lana etxeko eremura mugatuta dago, gutxiago ikusten da eta balio gutxiago dauka (Artazcoz et al., 2007).

Horrek eta beste arrazoi hauek eragin dute, hain zuzen, *zaintzen krisia* deritzona (Orozco, 2007; Carrasco, 2013) sortu izana: emakumeak eremu publikoan lanean hasteak ekarri duen genero-rolen aldaketa, biztanleriaren zahartze demografikoa, ugalkortasun-tasaren jaitsiera, bizikidetzareduetan izandako aldaketak (Carrasco, 2013; Comas, 2014) eta zaintzak antolatzeko ereduak aldatu behar dela pentsatzeko gaitasunik ez izatea edo hori pentsatu nahi ez izatea. Krisi horrek ekarri du zaintzei eta bizitzaren iraunkortasunari buruzko erantzukizunak birbanatzea, eta laguntza emateko lanak berrantolatzea (Pérez, 2006). Baina senitarteko bati eman behar zaizkion zaintzen zati bat esternalizatzen den kasuetan ere, emakumeak izaten dira, etorkinak askotan, lan horiek egiten dituztenak, eta *zaintzen kate globalen*, hots, kate transnazionalen zati bihurtzen dira. Kate horietan zaintza-lanak batzuegandik besteengana aldatzen dira, aginte-ardatzen arabera, besteak beste, generoaren, etniaren, klase sozialaren eta jatorrizko lekuaren arabera (Orozco, 2007).

Zaintza-premiei modu formalean eta informalean erantzuteko aukera dagoenez, bi zaintza mota bereizten dira. *Zaintza formala* profesionalak egiten dute ordainsari baten truke eta kontratu-harremanean oinarrituta (IMSERSO, 2010). Esaten da *zaintza informala* dela laguntza pertsona batek (senitartekoa izan edo ez) ematen duenean ordainketarik jaso gabe. Kasu honetan ez da kontuan hartzen boluntarioek eta elkarrekiko laguntzako erakundeek ematen duten laguntza. Beren familia-ingurunean pertsonak artatzen dituzten pertsonentzat Mendetasun Legeak ezarritako prestazio ekonomikoa gorabehera, laguntza hori zaintza informaltzat eta senitartekoen ematen duten zaintzatzat hartzen da oraindik ere (García eta Del Río, 2012). Hortaz, honako bereizketa hau egiten da: alde batetik, *zaintzaile profesionalak edo formalak*, eta, bestetik, *zaintzaile ez profesionalak edo informalak*.

## 1.2. ZAINZA EMATEA

Nahiz eta egia izan bizitza osoan behar direla zaintzak (Comas, 2014), premia hori nabarmenagoa da mendetasun-kasuetan, mendetasuna zentzu zabal batean hartuta. Hau da, mendetasuna ez da eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak egiteko beste pertsona baten edo batzuen laguntza edota laguntza garrantzitsuak edo autonomia pertsonala izateko beste euskarri batzuk etengabe behar izatea eragiten duen egoeraren bat duten pertsonetara soilik mugatzen (39/2006 Legea), baizik eta laguntza aldi baterako behar duten pertsonak ere barnean hartzen ditu, esate baterako adingabeak. Hala eta guztiz ere, zaintzeak zaintzailearentzat duen esanahia desberdina da deskribatutako zaintzen aurrean. Adingabeen zaintza modu boluntarioan hartzen da, askotan planifikatu egiten da eta mugatua da denboran, baina mendetasun iraunkorra duten pertsonen zaintzan ez da hori gertatzen.

Mendetasuna duten pertsonak zaintzearen barnean laguntza materialeko edo instrumentaleko zereginak sartzen dira, baita informazio-laguntza edo laguntza estrategikoa eta laguntza emozionala ere (Rogerero, 2010) edo beste jarduera mota-batzuk, esaterako, konpainia egitea. Laguntza materiala mendetasuna duen pertsonak bere kabuz egin ezin dituen eguneroko bizitzako jarduerak egiten laguntzean datza. Jarduera horiek oinarrizkoak izan daitezke (adibidez, autozaintza) edo instrumentalak (adibidez, etxeko lanak) (IMSERSO, 2005a). Zaintzen den pertsonaren eta kanpoko baliabideen bitartekari gisa jarduten du, askotan, zaintzaileak. Horrek eta arazo jakin batzuk konpontzen laguntzeak osatzen dute informazio-laguntzat edo laguntza estrategikotzat hartzen dena. Azkenik, diadako kideen artean dagoen elkarrekiko mendetasun emozionalak azaltzen du laguntza emozionala emateko premia (Rogerero, 2010).

Denboran zehar ikusi da bilakaera bat izan dela zaintza-lanaren erantzukizuna norena den galderari buruzko gogoeta egiten denean. Gaia ez dela soilik indibiduala eta familiara; aitzitik, Estatuaren laguntza behar duen arazo sozial baten aurrean gaude. Ideia hori gizartean hedatu da eta zaintzen hornidura publikoko politikak sustatu ditu (Comas, 2014). Izan ere, zaintzea gaur egun ez da eguneroko gai pribatu bat soilik (nahiz eta oraindik ere batez ere familia-inguruneak hartzen duen bere gain eta familia-inguruneak egiten duen), baizik eta garrantzi teoriko eta politikoa hartu du, gizartea antolatzeke funtsezko faktore bihurtu baita (Tobío et al., 2010).

Herrialdeak politika horien arabera sailkatzeko ahalegina egiteko ikuspegi asko hartu dira kontuan. XX. mendearen azken urteetan herrialdeak *ongizate-erregimenen* arabera kategorizatu ziren (printzipio hauetan oinarrituta: desmerkantiliazioa, estratifikazio soziala eta ongizatea emateko orduan baliabide pribatuak eta publikoak nahastea) (Bambra, 2007; Eikemo eta Bambra, 2008) eta *zaintza-erregimenen* arabera (zaintzako gizarte-zerbitzuetan jartzen delako arreta) (Anttonen eta Sippilä, 1996). Ondoren egin diren azterketek ikuspegi multidimentsional batetik landu dute zaintza, gizarte-ongizatearen zutabeak (familia, merkaturak, politika sozialak eta boluntariotza) barne hartzen dituen multzo integratu eta konplexutzat hartzen dutelako (Tobío et al., 2010) eta, horren ondorioz, *zaintza sozialaren* teoria sortu da (Daly eta Lewis, 2000).

XXI. mendean politika familistaren eta zaintzan familiaren erantzukizuna arintzeko sustatutako baliabideen azterketan oinarritutako sailkapen berriak proposatu dira, eta lau familismo mota bereizi dira: esplizitua, aukerakoa, inplizitua eta defamilismoa (Leitner, 2003). Sailkapen horren arabera, EAEk beteko lituzke aukerako ereduaren ezaugarriak, zaintzak emateko egoera orekatu samarra duelako, gizarte-zerbitzuen partaidetza handia delako, prestazio ekonomikoen garapena handia delako eta kontratatutako zaintzaile ez-profesionalen presentzia nabarmena delako (Martínez, 2014).

Lan-bizitza eta familia-bizitza uztartzeko politikak lan-eskakizunen eta familia-erantzukizunen arteko oreka lortu nahi dute, gizonen eta emakumeen arteko berdintasuna sustatzeko ahalegina eginez (Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila. Eusko Jaurlaritza, 2011); hala eta guztiz ere, uztartzeak feminizatuta jarraitzen du (Silvestre, 2012). Adingabeen zaintzaren kasuan, politikak amen eta aiten lan-baimenetan eta eszedentzietan jartzen dute arreta (Tobío et al., 2010); gainera, seme-alabak dituzten familientzako eta ondorengo adingabeak zaintzeko pertsonak kontratatzeko laguntza ekonomikoak dituzte (177/2010 Dekretua; 31/2015 Dekretua). Era berean, mendetasun-egoeran edo muturreko osasun-larritasuneko egoeran dauden senitartekoak zaintzeko eszedentziak edo lanaldi-murrizketak daude (Enplegu eta Gizarte Gaietako Saila. Eusko Jaurlaritza, 2011).

Iraunkortzat hartzen den mendetasunari erantzuteko gizarte-politikei dagokienez, Europan egin diren proposamenak honako elementu hauek bateratzearen ondorio dira: handituz doan unibertsalismoa, baina oinarritzko finantzaketaren bermatzaile den Estatuaren ekintza mugatua izanik; zaintzei dagokienez familia-erantzukizun zabalak eta trinkoak; eta sektore pribatuan oinarritutako kudeaketa deszentralizatuak, enpresen nahiz hirugarren sektoreko prestazioak jasotzen dituenak (Rodríguez, 2007). Espainiar Estatuaren Autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzko Legea, Mendetasun Legea deritzona, promulgatzea gertaera garrantzitsu bat izan zen gizarte-babesaren eremuan. Lege horren barnean zerbitzuen katalogo bat eta prestazio ekonomikoen katalogo bat bildu ziren, eta zerbitzuak emateari eman zitzaion lehentasuna (39/2006 Legea). Baina Lege hori modu desberdinean ezarri da lurraldeetan (Espainiako Kontseilu Ekonomikoa eta Soziala, 2012; Gizarte Zerbitzuetako Zuzendarien eta Kudeatzaileen Estatuaren Elkarte, 2015), eta EAEn kasuan nabarmena da desberdintasun hori. Izan ere, EAEk honako bereizgarri hauek ditu: mendetasun larria duten pertsonen taldean prestazio multzo bat dago, familia-zaintzengatik prestazio ekonomikoak daude eta zerbitzuak ematen dira eguneko/gaueko zentroetan edo egoitzetan (Kontseilu Ekonomikoa eta Soziala, Espainia, 2012; Gizarte Zerbitzuetako Zuzendarien eta Kudeatzaileen Estatuaren Elkarte, 2015).

Mendetasun iraunkorra duten pertsonen zaintzaileei dagokienez, gizarte-politikek ezartzen dute laguntza emateko zerbitzu batzuk daudela, esate baterako, prestakuntza-ikastaroak, laguntza-taldeak, laguntza psikologikoa eta egoitza-zerbitzua edo eguneko zerbitzua asteburuetan, jaiegunetan edo oporraldietan (39/2006 Legea; 29/2008 Foru Dekretua; Bizkaiko Foru Aldundiaren 185/2014 Foru Dekretua).

Adingabeen zaintzaren kasuan, nahiz eta batez ere emakumeek egiten duten lana den oraindik ere, nabarmendu behar da aitek gero eta gehiago hartzen dutela parte. Aiten inplikazioa, ordea, selektiboa da, inplikazio handiagoa baitute zeregin atseginenetan edo eremu publikoarekin zerikusia duten zereginetan (paseoak, bainuak, jolasak eta abar); aitzitik, lan astunenak eta monotonoenak, eta etxeko eremuan garatzen direnak amen erantzukizunak dira oraindik ere (Tobío et al., 2010). Baina adingabeak ez dituzte gurasoek bakarrik zaintzen, familia zabalak ere zaintzen ditu, bereziki aitona-amonek, batez ere alaben biloben kasuan, bereziki alabek lan egiten badute (Tobío et al., 2010; Tobío, 2013). Litekeena da aitona-amonek zeregin hori noizbehinka bete behar izatea edo zaintza haien esku uztea sistematikoki eta hainbat zeregin bete behar izatea (Durán, 2014). EAEn, bilobak dituzten 60 urtetik gorako pertsonen artean, % 45,5ek maiz laguntzen diete beren seme-alabei (Del Barrio et al., 2010).

Mendetasuna duten pertsonen zaintzari dagokionez, gehien aztertu den kolektiboa adineko pertsonak zaintzen dituzten pertsonena izan da. Kasu horretan, sexua, elkarrekin bizitzea eta ahaidetasuna dira zaintzaile nagusiaren rola familia-nukleoko zer pertsonak betetzen duen zehazten duten adierazleak (García-Calvente et al., 2004). Espainiako biztanleriaren barruan, zaintzaile informalaen profila honako hau da: emakumea, ezkondua, lehen mailako edo maila txikiagoko ikasketak dituen (IMSERSO, 2005b; Pérez, 2006; Esparza, 2011), batez beste 50 urte baino gehiago dituen (IMSERSO, 2005b; Esparza, 2011), mendetasuna duen pertsonaren alaba edo ezkontidea (Esparza, 2011) eta soilik etxeko lana egiten duena (IMSERSO, 2005b; Pérez, 2006). Hala eta guztiz ere, ikusten da zaintzen duten emakume landunen kopuruak (IMSERSO, 2005b) eta gizon erretirodunen edo pentsiodunen kopuruak zertxobait gora egin dutela (IMSERSO, 2005b; Esparza, 2011).



### 1.3. ZAINZAK ZAINZAILEREN OSASUNEAN ETA ONGIZATEAN ERAGITEN DITUEN ONDORIOAK

Zaintzak eragiten dituen ondorioak azaltzen saiatzeko garatutako esparru teoriko ugari daude. Adingabe baten edo mendetasuna duen pertsona baten zaintzaren erantzule izateak sortzen duen egoera berrira ez egokitzeak estresa sor dezake. Horregatik, *estres-eredu orokorrak* askotan erabili dira zaintzatik eratorritako eraginak azaltzeko, bereziki eredu transakzionalak. Eredu horietan, estresa prozesu dinamiko bat da eta prozesu horretan pertsonak eta inguruneak elkarri eragiten diote. Ikuspegi horren erreferentia Lazarus eta Folkman-en teoria da. Teoria horren arabera, balioespen kognitiboak eta aurre-egiteak estresarekiko erreakzio emozionalen bitartekari gisa jarduten dute (Lazarus eta Folkman, 1987). Haurren zaintzen kasuan, familatik kanpoko eragileek (langabezia), pertsonen arteko eragileek (bikotearen haustura) edo haurren ezaugarriek (jokabide-arazoak) faktore estresagarri gisa jardun dezakete, eta gurasoek aurre-egitea amaren/aitaren ongizate psikologiko indibidualaren eta dauzkaten baliabide pertsonalen mende egongo da (gizarte-laguntza, familia-laguntza, maila ekonomikoa). Estres-egoerari aurre egiteko moduak erabakiko du guraso gisa betetzen duen lanari nola egiten dion aurre (Webster-Stratton, 1990).

Zaintzak duen eragina azaltzen duten teoriak gehiago garatu dira mendetasuna duten adineko pertsonen zaintzaren kasuan. Erreferentziak kontzeptu-esparrua Pearlin-en estres-prozesuaren ereduak da (Pearlin et al., 1990). Eredu horretan proposatzen da elkarrekin lotuta dauden eremu batzuk daudela: zaintzailearen aurreko garaia eta egungo testuingurua, lehen mailako faktore estresagarriak, bigarren mailako faktore estresagarriak, emaitzak eta bitartekariak. Lehen mailako faktore estresagarrien artean honako hauek bereizten ditu: alde batetik, mendetasuna duen pertsonaren narriaduratik eratorritako direnak (faktore estresagarri objektiboak) —pertsona horren narriadura kognitiboa, adibidez— eta, bestetik, zaintzaileak ematen duen arretak eragindakoak (faktore estresagarri subjektiboak) —zaintzailearen gainkarga, adibidez. Bigarren mailako faktore estresagarrien kasuan rola faktore estresagarriak eta faktore estresagarri intrapsikikoak bereizten ditu. Rolaren faktore estresagarriak zaintzailearen rola familia-bizitzan, gizarte-bizitzan eta

lan-bizitzan dituen ondorio negatiboak dagozkie (adibidez, familia-gatazka edo gizarte-isolamendua). Faktore estresagarri intrapsikikoak estresa ugaritzearen ondorioz sortzen dira, esate baterako, autoestimua galtzea. Estresaren ondorioz, ikusten diren emaitzek ongizate fisikoari eta mentalari eragiten diote, baita zaintza-lanak betetzen jarraitzeko gaitasunari ere. Bitartekariak (aurre-egitea eta gizarte-laguntza) faktore estresagarrien eta emaitzen gainean jarduten dute eta ondorioak arintzen dituzte (Pearlin et al., 1990; Crespo eta López, 2007).

Zaintzaren ondorioak azaltzeko ez dira estres-teoriak bakarrik garatu, rol-teoriak eta bizi-zikloaren ikuspegiari buruzko teoriak ere defendatu baitira. *Rol-teoriak* proposatzen du zaintzaileek auresan daitekeen moduan jarduten dutela beren itxaropenetan eta onartzen den gizarte-rolaren gizarte-baldintzetan oinarrituta (Bastawrous, 2013). Gerta daiteke rola gainkarga izatea bere betebeharrak betetzeko denborarik edo baliabide nahikorik ez izategatik, eta rol-gatazka hainbat rola itxaropenak bateraezin bihurtzen direnean (Agulló, 2001; Bastawrous, 2013). Bestalde, *bizi-zikloaren teoriak* familiako rola eta familiakoak ez diren rola definizioa osatzen du, kontuan hartuta zaintzailearen rola aldatu egiten direla denboran eta aldaketa horiek arriskuan jar ditzaketela zaintzailearen osasun fisiko eta mentala. Teoria horren arabera, trantsizioak estresagarriak izan daitezke gizabanakoentzat eta familientzat trantsizioak borondatezkoak diren edo ez, trantsizioak bizitzako zer unetan gertatzen diren edo beste trantsizio batzuekin batera gertatzen diren kontuan hartuta (Elder, 1994; Pearlin, 2010).

Seme-alaben nahiz mendetasuna duten pertsonen zaintzaile nagusiak emakumeak izateak eragiten du emakumeei gehiago eragitea zaintza-zereginak betetzeak. Adingabeei laguntzeari dagokionez, zaintzaileak kostu fisiko du zaintza-zereginetatik eratorritako nekea dela medio (Agulló, 2001; Andrade et al., 2014), eta lan-kostuak ere baditu lan ordainuari uko egiten zaiolako edo lanaldia murrizten delako; hori guztia modu



boluntarioan egin daiteke edo ez, edo zerbait negatibo edo positibo gisa bizi daiteke, baina, nolahi ere, kasu gehienetan emakumeak beren bikotekidearen mende daude ekonomikoki (Agulló, 2001).

Mendetasuna duten pertsonak zaintzeak eragiten duen inpaktuari dagokionez, azterlanek adineko pertsonen zaintzak dituen ondorioetan jartzen dute arreta batez ere. Adingabeen zaintzan bezala, aipatzen da osasunaren eta ongizatearen dimentsio askotan daudela ondorioak. Ikusten da ondorioak daudela eremu psikosozialean, osasun mentalean eta emozionalean, eta osasun fisikoan eta funtzionalean. Gehien deskribatzen den ondorioa zaintzailearen gainkarga da, zaintzearen inpaktuarekiko erreakzio negatiboa zaintzailearen egoera fisikoan, psikologikoan, emozionalean, sozialean eta ekonomikoan (Kuzuya et al., 2011; Casado eta Sacco, 2012; Gratão et al., 2012). Zaintzaileek onartzen dute beren ongizateak okerrera egin duela (Pimenta et al., 2009; Nardi et al., 2012), eta ikusten da aldaketak daudela familiaren arteko harremanetan eta familiaren egiturari (Araújo et al., 2009; Larrañaga et al., 2009), gizarte-isolamendua dagoela (Bocchi et al., 2010; Gonçalves et al., 2011), lan-munduan gutxiago parte hartzen dutela (Pimenta et al., 2009; Ferri et al., 2011), eta zaintzaileak ez diren pertsonak baino osasun mental, emozional (Pinquart eta Sorensen, 2003; De Oliveira eta Caldana, 2012) eta fisiko okerragoa dutela (Pinquart eta Sorensen, 2003; Nardi et al., 2012) eta eragina desberdina dela emakumeengan eta gizonengan (Larrañaga et al., 2008; Garcia et al., 2011). Tarteko belaunaldiko emakumeek esaten dute, gainera, gatazkak daudela betetzen dituzten rolen artean: seme-alaben (edo biloben) zaintza, lanbide-garapena lan-merkatuan, partekatzen ez diren etxeko lanak eta adineko gurasoen zaintza (IMSERO, 2011), eta "sandwich-belaunaldia" (Salgueiro eta Lopes, 2010) edo "pibot-belaunaldia" (Hoffmann eta Rodrigues, 2010) esaten zaionaren zati dira.

Baina inpaktu horiek ez dute intentsitate berdinarekin eragiten gizarte-sektore guztietan, testuinguru ekonomikoak eta sozialak arindu edo indartu egiten baititu zaintzaren ondorioak. Litekeena da hainbat alderdik, hala nola maila sozioekonomikoak edo laguntza formaleko eta informaleko sareek aldatzea zaintzen duen pertsonaren osasunean eta ongizatean dagoen ondorioa; izan ere, gizarte-maila kalteberenetan kokatuta dauden eta hezkuntza-maila txikiagoa duten emakumeek zaintzaren karga handiagoak jasaten dituzte eta baliabide

material gutxiago dituzte ondorioei aurre egiteko, eta horrek esan nahi du emakume horien osasunerako arrisku handiagoa dela (Garcia et al., 2011). Honela, mugatzaile soziostrukturelek eta genero-sistemak elkarri eragiten diote eta osasunaren alorrean dauden desberdintasun sozialak sakontzen eta areagotzen dituzte (Sen eta Östlin, 2007).

Dena den, azterlanetan ondorio negatiboak buruzko ebidentziak ematen dituzte, eta, era berean, garrantzi handiagoa hartzen dute zaintzari eta hazierari egotz dakizkiekeen ondorio positiboak. Zaintzen duten pertsonak sentimendu on asko adierazten dituzte, hala nola hazkunde pertsonala, balioen transmisioa, erantzukizunaren zentzua, zaintzen den pertsonarekiko maitasuna edo afektua (Agulló, 2001; Araújo et al., 2009; Pimenta et al., 2009; Chan, 2010; De Oliveira eta Caldana, 2012).

Zaintzak eragiten dituen inpaktuei buruzko azterlanean ezinbestekoa da zaintzen den pertsonaren garapen-testuinguruaren berezitasunak aintzat hartzea. EAEren kasuan, pertsonen zaintza informala ematearen esperientzia nolakoa den galderari buruzko ebidentzia mugatua da (Larrañaga et al., 2008; Larrañaga et al., 2009; Bizkaiko Adinekoen Behatokia). Dena den, gaur egun sakondu daiteke gai horretan EAEOL Inkestaren azken edizioa (2013) datuei buruzko azterketa eginez. Azken edizio horretan aurreko edizioetan baino galdera gehiago egin dira zaintzari buruz. Jarraian, zaintzen diren pertsonen eta iraunkortzat hartzen den mendetasun-egoeran dauden pertsonak (adingabeak ez dira kontuan hartu) zaintzen dituzten pertsonen buruzko datuak aurkeztuko dira.

## 2. ZAINZA - PREMIAK EAEN

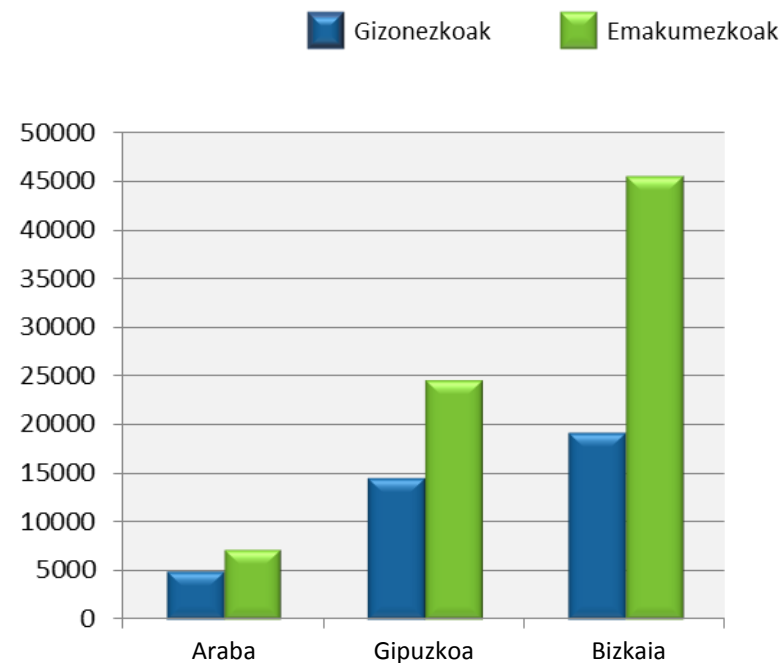
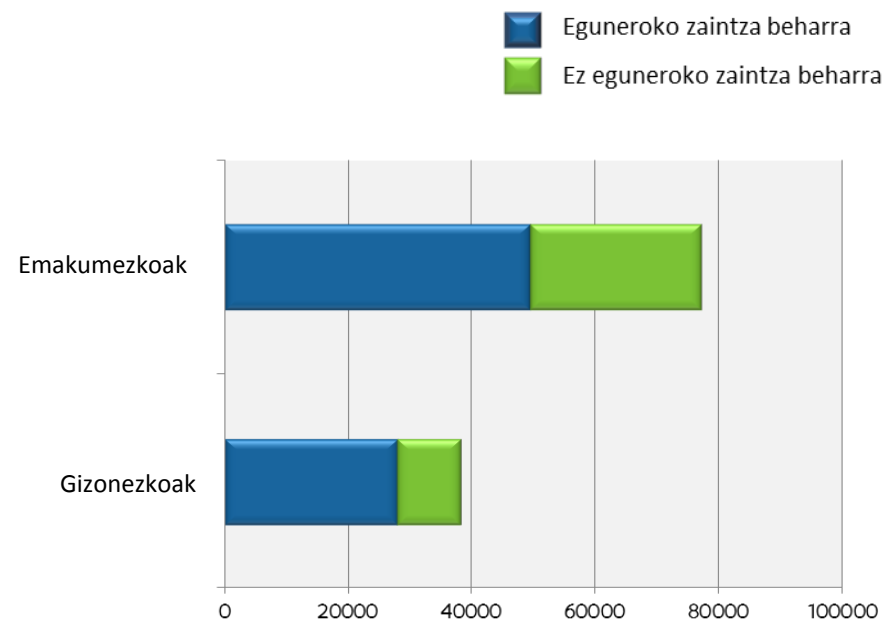
### 2.1. ETXEBIZITZETAN BIZI DIREN ZENBAT PERTSONAK BEHAR DUTE ZAINZA?

EAEn, 115.559 pertsonak, hots, familiako etxebizitzetan bizi diren % 5,3k behar dute beste pertsona baten zaintza eguneroko bizitzako jarduerak egiteko. Pertsona horien artetik, 77.580 pertsonak egunero behar dute zaintza. Zifra hori honela bereizten da: 28.092 gizon eta 49.488 emakume. Bestalde, 10.265 gizonek eta 27.714 emakumek zaintzak behar dituzte, baina maiztasun gutxiagoz (1. irudia).

**1. irudia. Zaintza behar duen biztanleriaren banaketa sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta. EAE, 2013.**

Lurralde historikoen arabera, Bizkaian dago zaintza-premiak dituzten biztanleen kopuru handiena (64.585 pertsona), nahiz eta prebalentzia Gipuzkoako prebalentziaren berdina den (% 5,53). Azken postuan Araba dago: 11.953 pertsona, hau da, Arabako biztanleriaren % 3,85. Lurralde guztietan handiagoa da zaintzak behar dituzten emakumeen proportzioa, eta Bizkaiko kasuan bereziki nabarmena da aldea (2. irudia).

**2. irudia. Zaintzak behar dituzten pertsonen banaketa sexuaren eta lurralde historikoaren arabera. EAE, 2013.**



## 2.2. ZER PROFIL DUTE PERTSONA HORIEK?

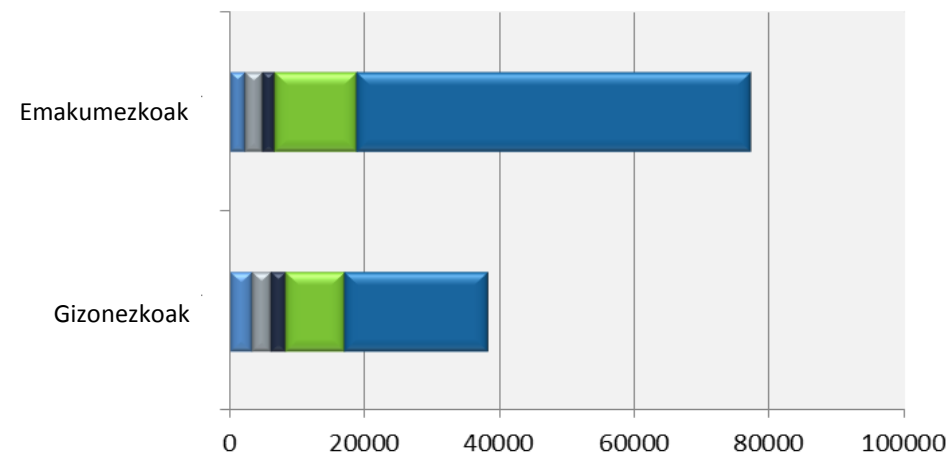
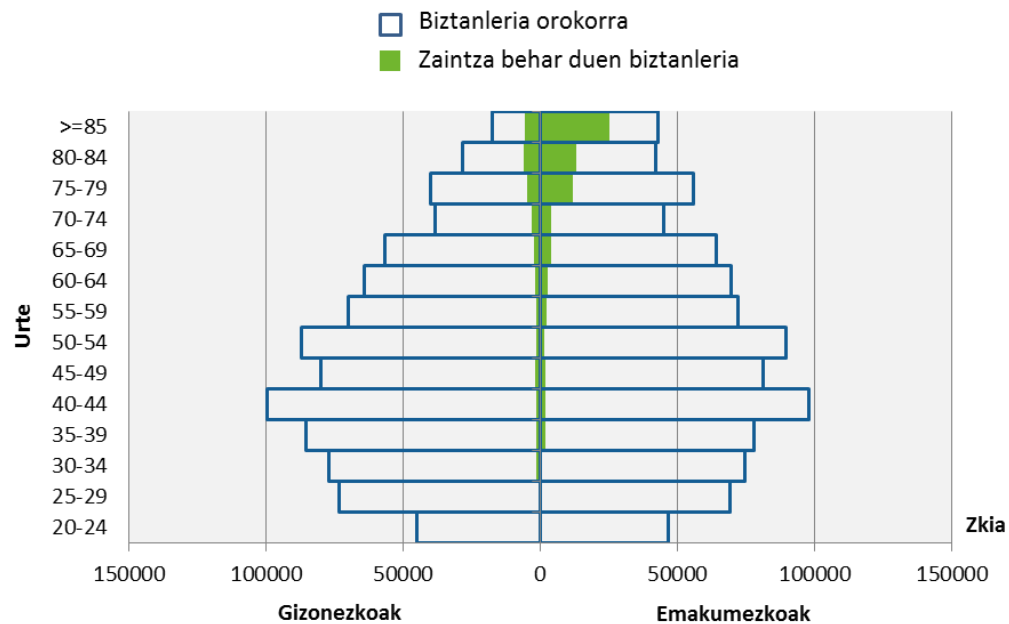
Zaintza-premia dutenen profila, hau da, pertsona horien ezaugarri bereizgarriak kontuan hartzen badira, esan daiteke batez ere emakumeak direla. Zehazki, guztizkoaren % 66,8 dira.

Adinari dagokionez, guztizko biztanleriak baino askoz ere egitura zaharragoa du, bi biztanleriak alderatzen dituen adin-piramidean egiazta daitekeenez (3. irudia).

**3. irudia. Zaintza behar duen guztizko biztanleriaren piramidea sexuaren eta adin-taldearen arabera. EAEko 20 urtetik gorako biztanleria, 2013.**

Bi sexuetan, jende gehien dagoen taldea 65 urtekoa edo gehiagokoa da (% 55,6 gizonak eta % 75,8 emakumeak) eta adin-tarte horren barnean 85 urtekoak eta gehiagokoak nabarmentzen dira, batez ere emakumeen kasuan (5.495 gizon eta 25.478 emakume).

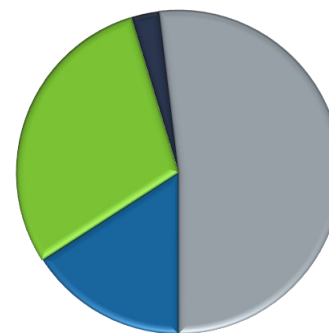
**4. irudia. Zaintza behar duen biztanleriaren banaketa sexuaren eta adin-taldearen arabera. EAE, 2013.**



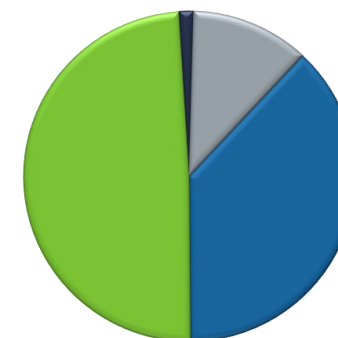
Pertsona horien egoera zibilarri dagokionez, gizonen artean ezkontuta daudenak edo bikotekidearekin bizi direnak nagusitzen dira (% 49,1), eta ondoren ezkongabeak daude (% 37,9). Emakumeen artean, eredia desberdina da, eta gehienak alargunak dira (% 51,9; 5. irudia).

**5. irudia. Zaintzak behar dituzten pertsonen banaketa sexuaren eta egoera zibilararen arabera. EAE, 2013.**

**Emakumezkoak**



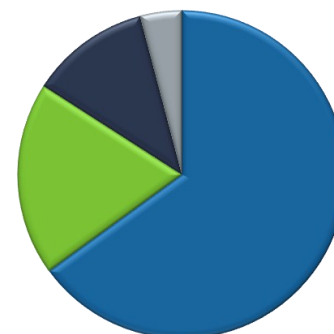
**Gizonezkoak**



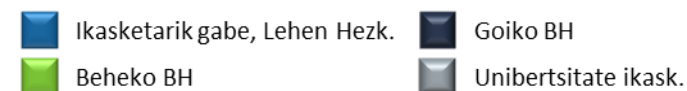
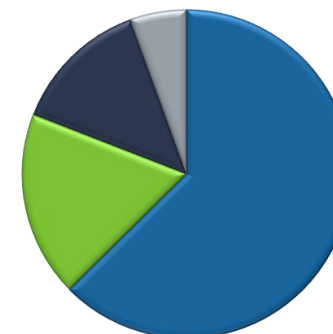
Pertsona horien hezkuntza-mailari dagokionez, gizonen eta emakumeen erdiek baino gehiagok (% 62,6 eta % 65,0, hurrenez hurren) ez dute bigarren hezkuntza lortu (6. irudia). Bi sexuetan, hurrengo talde ugariena behe-mailako bigarren hezkuntza gainditu dutenena da (% 18,3 gizonak eta % 19,1 emakumeak). Zaintza-premiak dituzten gizonen % 5,5ek eta emakumeen % 4,1ek soilik dute unibertsitate-prestakuntza.

**6. irudia. Zaintzak behar dituzten pertsonen banaketa sexuaren eta hezkuntza-mailaren arabera. EAE, 2013.**

**Emakumezkoak**



**Gizonezkoak**



## 2.3. ZER ALDAGAI DAUDE LOTUTA ZAINZA BEHAR IZATEAREKIN?

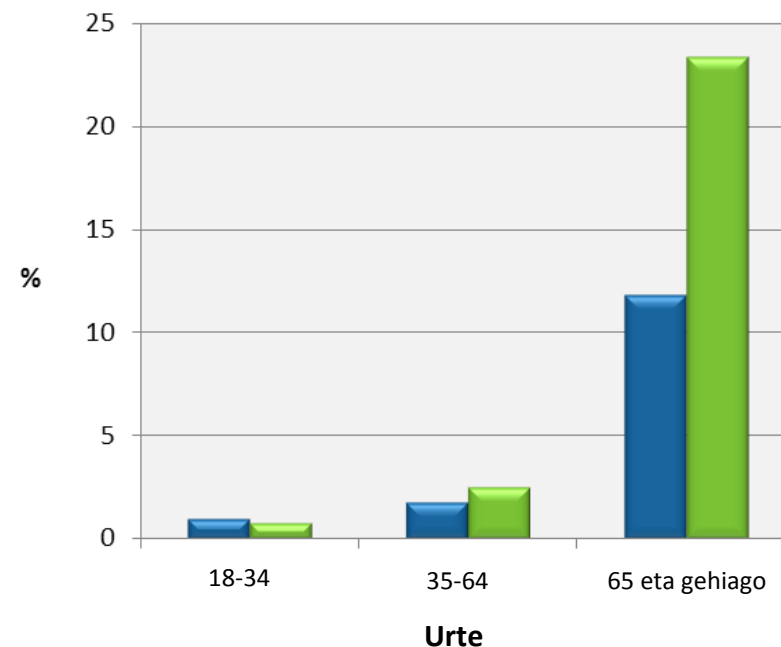
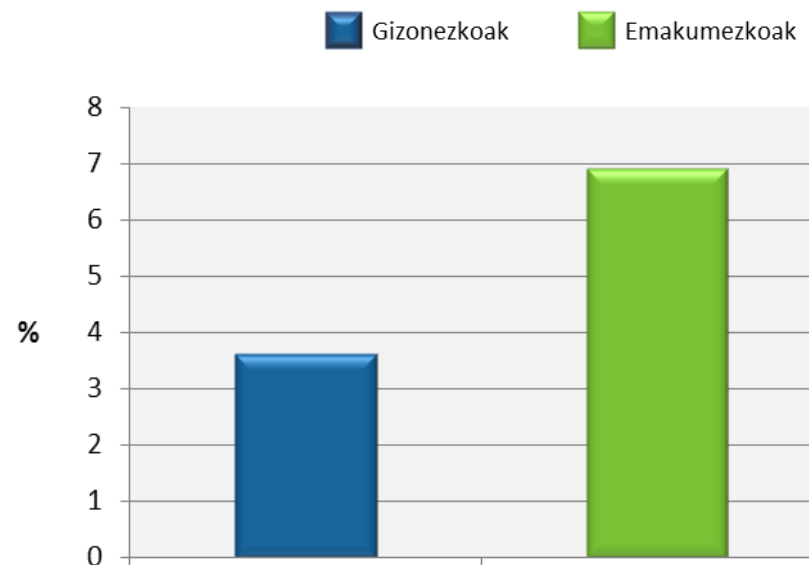
Zaintza-premiak dituzten pertsonen ezaugarri nagusiak deskribatu ondoren, atal honetan zaintzak behar izatearekin lotuta egon daitezkeen ezaugarriak aipatuko ditugu. Hau da, kontua ez da biztanleria horren ezaugarriak deskribatzea, baizik eta zehaztea zaintza-premia zein gizarte-taldetan (gizonak, emakumeak, klase sozialak eta abar) nagusitzen den gehien.

Sexuarekin hasten bagara, esan behar dugu zaintza-premia handiagoa dagoela emakumeen artean; izan ere, emakumeen artetik % 6,9k adierazi du laguntza behar duela, baina gizonen artean ehuneko hori % 3,6ra murrizten da (7. irudia).

**7. irudia. Zaintza-premiaren prebalentzia sexuaren arabera. EAE, 2013.**

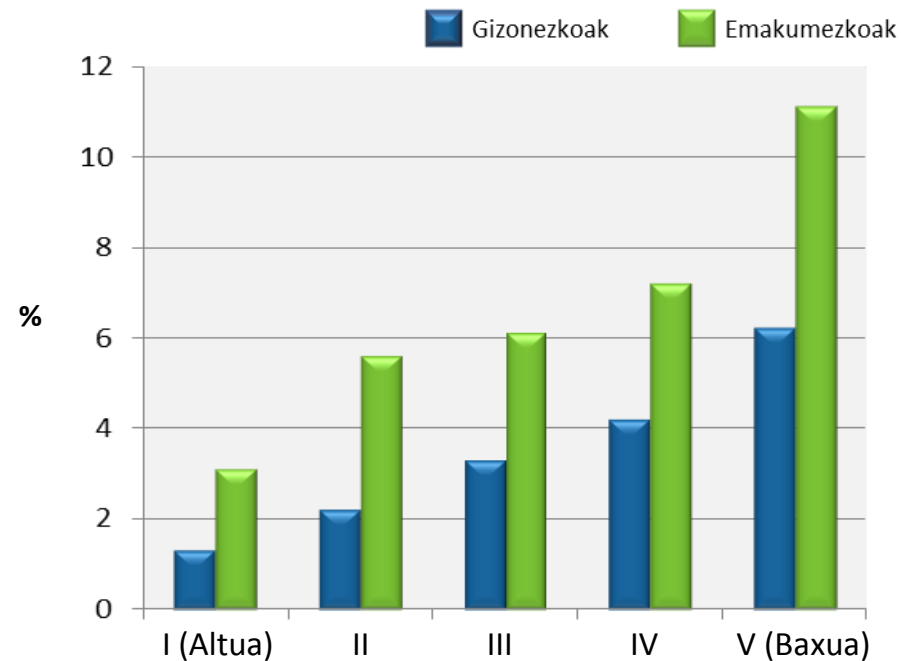
Helduen artean, zaintza-premia areagotu egiten da adinarekin. Horrela, 65 urteko eta gehiagoko taldean ikusten da laguntza behar duten pertsonen ehuneko handiena, bereziki emakumeen artean (% 23,3; gizonen kasuan, aldiz, % 11,8). Urrunago 35-64 urteko taldea dago: gizonen % 1,8 eta emakumeen % 2,5 (8. irudia).

**8. irudia. Zaintza jasotzeko premiaren prebalentzia, sexuaren eta adin-taldearen arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**



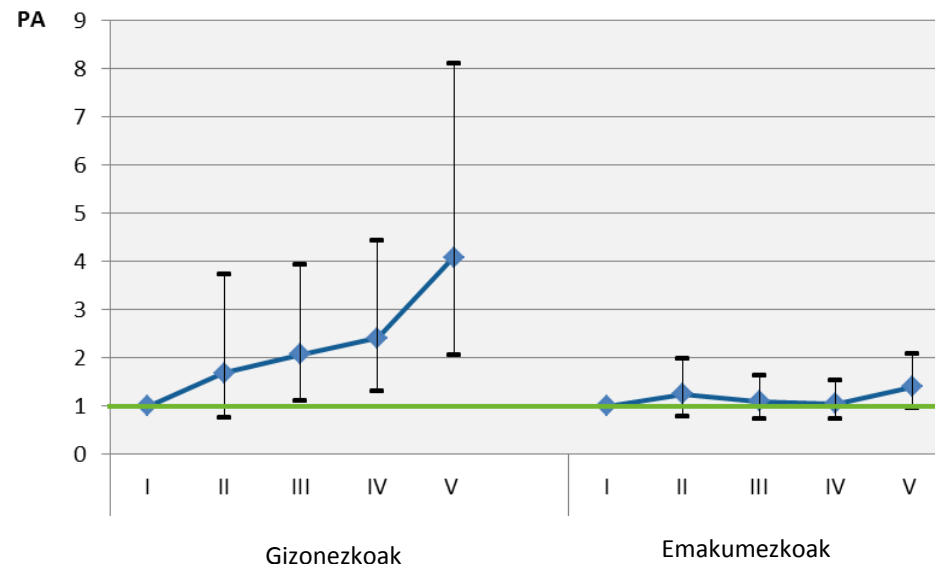
Klase sozialari dagokionez, badirudi klase sozialak desberdintasunak sartzen dituela zaintza-premiei dagokionez; izan ere, klase soziala zenbat eta txikiagoa izan, orduan eta handiagoa da zaintzak behar dituzten pertsonen ehunekoa gizonen nahiz emakumeen kasuan (9. irudia).

**9. irudia. Zaintza-premiaren prebalentzia sexuaren eta klase sozialaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**



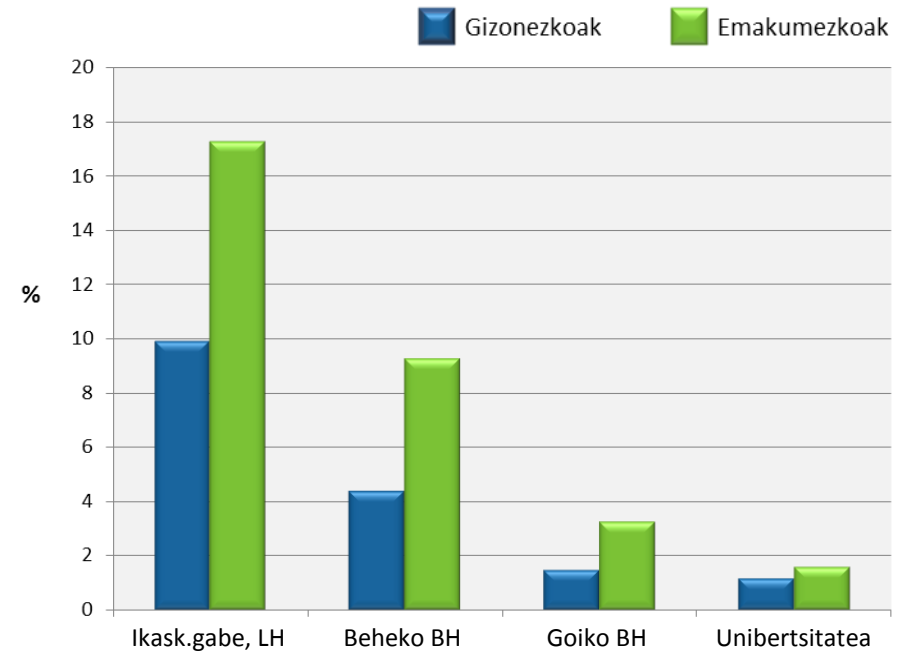
Hala eta guztiz ere, zaintzak behar izateko probabilitatea adinaren arabera doitzen bada, erakusten digu gradiente sozialari gizonen artean bakarrik eusten zaiola, eta emakumeen artean ez dela garrantzitsua (10. irudia).

**10. irudia. Zaintza-premiaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, klase sozialaren eta sexuaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**



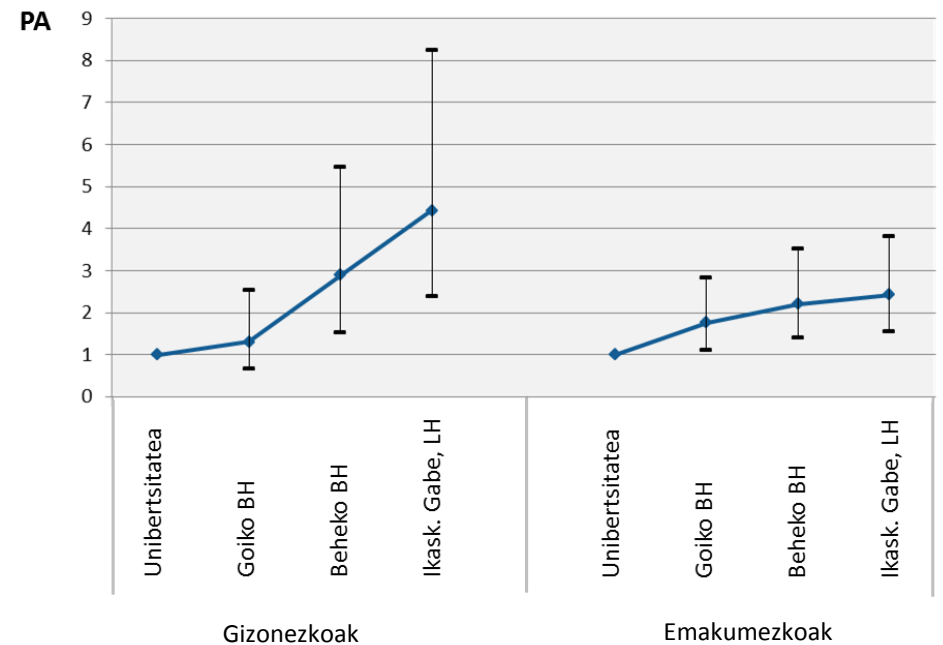
Era berean, ikusten da gradiente sozial bat dagoela zaintza-premian hezkuntza-maila kontuan hartuta gizonen eta emakumeen artean. Horrela, ikasketa-maila handitzen bada, murriztu egiten da zaintzak behar izateko prebalentzia (11. irudia).

**11. irudia. Zaintza-premiaren prebalentzia sexuaren eta hezkuntza-mailaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**



Izan ere, zaintzak behar izateko probabilitateak oso eredu garbiari jarraitzen dio, probabilitate hori igo egiten baita ikasketa-maila jaisten den neurrian. Unibertsitate-ikasketak dituztenen aldean, ikasketarik ez duten gizonek zaintzak behar izateko probabilitateak 4 aldiz handiagoak dira (PA: % 4,43, % 95eko KT: 2,38-8,23); aitzitik, maila hori duten emakumeen probabilitatea bikoitza da (PA: 2,43; % 95eko KT:1,54-3,82) (12. irudia).

**12. irudia. Zaintza-premiaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta– , hezkuntza-maila eta sexua kontuan hartuta. EAEko biztanleria heldua, 2013**

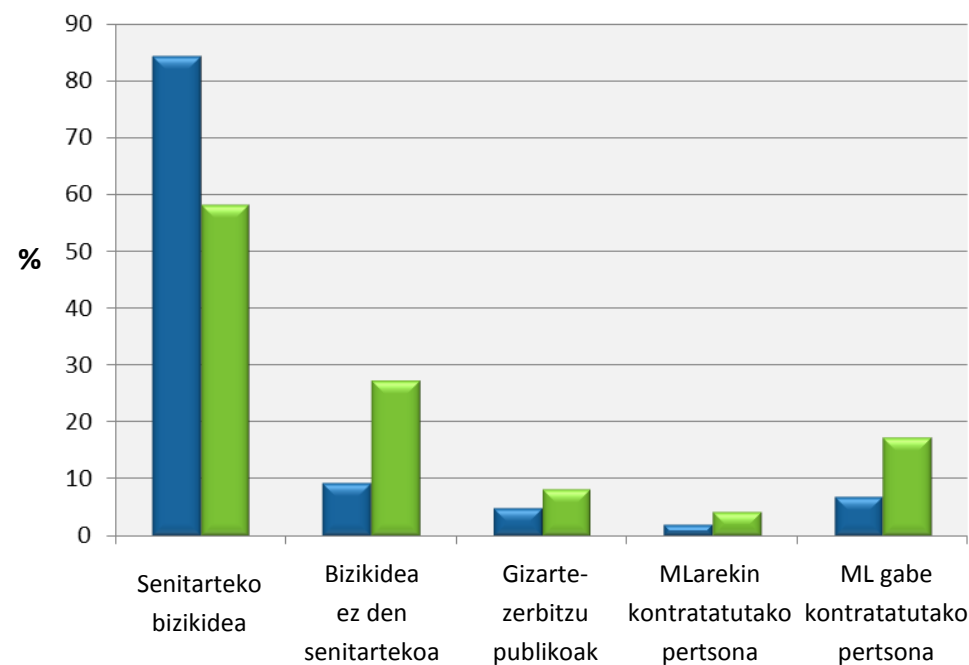




## 2.4. NORK ZAINZTEN DITU PERTSONA HORIEK?

Jarraian, beren eguneroko bizitzan laguntza behar duten pertsonak zaintzen dituztenen ezaugarri nabarmenenak bilduko ditugu. Zaintzak behar dituen biztanleriari zaintzak ematen dizkiona biztanleria horrekin bizi den senitartekoren bat izaten da gehienetan. Hori horrela da zaintza-premiak dituzten gizonen % 84,2ren kasuan eta emakumeen % 58,0ren kasuan. Ondoren, distantzia batera, honako hauek daude: beraiekin bizi ez den senitarteko batek laguntzen dien pertsonak (% 9,3 gizonak eta % 27,3 emakumeak) eta Mendetasun Legean aipatzen den laguntzarik gabe kontratatzen den pertsonak zaintzen dituztenak (% 6,8 gizonak eta % 17,3 emakumeak; 13. irudia).

■ Gizonezkoak ■ Emakumezkoak



**13. irudia. Zaintzailearen banaketa zaintzak behar dituen pertsonaren sexuaren eta bi pertsona horien arteko harremanaren arabera. EAE, 2013.**

Beraiekin bizi den senitarteko batek zaintzen dituen pertsonen kasuan, bi pertsona horien arteko ahaidetasuna ezkontide izatea da gizonen % 48,4ren kasuan eta emakumeen % 30,3ren kasuan. Ondoren, garrantzia kontuan hartuta, amak daude lehenengo kasuan (% 31,0) eta alabak bigarren kasuan (% 27,8). Laguntza behar duen pertsonarekin bizi ez diren zaintzaileen artean, gehien nabarmentzen den ahaidetasun-harremana alaba izatearena da (gizonen % 66,6 eta emakumeen % 48,8; 1. taula).

1. taula. Zaintzaileak zaintzen duen pertsonarekin duen ahaidetasuna, zaintzen duen pertsonaren sexua eta diada elkarrekin bizi den ala ez kontuan hartuta. EAE, 2013.

Senidetasuna	Gizonezko zainduak		Emakumezko zainduak	
	Zaintzaile bizikidea (%)	Zaintzaile ez bizikidea (%)	Zaintzaile bizikidea (%)	Zaintzaile ez bizikidea (%)
Senarra/emaztea	48,4	8,7	30,3	-
Ama	31,0	-	15,3	-
Aita	4,5	-	1,7	-
Alaba	8,5	66,6	27,8	48,8
Semea	1,7	24,7	12,5	15,0
Erraina	0,4	-	3,7	-
Suhia	0,4	-	0,3	-
Arreba/ahizpa	2,9	-	3,7	19,7
Anaia/neba	0,6	-	1,0	-
Biloba (emakumea)	-	-	0,9	-
Biloba (gizona)	-	-	0,5	1,9
Amama	-	-	-	8,3
Beste emakumezko familiarra	0,8	-	1,2	6,3
Beste gizonezko familiarra	0,4	-	0,7	0
Beste pertsona	0,4	-	0,4	-
<b>Guztira</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 3. ZAINZA INFORMALA EMATEN DUTEN PERTSONAK

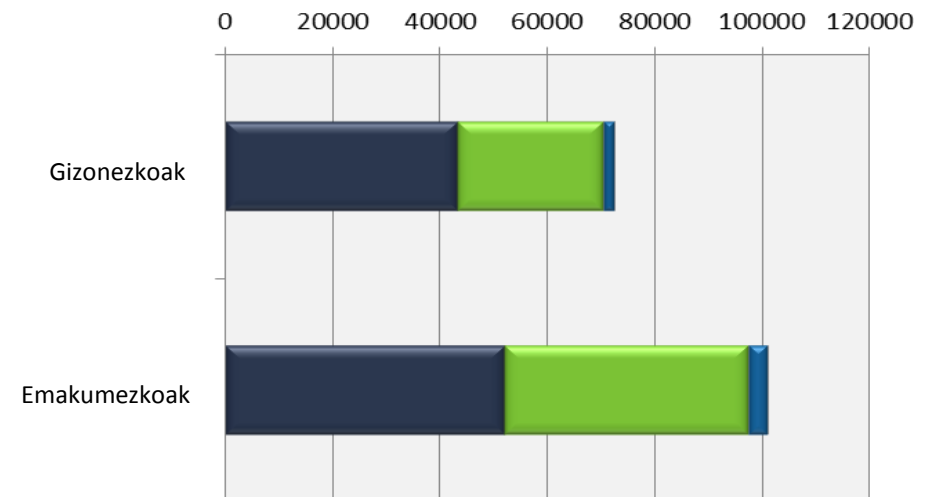
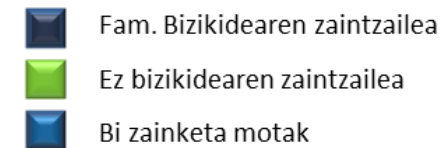
#### 3.1. ZENBAT PERTSONAK ZAINTZEN DUTE MENDE TASUNA DUEN PERTSONAREN BAT?

EAE n, 173.737 pertsonak ematen dituzte zaintza informalak; horrek esan nahi du familiako etxebizitzetan bizi den biztanleriaren % 8,0k ematen duela (% 6,8 gizonen kasuan eta % 9,0 emakumeen kasuan). Erdiek baino gehiagok beraiekin bizi diren pertsoneri soilik laguntzen diete (95.016 pertsona; % 54,7); bestalde, 72.828 pertsonak (% 41,9) zaintzen dituzte beren etxetik kanpo soilik. Etxe barruan eta etxetik kanpo ematen den zaintza sexua kontuan hartuta aztertzen badugu, ikusiko dugu eredu antzekoa dela gizonen eta emakumeen kasuan, eta ikusten da bi kasuetan handiagoa dela zaintzailearekin bizi den pertsona zaintzeko prebalentzia pertsona bat etxetik kanpo zaintzearen prebalentzia baino.

Lurralde historikoen arabera, Bizkaian dago zaintzaile kopuru handiena (90.196 pertsona). Arreta zaintza motan jartzen badugu, ikusiko dugu hiru probintzietan handiagoa dela zaindu behar diren pertsonekin bizi diren zaintzaileen proportzioa (% 56,9 Araban, % 57,5 Gipuzkoan eta % 58,8 Bizkaian). Pertsonak etxetik kanpo zaintzeaz 9.675 pertsona arduratzen dira Araban (% 46,7), 28.922 Gipuzkoan (% 46,0) eta 40.124 Bizkaian (% 44,5). Horrela, 4. irudian ikus daitekeenez, pertsonen ehuneko txiki batek ematen ditu zaintzak etxe barruan eta etxetik kanpo.

Emandako zaintzaren intentsitatearen hurbilketa gisa, zaintzaile helduek laguntza-zereginak betetzen ematen duten batez besteko denbora aztertuko dugu. Batez beste, zaintzera bideratzen den denbora honako hau da: astean 22,7 eta 27,1 ordu gizonen eta emakumeen kasuan, hurrenez hurren. Etxean ematen den zaintzari dagokionez, zifra horiek areagotu egiten dira (27,6 ordu gizonek eta 35,2 ordu emakumeek) eta murriztu egiten dira etxetik kanpoko laguntzaren kasuan (13,7 ordu gizonek eta 15,9 ordu emakumeek). Biztanleria-mailan, zaintzera bideratzen den denbora aste bakoitzeko 4.367.211,4 ordu dira. Kopuru hori bat dator gizonen 1.638.905,0 orduekin (% 37,5) eta emakumeen 2.728.306,4 orduekin (% 62,5).

**14. irudia. Zaintzaileen banaketa sexuaren arabera eta zaintza etxe barruan eta/edo etxetik kanpo ematen den kontuan hartuta. EAE, 2013.**



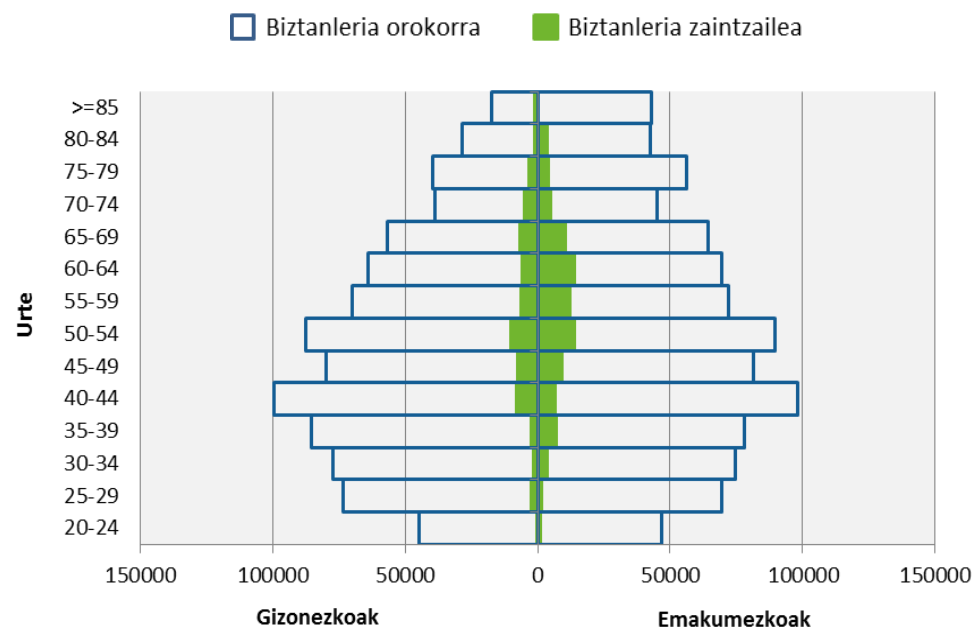
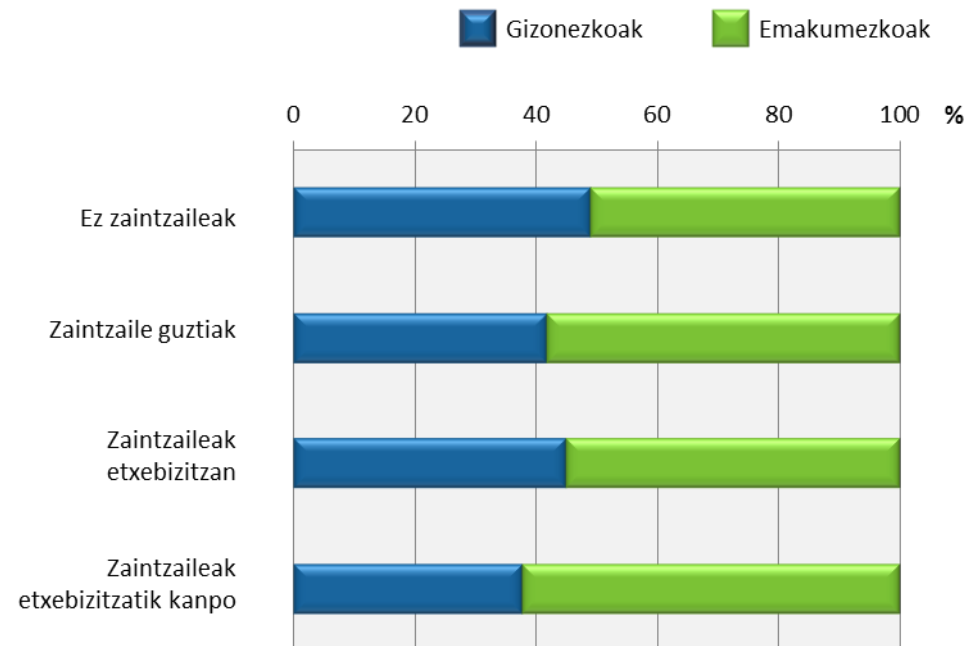
## 3.2. ZER PROFIL DUTE ZAINZTAILE HORIEK?

Jarraian, beste pertsona batzuei laguntza ematen dien biztanleriaren ezaugarri soziodemografiko nagusiak deskribatuko ditugu. Sexuari dagokionez, zaintzaile helduen artean emakumeak nagusitzen dira (% 58,2), bereziki etxetik kanpo emandako zaintzen kasuan (% 62,4; 15. irudia).

**15. irudia. Zaintza emateko moduen banaketa sexuaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**

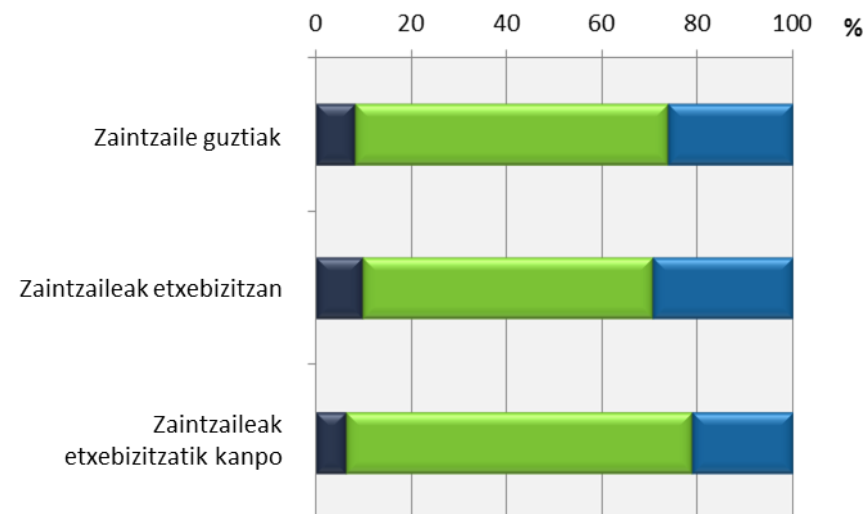
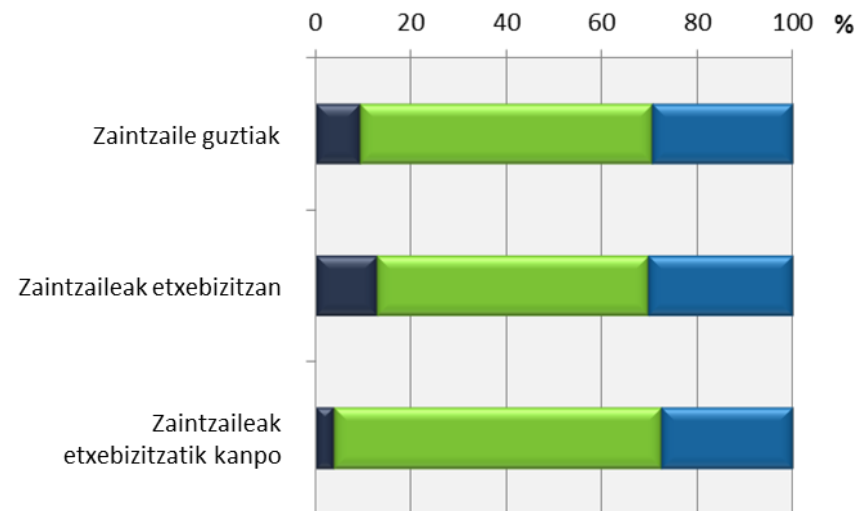
20 urtetik gorako zaintzaileen profila aztertzen badugu, ikusiko dugu bi sexuetan zaintzaileak 35-64 urteko tartean daudela. Emakumeen artean, laguntza ematea 60-64 urteetan iristen da gehienekora (14.358) eta gizonen artean, aldiz, 50-54 urteetan (10.893; 16. irudia).

**16. irudia. Guztizko biztanleriaren eta zaintzaileen piramidea sexuaren eta adin-taldearen arabera. EAEko 20 urtetik gorako biztanleria, 2013.**



Talde txikiena 18-34 urteko zaintzaileena da; gizonen % 9,2 eta emakumeen % 8,2 da. Balio horiek jaitsi egiten dira etxetik kanpo emandako zaintzaren kasuan (emakumeen % 3,8 eta gizonen % 6,4; 17. eta 18. irudiak).

17. irudia. Zaintza emateko moduen banaketa gizonen artean adin-taldearen arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.



18. irudia. Zaintza emateko moduen banaketa emakumeen artean adin-taldearen arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.

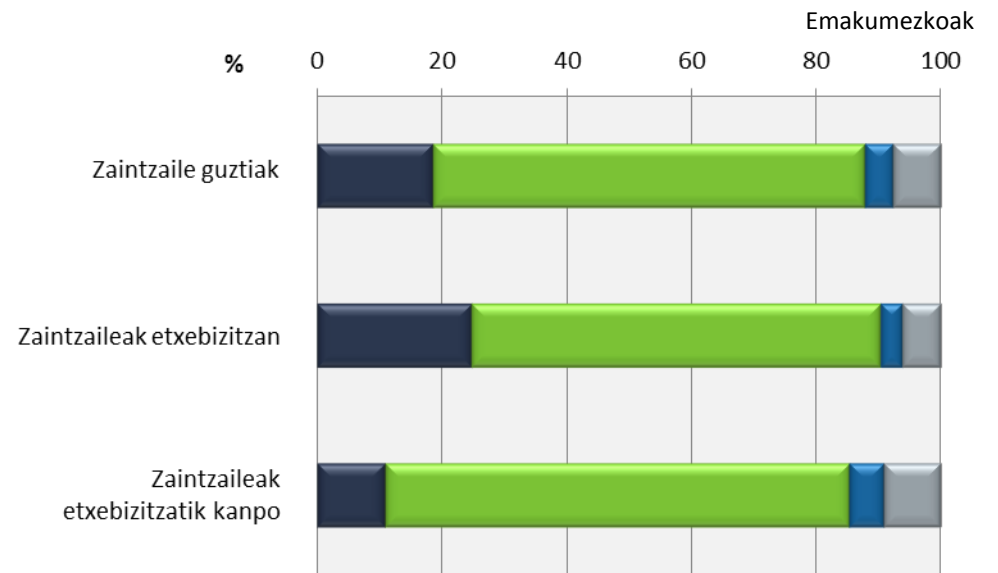
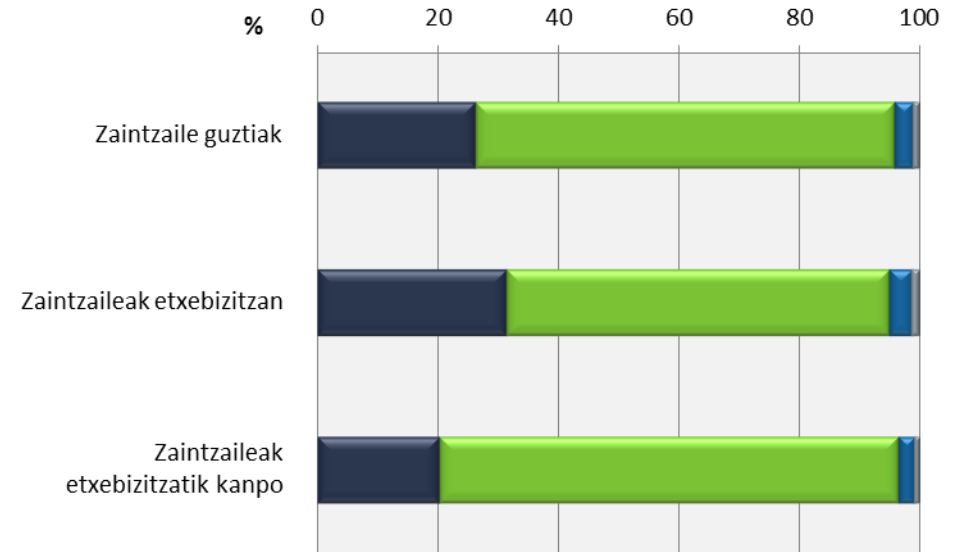
18-34 urte    35-64 urte    65 urte eta gehiago

Etxeko zaintzaileak aztertzen baditugu, ikusiko dugu batez ere emakumeak arduratzen direla eguneroko jardueretan laguntza emateko zereginenez (gizonen % 58,8 eta emakumeen % 86,8). Ikusten da gizonen eta emakumeen artean aldeak daudela zaintzak emateko garaian laguntza jasotzeari dagokionez. Gizonen % 33,7k eta emakumeen % 55,1ek inolako laguntzarik jaso gabe zaintzen dute (familia-laguntza izan ala ez). Bestalde, gizonen % 4,8k eta emakumeen % 6,6k beraiekin bizi ez den senitarteko baten laguntza jasotzen dute, eta gizonen % 10,2k eta emakumeen % 8,1ek senitartekoak ez diren beste pertsona batzuen laguntza jasotzen dute.

**19. irudia. Zaintza emateko moduen banaketa gizonen artean egoera zibilaren arabera. EAE, 2013.**

Zaintzaileen egoera zibila kontuan hartzen badugu, esan dezakegu zaintzaile gehienak ezkontuta daudela edo bikotekidearekin bizi direla. Hori zaintzak jasotzen dituen pertsonarekin bizi diren zaintzaileen kasuan gertatzen da, baina baita zaintzak jasotzen dituen pertsonarekin bizi ez diren zaintzaileen kasuan ere. Ondoren, ezkongabeak daude; nolana ere, ezkongabeen kopurua proportzionalki handiagoa da etxean zaintzen dutenen artean (gizonen % 31,4 eta emakumeen % 24,7; 19. eta 20. irudiak).

**20. irudia. Zaintza emateko moduen banaketa emakumeen artean egoera zibilaren arabera. EAE, 2013.**



- Ezkongaia
- Banandua / dibortziatua
- Ezkontua / bikotean
- Alarguna

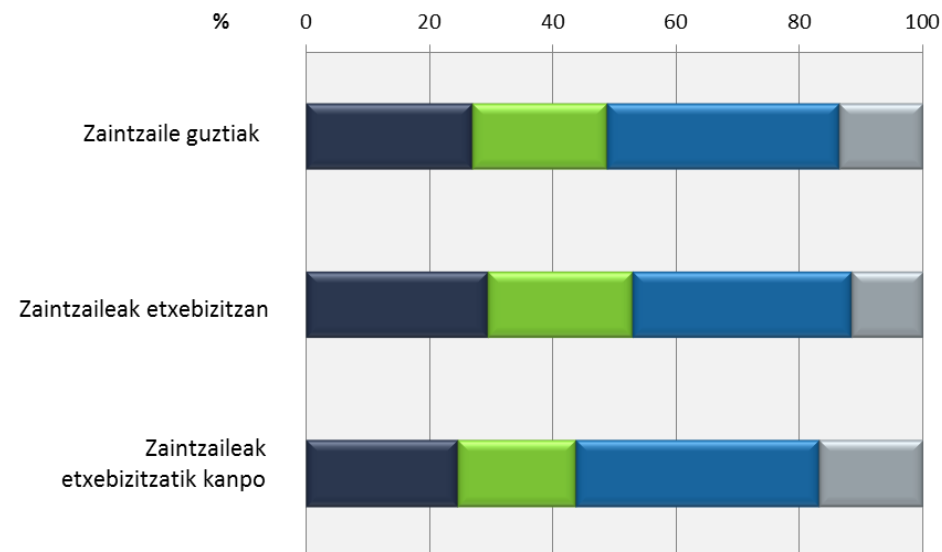
Hezkuntza-mailari dagokionez, gizonen artean bigarren hezkuntzako goi-mailako ikasketak nagusitzen dira (% 37,6), ondoren lehen mailako ikasketak edo beheragoko ikasketak daude (% 26,9; 21. irudia).

**21. irudia. Zaintza emateko moduen banaketa 25 urteko eta gehiagoko gizonen artean hezkuntza-mailaren arabera. EAE, 2013.**

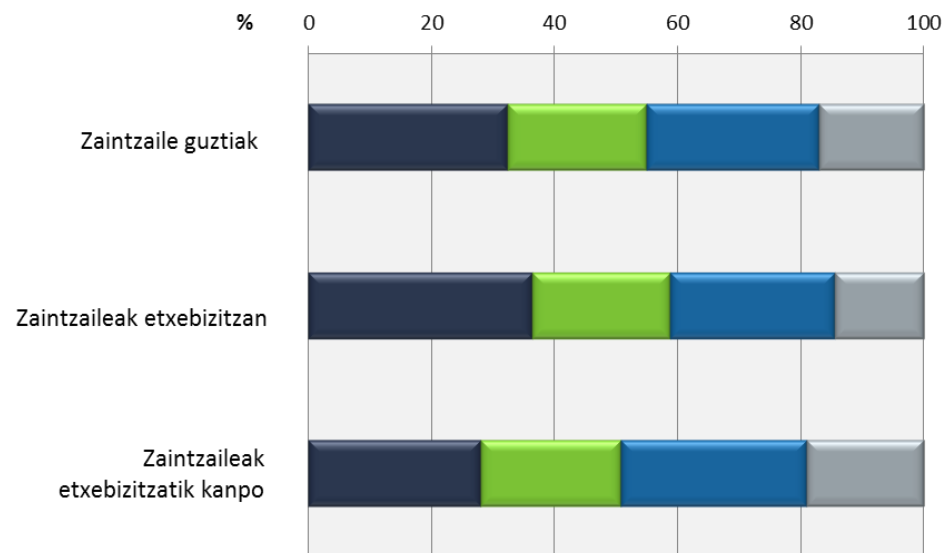
Kategoria horiek berak, baina alderantzizko ordenan ikusten dira emakumeen artean; hortaz, emakumeen artean gehien zabaldua dagoen hezkuntza-maila lehen ikasketena edo beheragoko ikasketena da (22. irudia). Unibertsitate-mailako prestakuntza duten gizonezko eta emakumezko zaintzaileen ehunekoak % 20tik beherakoa da.

**22. irudia. Zaintza emateko moduen banaketa 25 urteko eta gehiagoko emakumeen artean hezkuntza-mailaren arabera. EAE, 2013.**

Gizonezkoak



Emakumezkoak



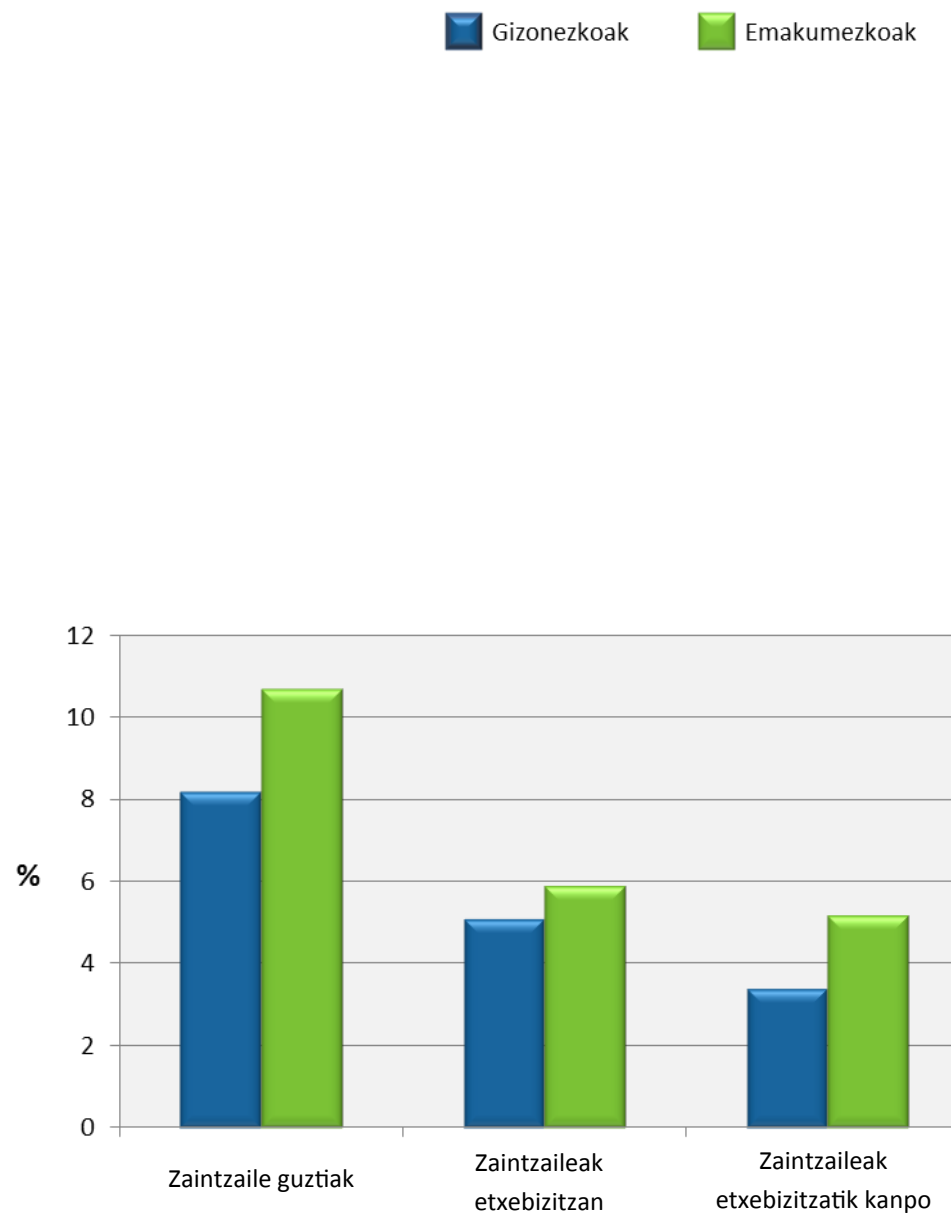


### 3.3. ZER ALDAGAI DAUDE LOTUTA ZAINZAILA IZATEAREKIN?

Behin zaintzaileen ezaugarri nagusiak aurkeztuta, ondoren, zaintzaile batekin lotuta egon daitezkeen ezaugarriak deskribatuko ditugu EAEOI Inkestan parte hartu duten pertsona guztiak kontuan hartuta. Horretarako, talde bakoitzean sartuta dauden zaintzaileen ehunekoak alderatuko da. Inkestatutako heldu guztien artetik, emakumeen % 10,7k ematen dituzte zaintzak; gizonen kasuan, aldiz, ehuneko hori % 8,2 da (23. irudia).

**23. irudia. Zaintzak ematearen prebalentzia sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEOko biztanleria heldua, 2013.**

Zaintza informala Euskal Autonomia Erkidegoan



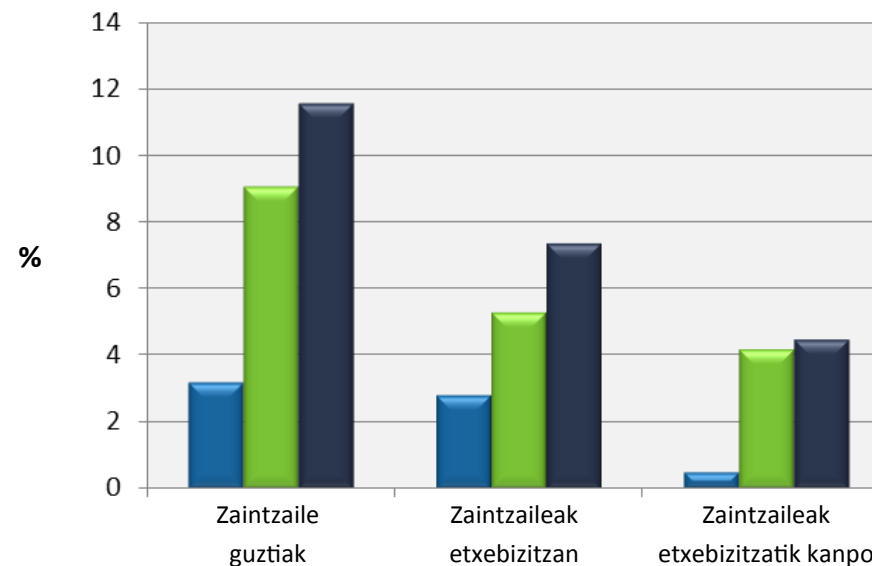
Zaintzaileen adina kontuan hartuta, laguntza emateko probabilitatea desberdina da gizonen eta emakumeen artean. Horrela, adina areagotu ahala, zaintzeko prebalentziak gora egiten du gizonen artean; izan ere, 18-34 urteko taldean % 3,2 da, baina 65 urte eta gehiago dituztenen artean % 11,6 (24. irudia).

**24. irudia. Zaintzak ematearen prebalentzia gizonen artean zaintza motaren eta adin-taldearen arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**

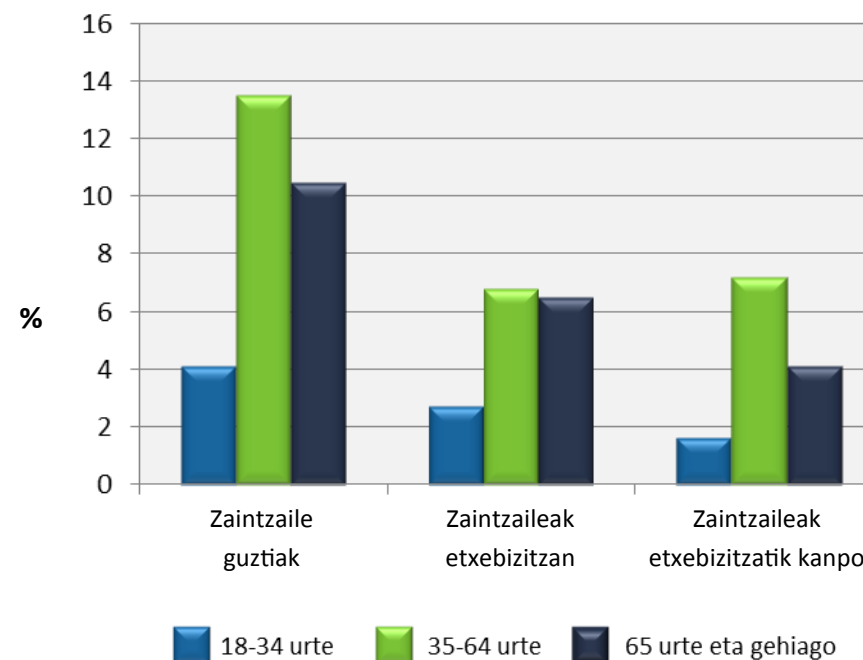
Emakumeen kasuan, zaintzaileen proportzio handiena 35-64 urteko adin-tartean dauden artean dago (% 13,5), eta proportzio txikiena adin gutxiago dutenen artean (% 4,1; 25. irudia).

**25. irudia. Zaintzak ematearen prebalentzia emakumeen artean zaintza motaren eta adin-taldearen arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**

Gizonezkoak



Emakumezkoak

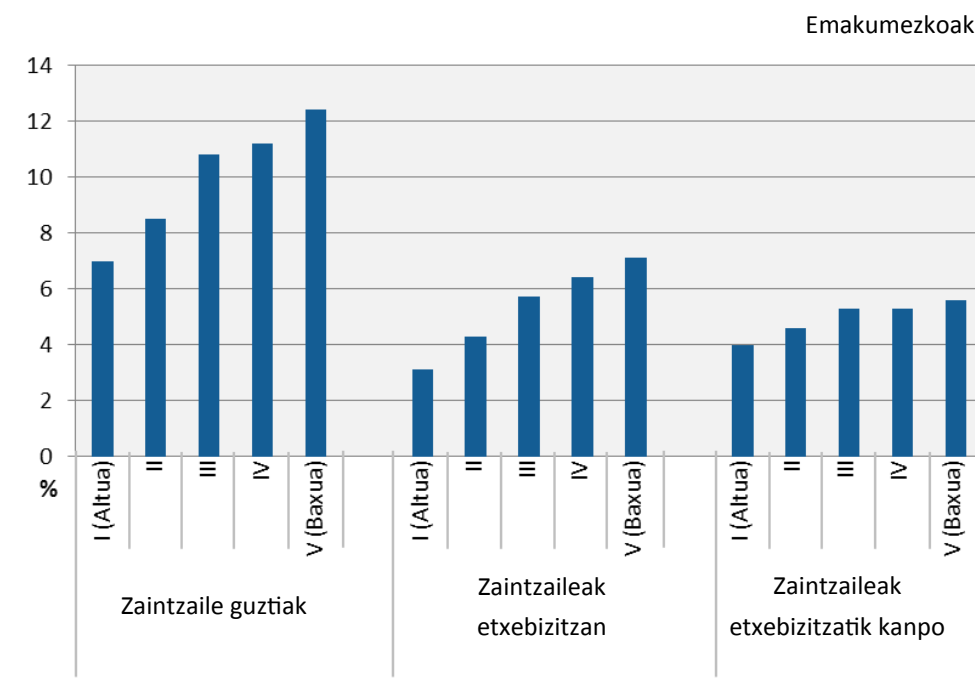
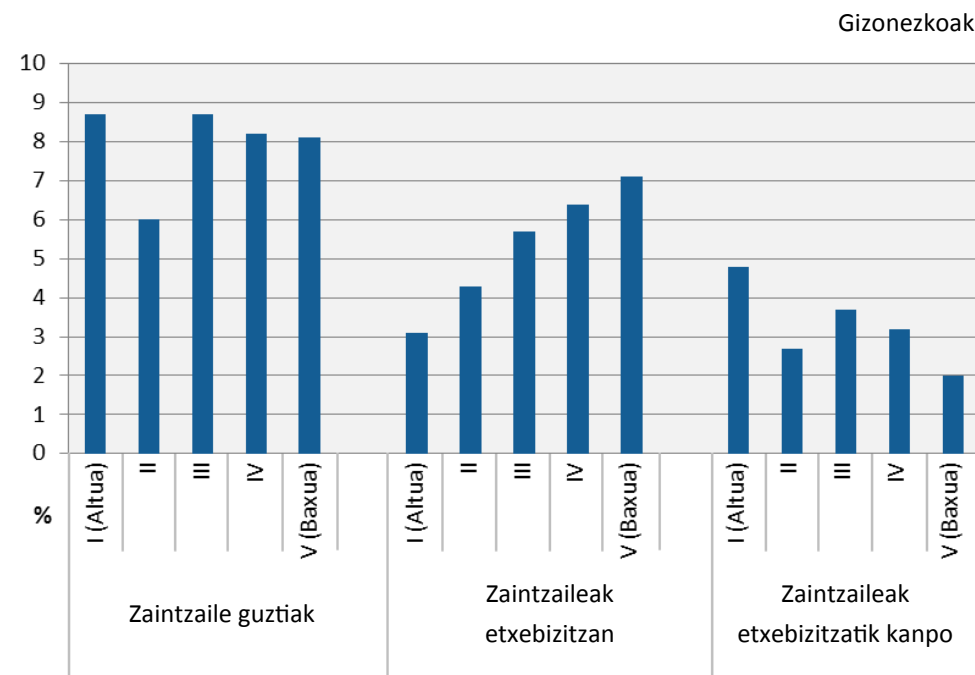


Klase sozialari dagokionez, gizonen artean ikusten da gradiente sozial garbi bat dagoela zaintza etxean ematearen kasuan; hortaz, klase soziala jaisten denean gora egiten du gizonezko zaintzaileen proportzioak. Etxetik kanpoko zaintzaren kasuan, eredia ia aurkakoa da; izan ere, klase sozialean jaisten den neurrian murriztu egiten da zaintzaileen prebalentzia, II. mailan izan ezik. Hori guztizko gizonezko zaintzaileen prebalentzian islatzen da; horien artean ez baita ia alderik ikusten mailen artean, II. mailan izan ezik, maila horretan gainerakoetan baino txikiagoa baita (26. irudia).

**26. irudia. Zaintzak ematearen prebalentzia gizonen artean zaintza motaren eta klase sozialaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**

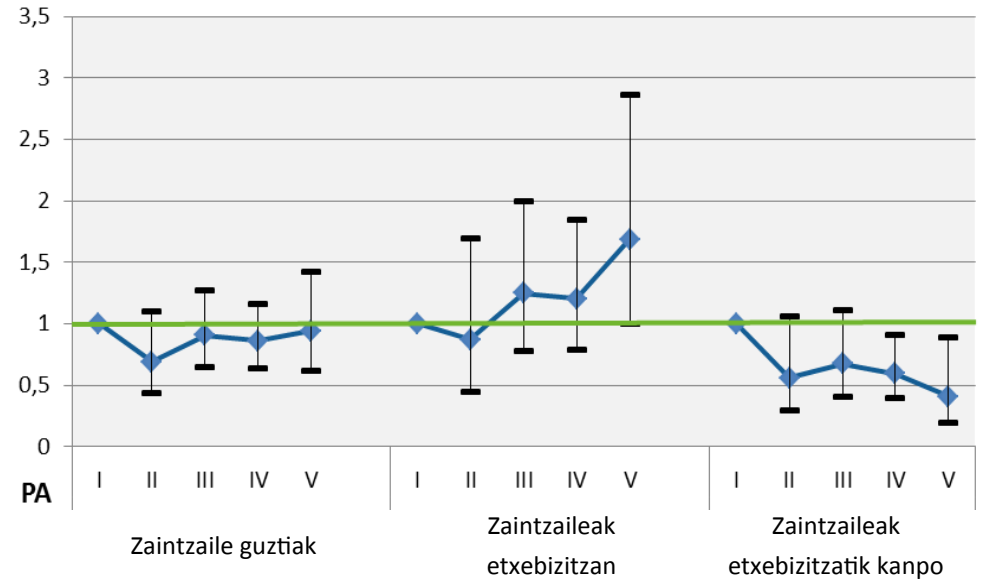
Emakumeen artean ikusten da gradiente sozial bat dagoela guztizko zaintzan eta etxean; aldeak askoz handiagoak dira bigarren kasuan (27. irudia).

**27. irudia. Zaintzak ematearen prebalentzia emakumeen artean zaintza motaren eta klase sozialaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**

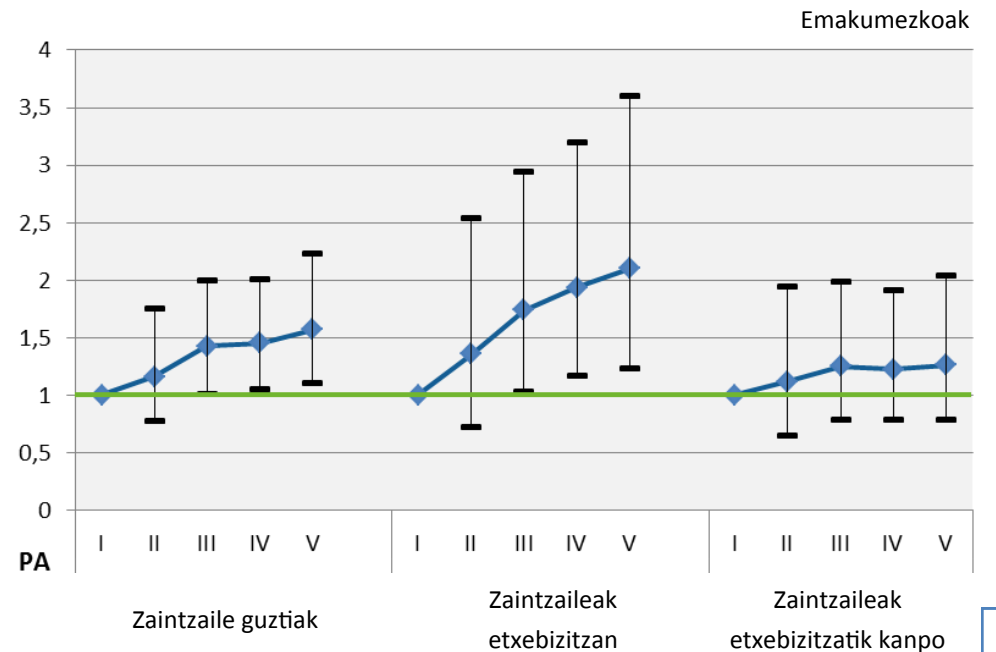


Zaintzeko probabilitatearen kasuan, adinaren arabera doituta, gizonen artean ez da alde garrantzitsurik ikusten zaintza mota bakar batean ere (28. irudia), baina emakumeen artean ikusten da gradiente sozial bat badagoela emakumezko guztizko zaintzaileen eta beraiekin bizi den pertsona zaintzen duten emakumezko zaintzaileen artean, bi taldeetan gradiente soziala klase sozial hobea duten emakumeen aldekoa baita (29. irudia).

**28. irudia. Gizonek zaintza ematearen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, zaintza motaren eta klase sozialaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**

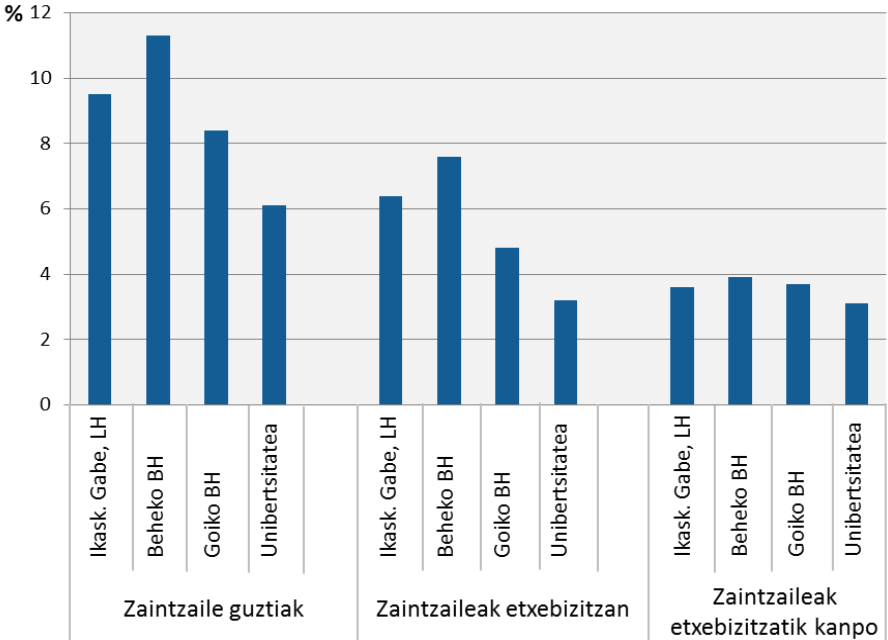


**29. irudia. Emakumeek zaintza ematearen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, zaintza motaren eta klase sozialaren arabera. EAEko biztanleria heldua, 2013.**

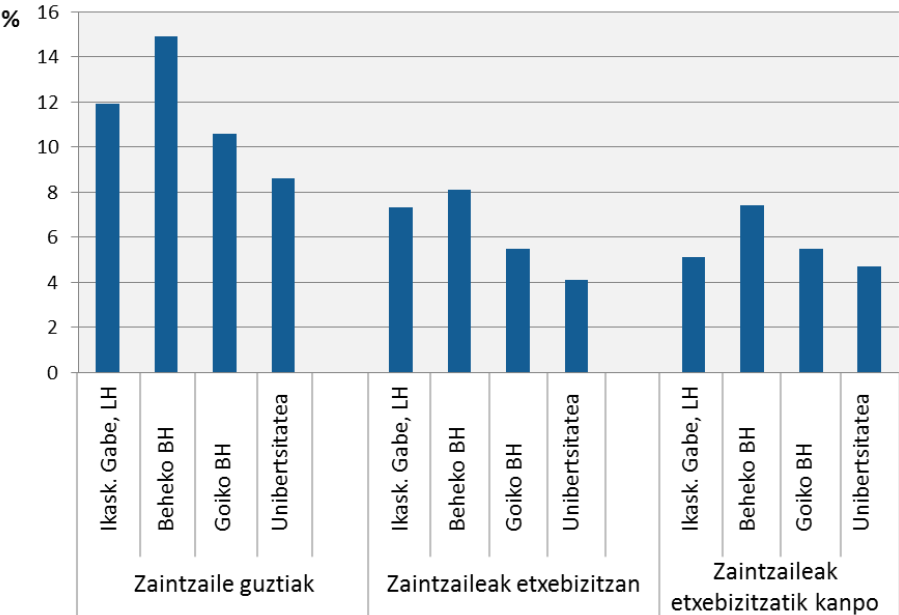


Hezkuntza-maila aztertzean, ikusten da zenbat eta prestakuntza handiagoa izan, orduan eta txikiagoa dela gradientea, behe-mailako bigarren hezkuntzan izan ezik. Ikasketa-maila igotzen den heinean, murriztu egiten da zain-tzaileen proportzioa. Unibertsitate-mailako prestakuntzaren kasuan, zaintzai-learekin bizi den pertsonari ematen zaion zaintzaren prebalentzia % 4,1era iristen da emakumeen artean, eta % 3,2ra gizonen artean (30. eta 31. iru-diak).

**30. irudia. Zaintzak ematearen prebalentzia gizonen artean zaintza motaren eta gainditutako hezkuntza-mailaren arabera. EAEko 25 urtetik gorako biztanleria, 2013.**



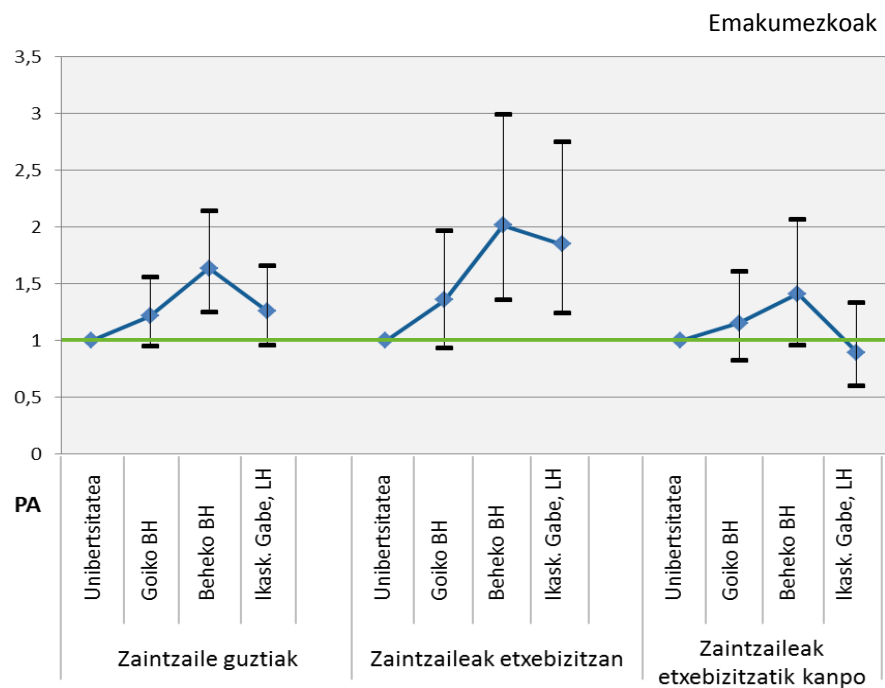
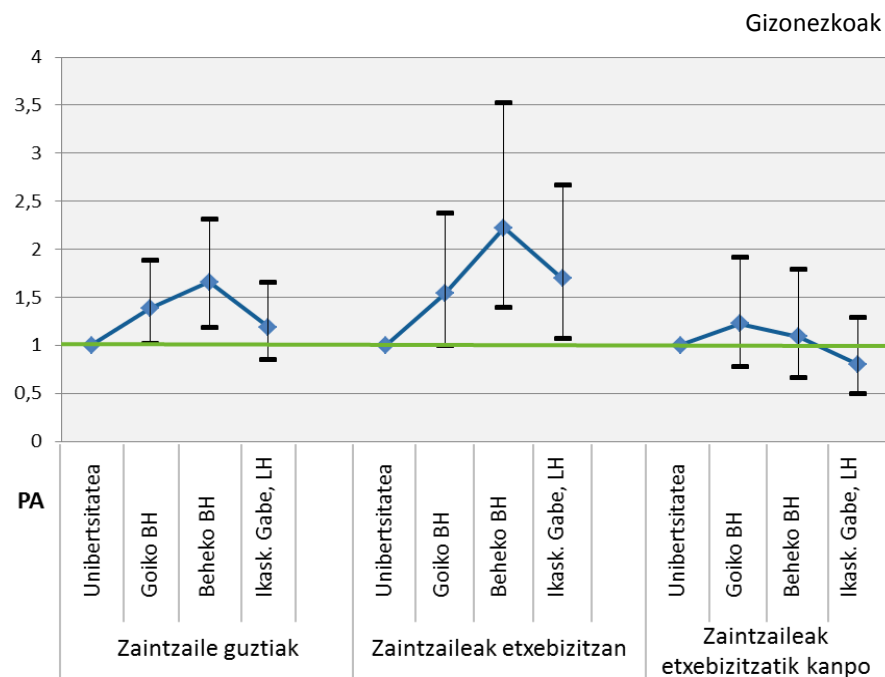
**31. irudia. Zaintzak ematearen prebalentzia emakumeen artean zaintza motaren eta gainditutako hezkuntza-mailaren arabera. EAEko 25 urtetik gorako biztanleria, 2013.**



Etxean zaintzeko probabilitatea, adinaren arabera doituta eta unibertsitate-mailako hezkuntza duten pertsonak erreferentziazat hartuta, handiagoa da bigarren hezkuntzako behe-mailako prestakuntza duten gizonen eta maila hori edo beheragoko maila duten emakumeen artean (32. eta 33. irudiak).

**32. irudia. Gizonek zaintza ematearen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, zaintza motaren eta gainditutako hezkuntza-mailaren arabera. EAEko 25 urtetik gorako biztanleria, 2013.**

**33. irudia. Emakumeek zaintza ematearen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, zaintza motaren eta gainditutako hezkuntza-mailaren arabera. EAEko 25 urtetik gorako biztanleria, 2013.**



### 3.4. ZER ERAGIN DU ZAINZAK OSASUNEAN ETA ONGIZATEAN?

Atal honetan 45-84 urteko biztanleriaren osasun-egoera eta biztanleria horren osasunaren faktore erabakigarriak alderatuko dira, adin-tarte horretako pertsonen ematen baitituzte batez ere zaintzak. Zaintza informala ematen den ala ez, eta zaintza horren ezaugarriak kontuan hartuta egingo da alderaketa. Erabili den datu-iturria zeharkakoa denez, lotura horiek kontu handiz interpretatu behar dira; dena den, zaintza informalak zaintzaileen osasunean izan dezakeen eragin potentzialaren hurbilketa bat dira.

Lehenik eta behin, zaintzaileen eta zaintzaileak ez diren pertsonen osasun-egoeran dauden aldeak aztertuko dira; horretarako, osasunaren eta osasun mentalaren autobalorazioa erabiliko da. Ondoren, osasunaren tarteko hainbat faktore erabakigarrietan dauden aldeak ebaluatuko dira. Honako hauen arteko aldeak aurkeztuko dira: etxe barruko eta etxetik kanpoko zaintzaileak, zaintzaile nagusiak (horiek dira zaintzeko ardura nagusia dutenak), laguntzarekin eta laguntzarik gabe, eta zaintzak egunero ematen dituztenak eta egunero ematen ez dituztenak.



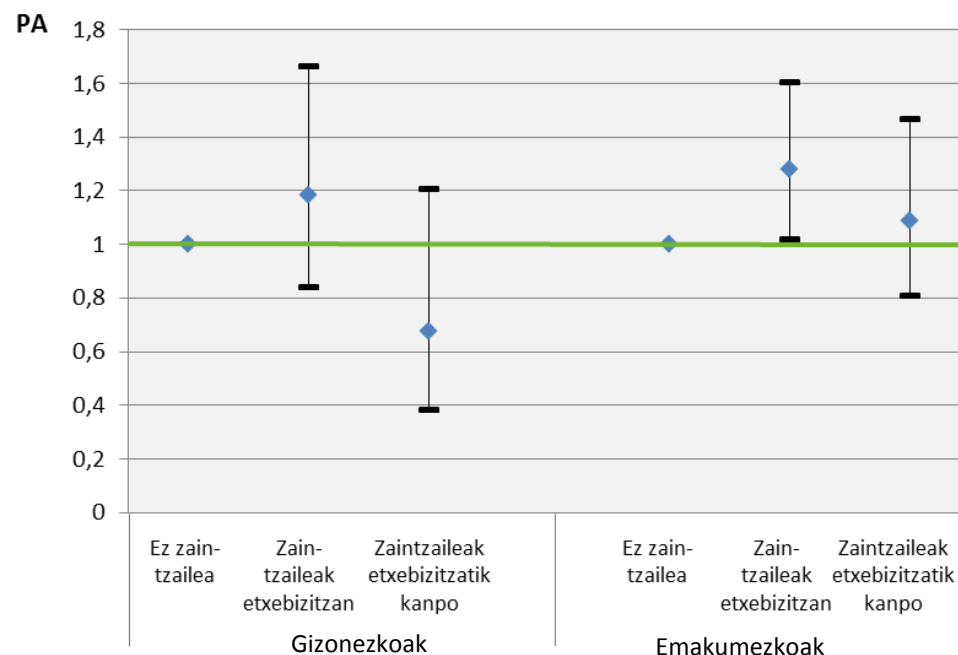
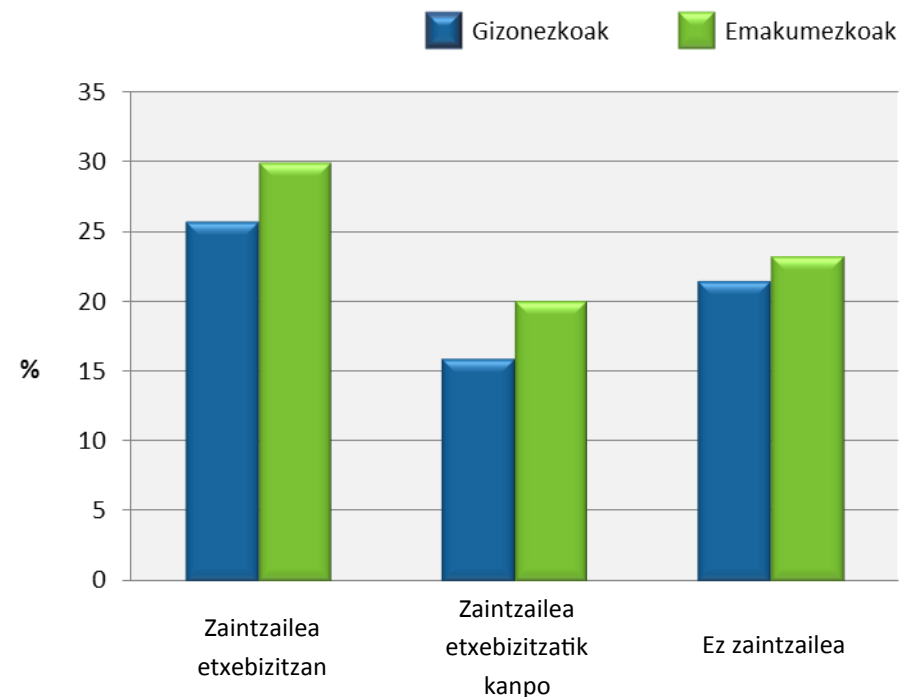
### 3.4.1. Osasunaren autobalorazioa

Zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatzen badugu, ikusiko dugu beraiekin bizi den senitarteko baten zaintzaileek osasun-egoera okerragoa dutela adierazi dutela. Horrela, osasun txarra dutela esaten duten pertsonen ehunekoa handiagoa da (hala-holako osasuna edo osasun txarra; gizonen % 25,7k eta emakumeen % 29,9k; 34. irudia).

**34. irudia. Osasuna hala-holako edo orokorrean txar gisa egindako autobalorazioaren prebalentzia, –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Alde horiek garrantzitsuak dira etxean zaintzen duten emakumeen kasuan (PA: 1,28; % 95eko KT:1,02-1,60), ez, ordea, etxetik kanpo zaintzen dutenen kasuan (PA: 1,09; % 95eko KT: 0,81-1,47; 35. irudia).

**35. irudia. Osasuna hala-holako edo txar gisa egindako autobalorazioaren prebalentzia-arrazoia –adinaren arabera doituta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

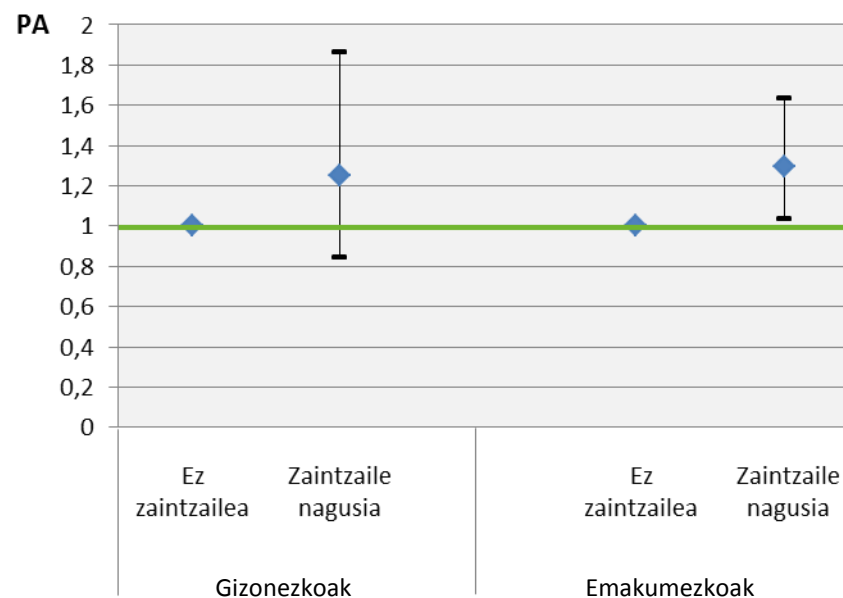
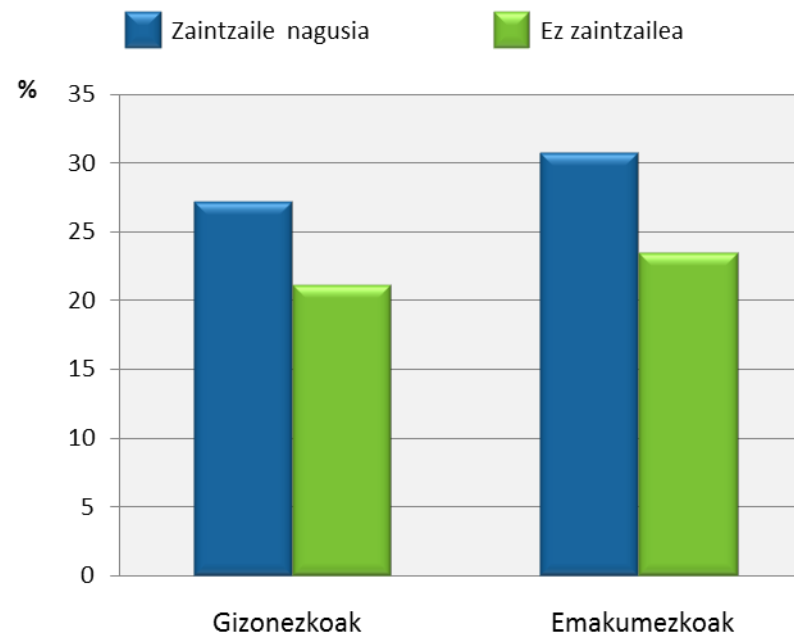


Zaintzeko ardurarik ez duten pertsonekin alderatuta, zaintzaile nagusien proportzio handiago batek uste du bere osasuna txarra dela, eta emaitzak okerragoak dira emakumeen artean (36. irudia).

**36. irudia. Zaintzaile nagusien eta zaintzaile ez direnen hala-holako osasunaren edo osasun txarraren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, eta sexuaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

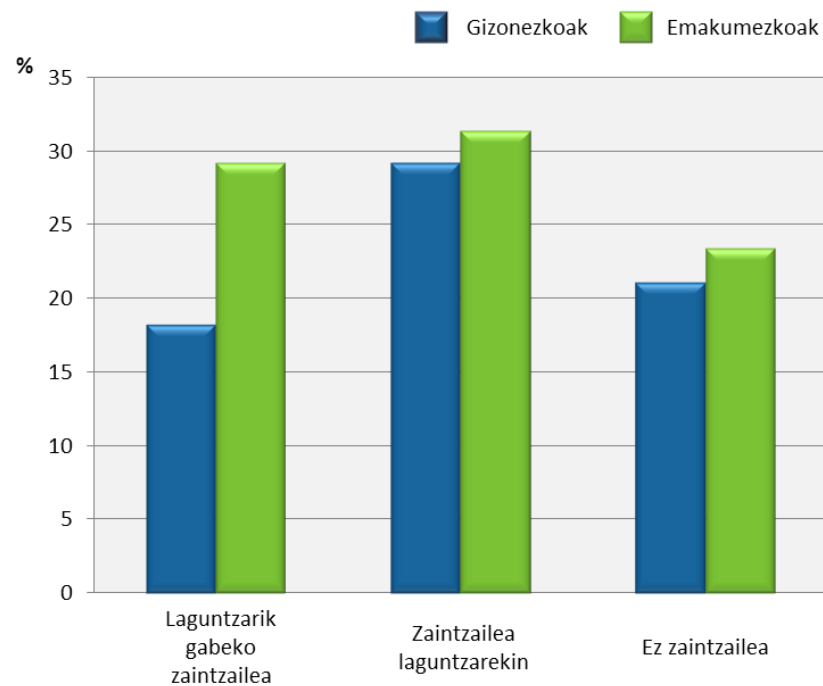
Gainera, ikusten da emakume zaintzaile nagusiek zaintzailea ez den biztanleriak baino % 30eko probabilitate gehiago dutela osasun txarra dutela esateko (PA: 1,30; % 95eko KT: 1,03-1,63; 37. irudia).

**37. irudia. Osasuna hala-holako edo txar gisa egindako autobalorazioaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren eta sexuaren arabera doituta– zaintzaile nagusien eta zaintzaile ez direnen artean. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



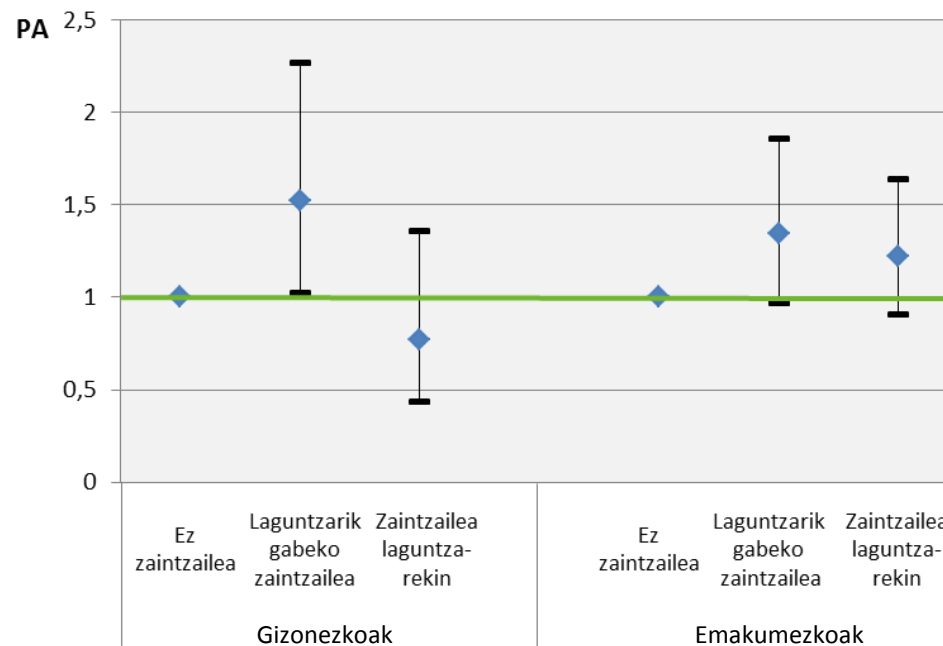
Zaintzaile ez diren pertsonak eta zaintzaile direnak, zaintzeko laguntza jasotzen duten ala ez kontuan hartuta, alderatzen direnean ikusten da laguntza jasotzen duten gizonen eta emakumeen artean osasun txarraren prebalentziak zaintzen ez duten pertsonen prebalentzia gainditzen duela. Gauza bera gertatzen da laguntzarik jasotzen ez duten emakume zaintzaileen artean, ez, ordea, gizonezko zaintzaileen artean; gizon zaintzaileen prebalentzia zaintzen ez duten gizonen prebalentzia baino txikiagoa baita (38. irudia).

**38. irudia. Osasuna hala-holako edo orokorrean txar gisa balioestearen prebalentzia adinaren arabera eta sexua eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



Adina doitu ondoren, soilik gizonetan lotzen da laguntzarik gabeko zaintza osasun txarrekin (PA: 1,52; % 95eko KT:1,02-2,27; 39. irudia).

**39. irudia. Osasuna hala-holako edo txar gisa egindako autobalorazioaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

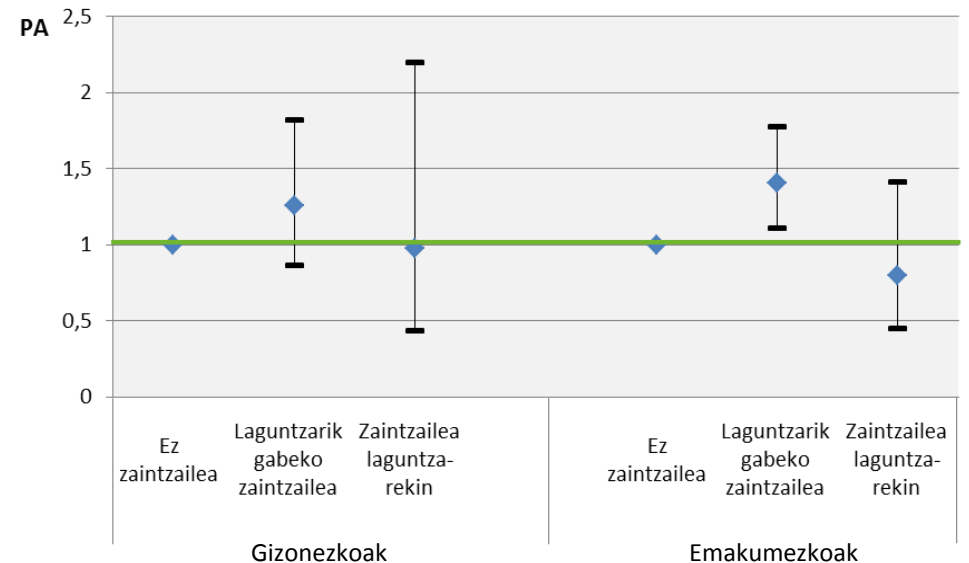
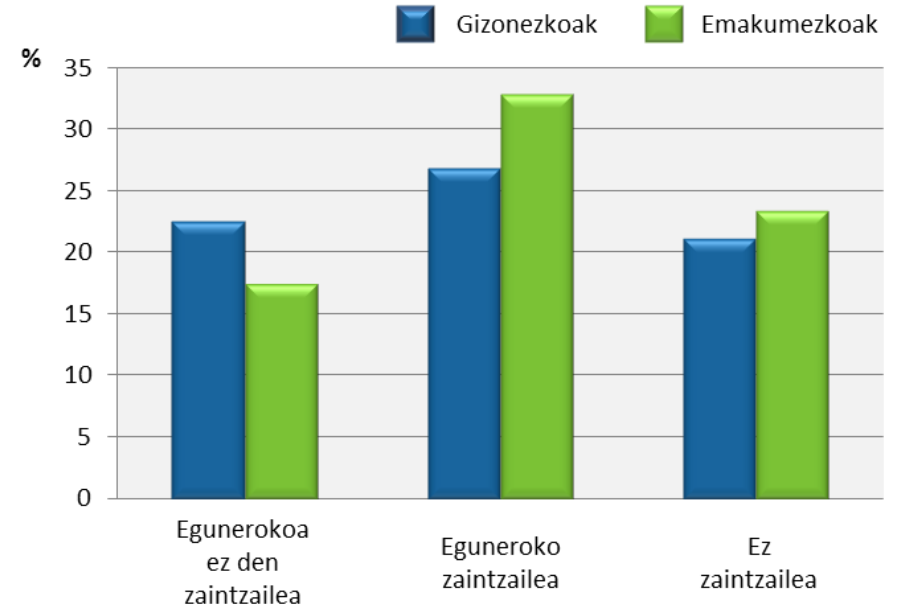


Zaintzaileak zaintzak ematen dituzten maiztasunaren arabera bereizten baditugu, ikusiko dugu zaintzak egunero ematen dituzten pertsona gehiagok esan dutela osasun txarra dutela maiztasun txikiagoz zaintzen dutenak edo zaintzen ez dutenak baino (emakumeen % 26,8 eta gizonen % 32,9, hurrenez hurren; 40. irudia).

**40. irudia. Hala-holako edo orokorrean txar gisa balioetsitako osasunaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Izan ere, hautemandako osasun txarra eta egunero zaintzen duten emakumeak izatea lotuta daude (PA: 1,41; % 95eko KT:1,11-1,78). Gizonen artean, lotura horiek ez dira garrantzitsuak (41. irudia).

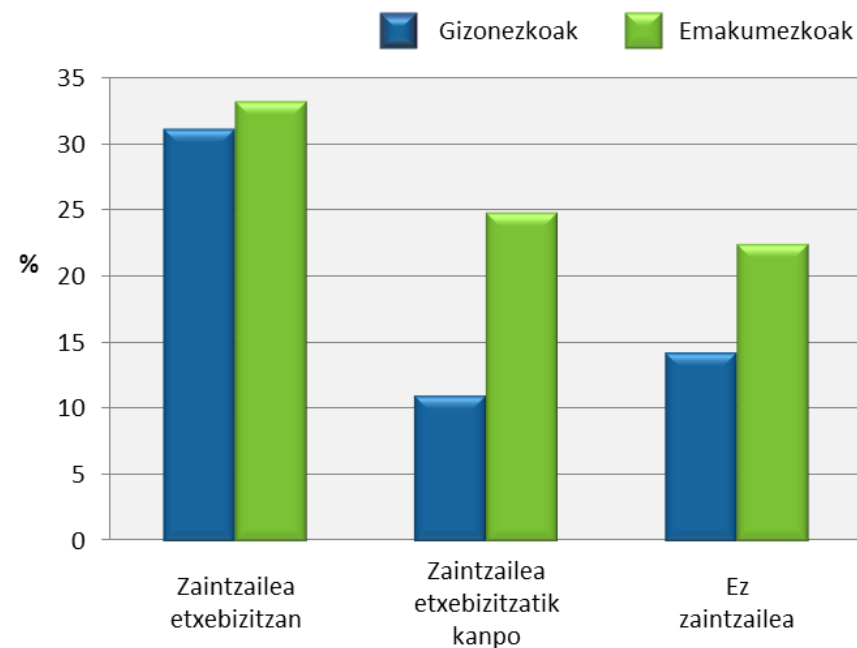
**41. irudia. Osasuna hala-holako edo txar gisa egindako autobalorazioaren prebalentzia-arrazoia –adinaren arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



### 3.4.2. Osasun mentala

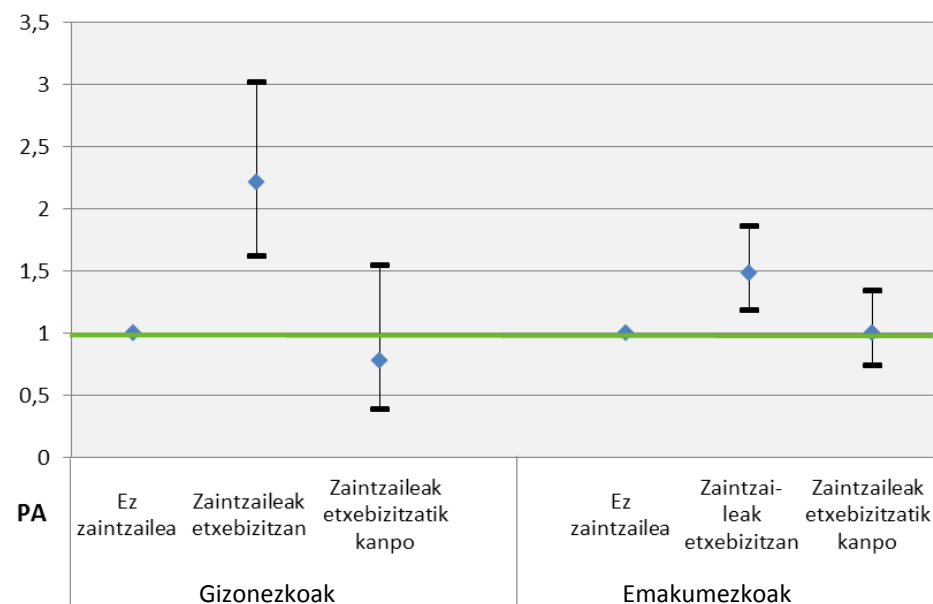
Pertsona horien osasun mentalari dagokionez, etxean zaintzen duten pertsonen ia herenak, baita etxetik kanpo laguntzen duten emakumeen laurden batek ere depresio- eta/edo antsietate-sintomak ditu; balio horiek zaintzen ez duen biztanleriarenak gainditzen dituzte. (42. irudia).

**42. irudia. Depresio- eta/edo antsietate-sintomen prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



Bi sexuetan nabarmenki lotzen da etxean ematen den zaintza sintoma horien presentzia handiagoa izatearekin; probabilitate hori bikoitza da gizonen artean (PA: 2,21; % 95eko KT: 1,62-3,02) eta % 48 handiagoa emakumeen artean (PA: 1,48; % 95eko KT: 1,19-1,86; 43. irudia).

**43. irudia. Depresioa eta/edo antsietatea izatearen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doitu–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

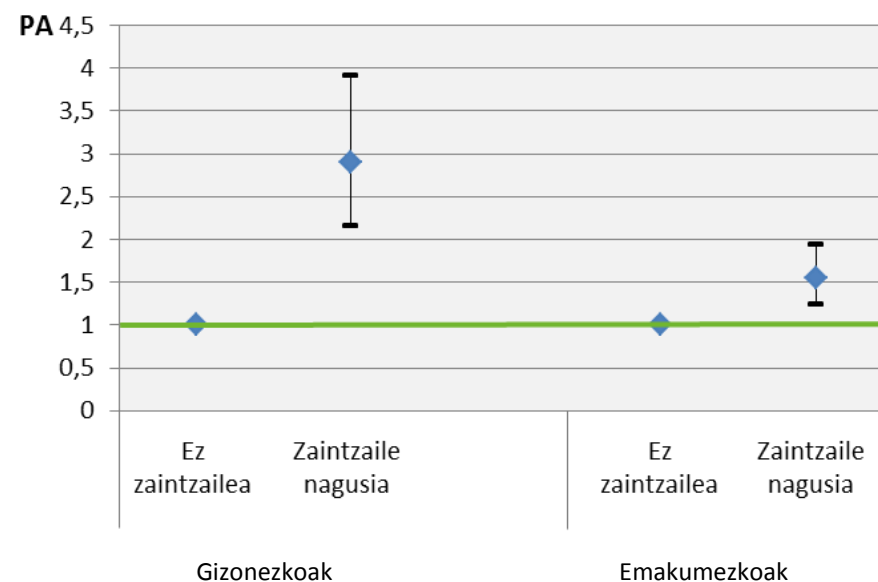
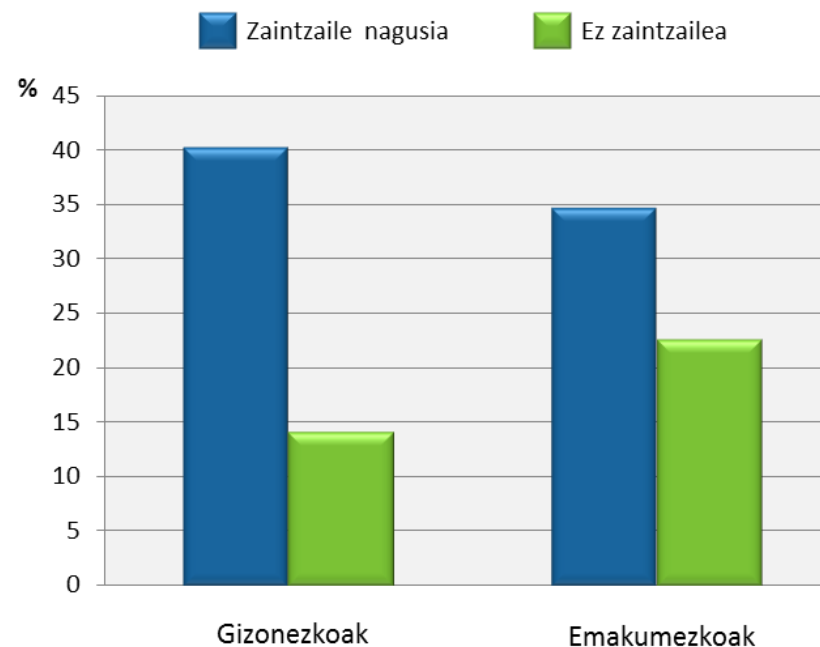


Zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatzen badugu, ikusiko dugu antsietate-eta/edo depresio-sintomak izateko prebalentziak handiagoak direla zaintzaile nagusiak izatearen ardura hartzen duten gizonen eta emakumeen kasuan. Bereziki nabarmentzen da bi kategorietako gizonen artean dagoen aldea (44. irudia).

**44. irudia. Depresio- eta/edo antsietate-sintomen prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera, zaintzaile nagusien eta zaintzaile ez direnen artean. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

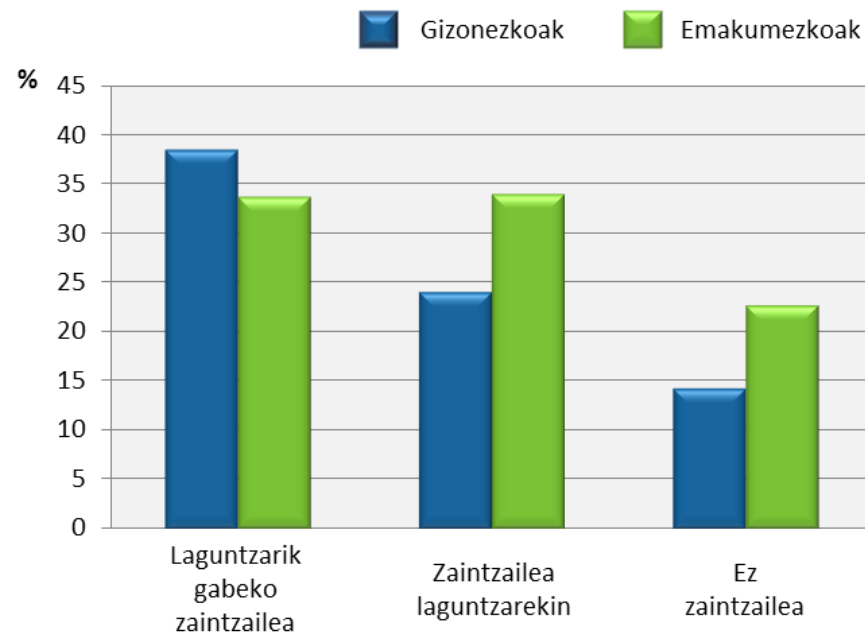
Bi sexuetan ikusten da bi sintoma horiek oso lotuta daudela zaintzaile nagusia izatearekin (45. irudia).

**45. irudia. Zaintzaile nagusiek depresio- eta/edo antsietate-sintomak izatearen prebalentzia-arrazoiak –adinaren eta sexuaren arabera doituta–, zaintzaile ez direnekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



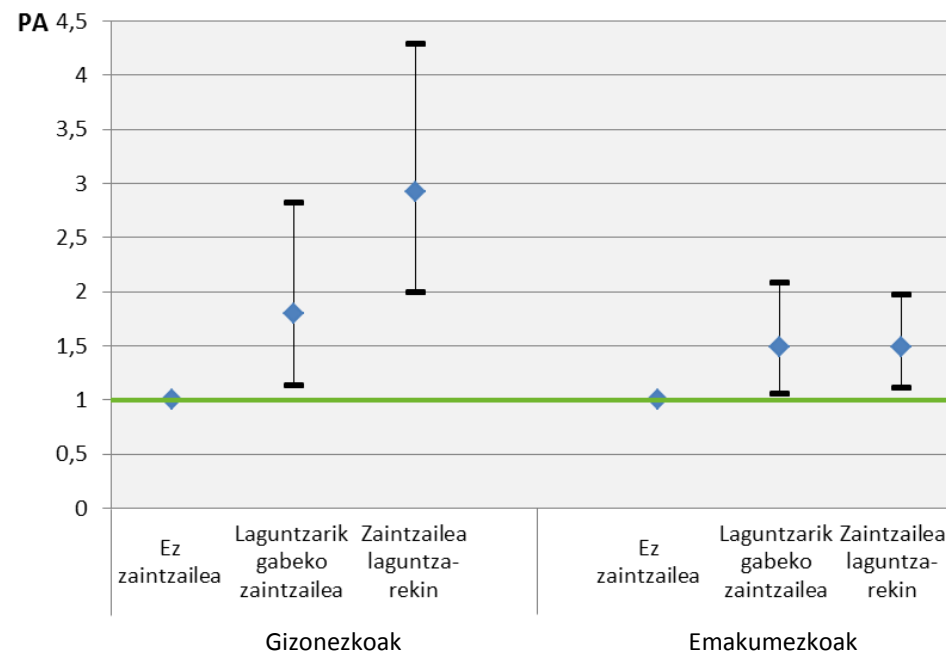
Zaintzaileak laguntza jasotzen ote duten kontuan hartuta aztertu direnean, ikusi da gizonen artean depresio- eta/edo antsietate-sintomen presentzia handiagoa dela laguntzarik gabe zaintzen dutenen artean baino (% 38,4). Emakumeen kasuan, zifrak antzekoak dira laguntza jasotzen dutenen eta laguntza jasotzen ez dutenen artean; dena den, bi kasuetan zaintzaile ez diren emakumeen kasuan baino handiagoak dira (46. irudia).

**46. irudia. Depresio- eta/edo antsietate-sintomen prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



Zaintzea, laguntzarekin edo laguntzarik gabe, nabarmen lotzen da sintoma horiekin gizonen kasuan nahiz emakumeen kasuan, baina askoz gehiago laguntza jasotzen duten gizonen artean (PA: 2,92; % 95eko KT: 2,00-4,28; 47. irudia).

**47. irudia. Depresio- eta/edo antsietate-sintomen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doitu–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



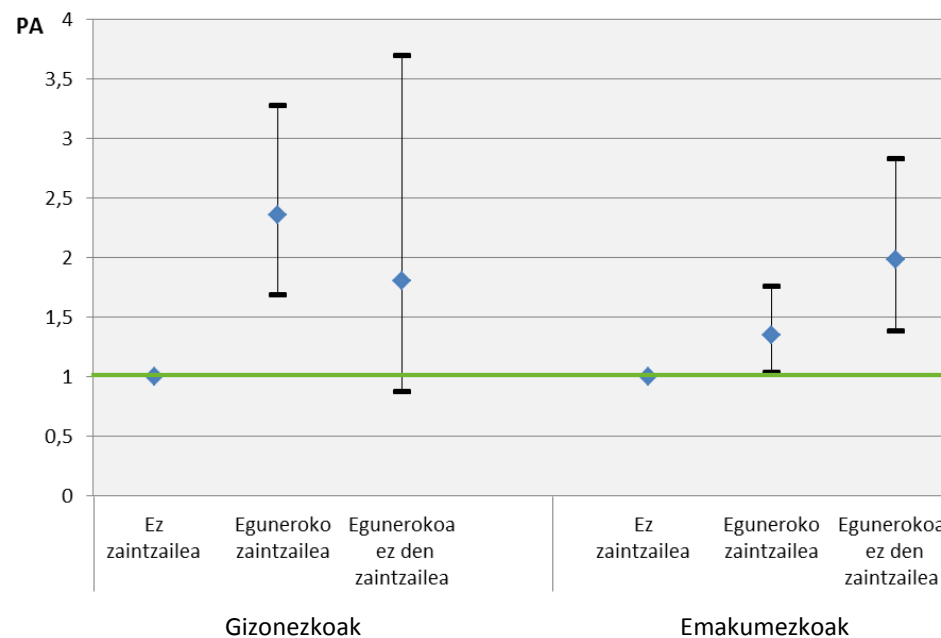
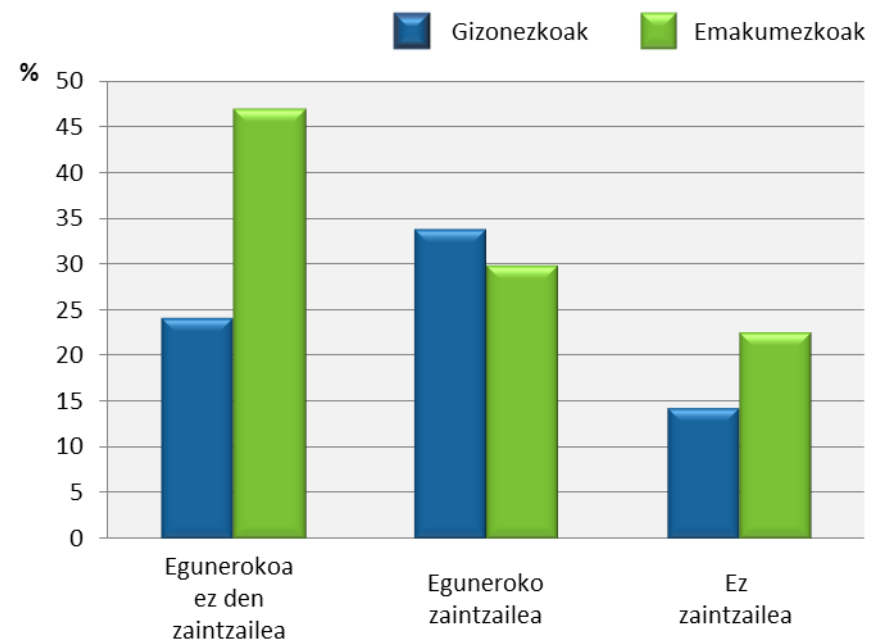


Osasun mentala zaintzak ematen diren maiztasunaren arabera aztertzen bada, ikusten da depresio- eta/edo antsietate-sintomak gehiago nagusitzen direla egunero zaintzen ez duten emakumeen artean (% 47,0) eta egunero zaintzen duten gizonen artean (% 33,8; 48. irudia).

**48. irudia. Depresio- eta/edo antsietate-sintomen prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Horrela, ikusten da lotura garrantzitsua dagoela aipatutako sintomen eta eguneroko zaintzaren artean gizonen kasuan eta emakumeek betetzen duten zaintzaren maiztasuna edozein izatearen artean (49. irudia).

**49. irudia. Depresio- eta/edo antsietate-sintomen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doitu–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



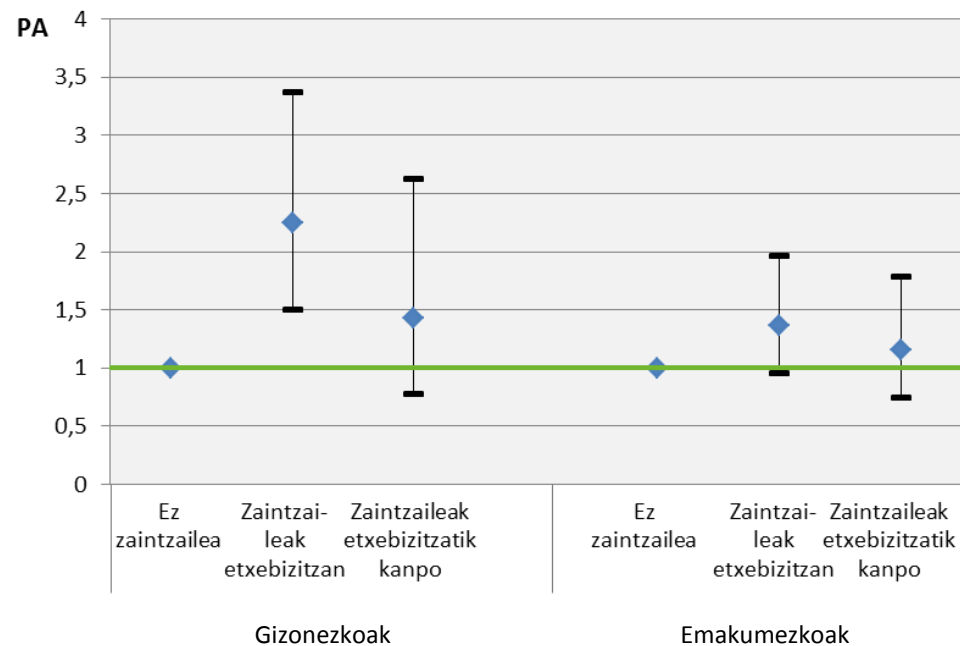
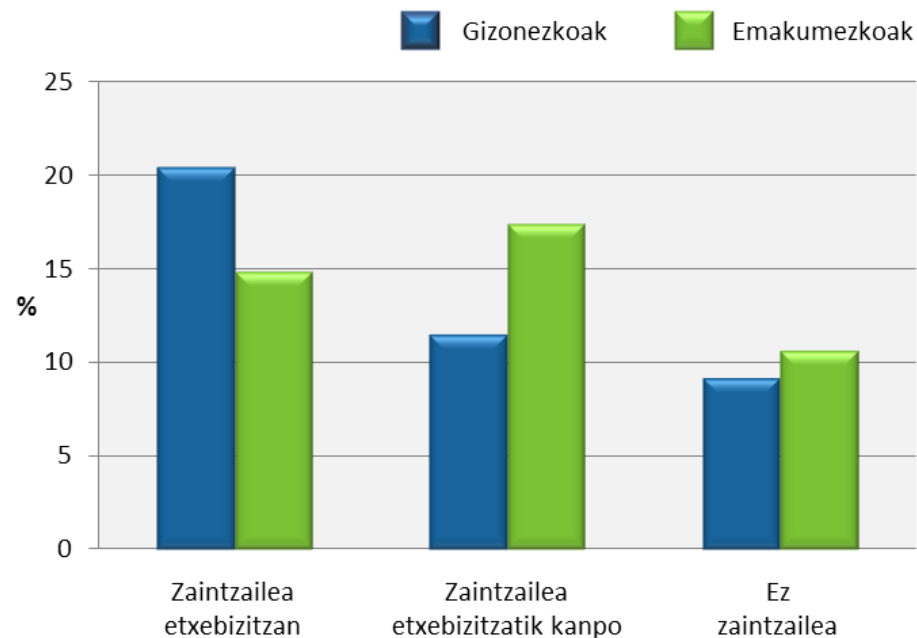
### 3.4.3. Gizarte - babesa

Zaintzaileak zaintzak ematen dituzten lekuaren arabera aztertzen badira, ikusiko da etxean zaintzen duten gizonek (% 20,4) eta etxetik kanpo zaintzen duten emakumeek (% 17,4) dutela gizarte-babes gutxien (50. irudia).

**50. irudia. Gizarte-babesaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Etxeko gizon zaintzaile izatea gizarte-babes txikiarekin lotzen da (PA: 2,25; % 95eko KT: 1,50-3,37; 51. irudia).

**51. irudia. Gizarte-babes txikiaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

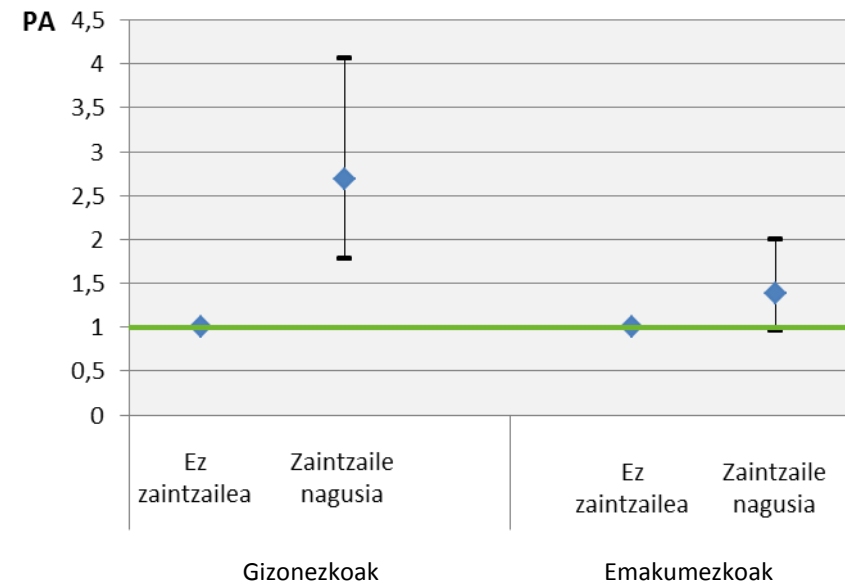
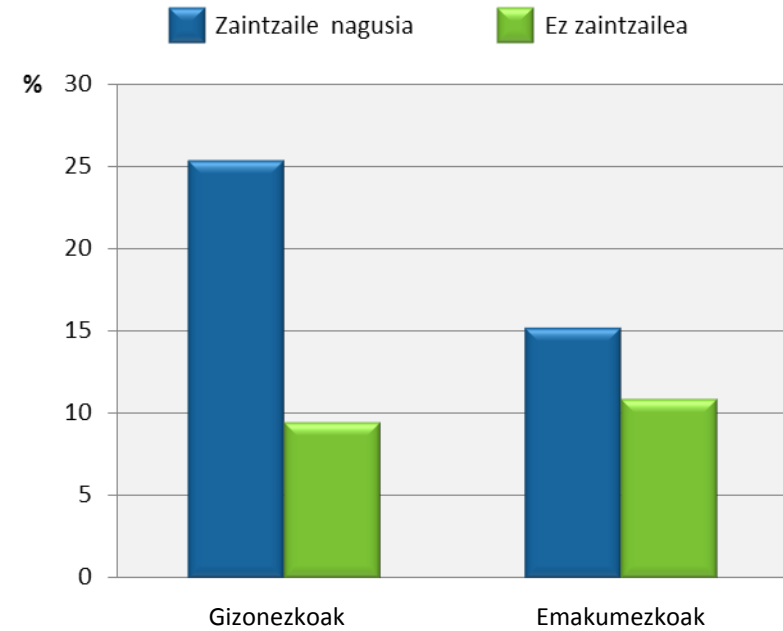


Bestalde, zaintzaile nagusiak diren pertsonen gizarte-babes txikia dute, zaintzaile ez den biztanleriak baino askoz ere txikiagoa. Kasu horretan, gizonen dituzte emaitza okerrenak (% 25,3 vs % 15,2; 52. irudia).

**52. irudia. Gizarte-babes txikiaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, eta sexuaren arabera, zaintzaile ez den biztanleriaren eta zaintzaile nagusiaren kasuetan. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Ikusten da gizonen kasuan gizarte-babes txikia izateko probabilitatea zaintzeko ardurarik ez dutenen probabilitatearen bikoitza dela (PA: 2,69; % 95eko KT: 1,79-4,06). Emakumeen artean, lotura hori ez da garrantzitsua (53. irudia).

**53. irudia. Gizarte-babesaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, eta sexuaren arabera zaintzaile nagusien artean zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

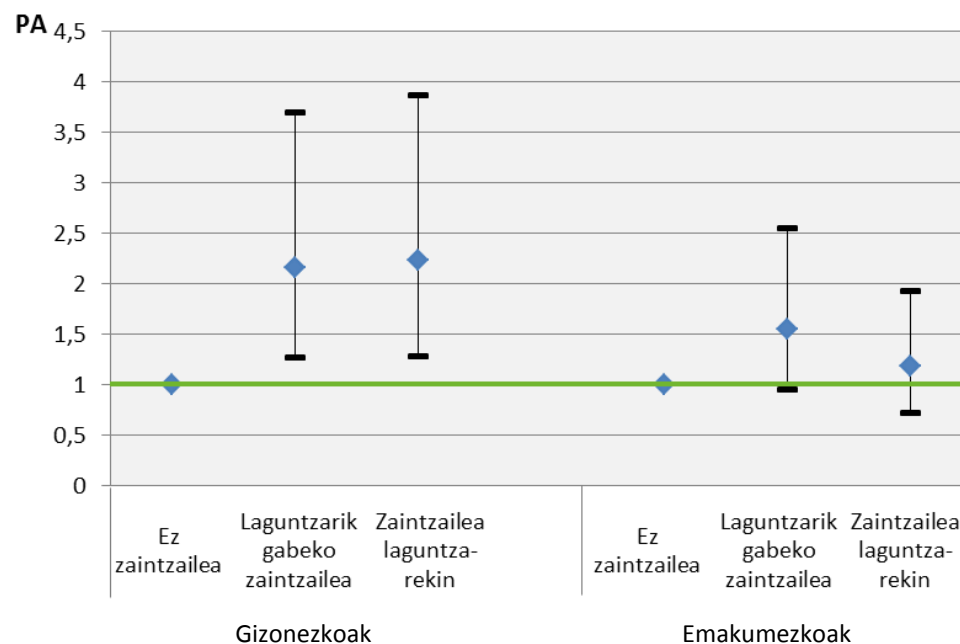
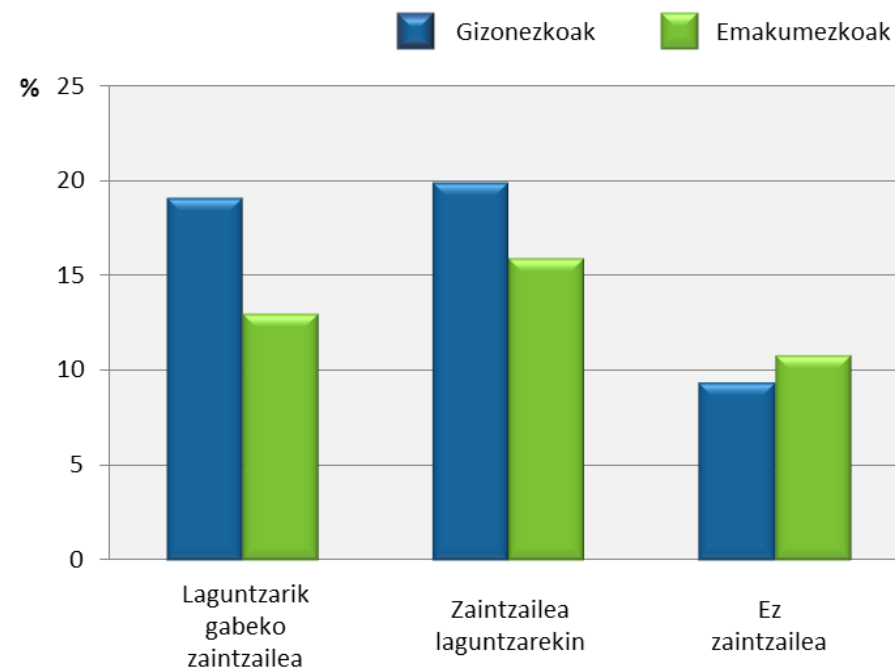


Zaintzaileek zaintzak ematen dituztenean laguntzarik jasotzen duten ala ez kontuan hartuta aztertzen bada biztanleria hori, ikus daiteke gizarte-babesa txikia izatearen prebalentzia handiagoa dela gizonen artean, % 20tik hurbil dauden balioak azaltzen baitira laguntza dutenen kasuan nahiz laguntzarik ez dutenen kasuan (54. irudia).

**54. irudia. Gizarte-babes txikiaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Gizon zaintzaileek gizarte-babes txikia jasotzen dutela esateko probabilitatea laguntza-zereginak betetzen ez dituztenena baino bi aldiz handiagoa da. Emakumeen artean, lotura hori ez da garrantzitsua (55. irudia).

**55. irudia. Gizarte-babes txikiaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

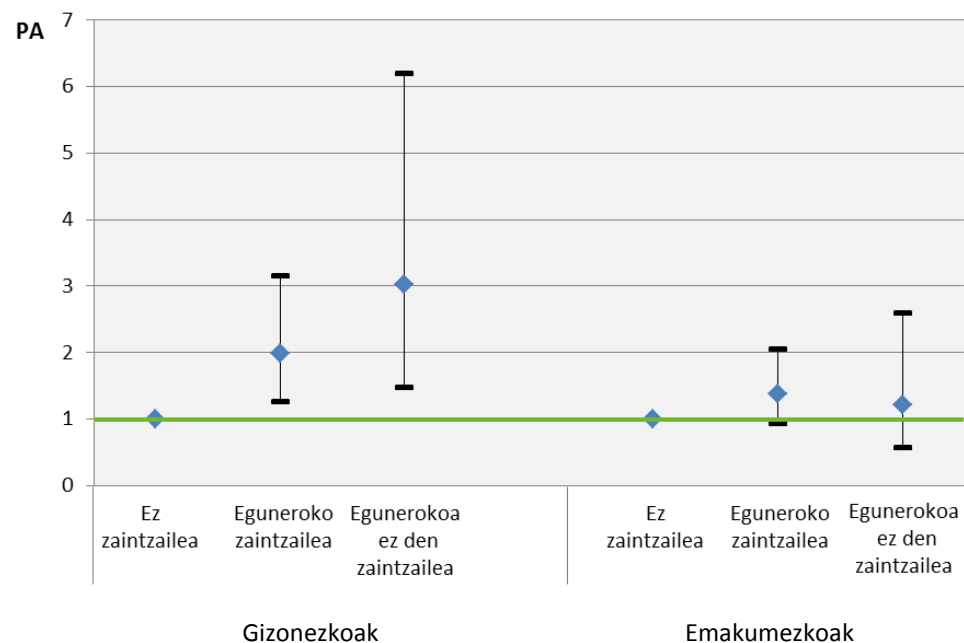
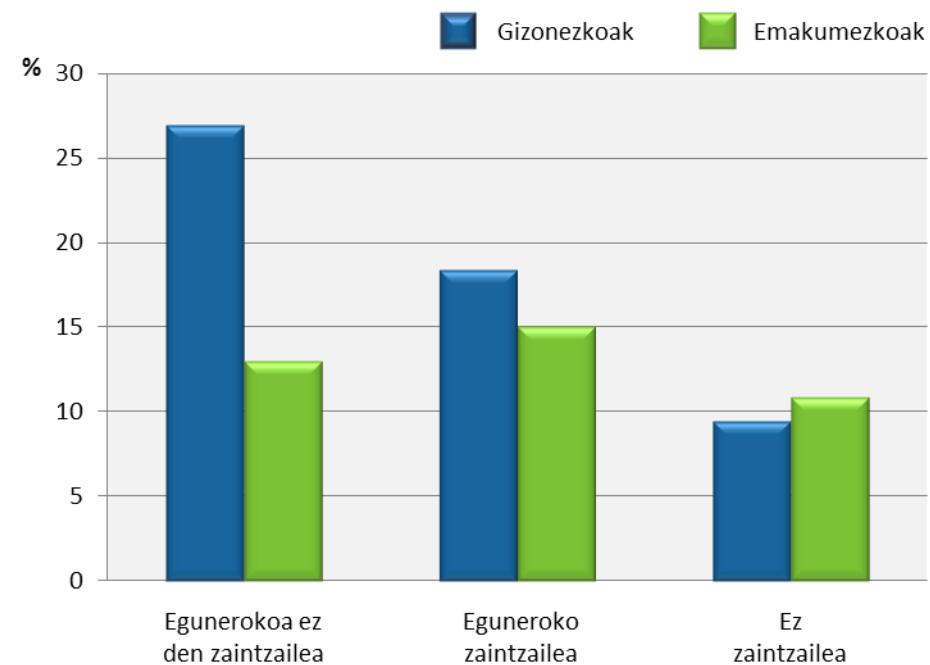


Bestalde, gizarte-babes txikia gehiago nagusitzen da egunerokoa baino maiztasun txikiagoa den laguntza ematen dutenen artean; gizonen proportzioa (% 27,0) emakumeen proportzioaren bikoitza baino gehiago da (% 12,9; 56. irudia).

**56. irudia. Gizarte-babes txikia izatearen pertzepzioaren prebalentzia, – adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatzen badugu, ikusiko dugu gizarte-babes txikiaren probabilitatea bikoitza dela egunero zaintzen duten gizonen artean eta hirukoitza maiztasun txikiagoz egiten dutenen artean. Emakumeen artean ez du garrantzirik zaintzaren edozein kategoriaren eta gizarte-babes txikiaren arteko loturak (57. irudia).

**57. irudia. Gizarte-babes txikiaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



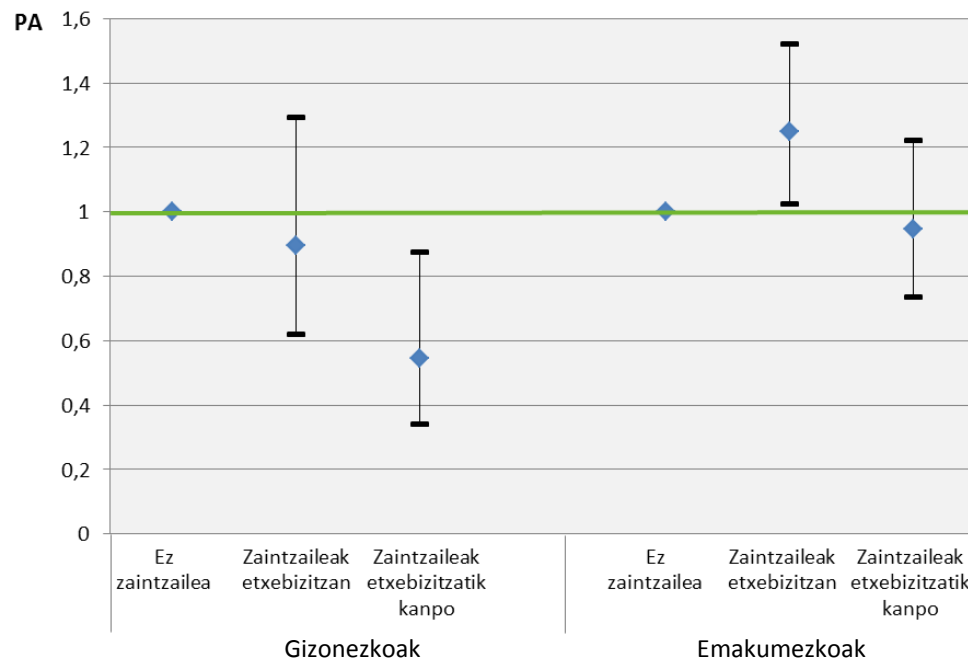
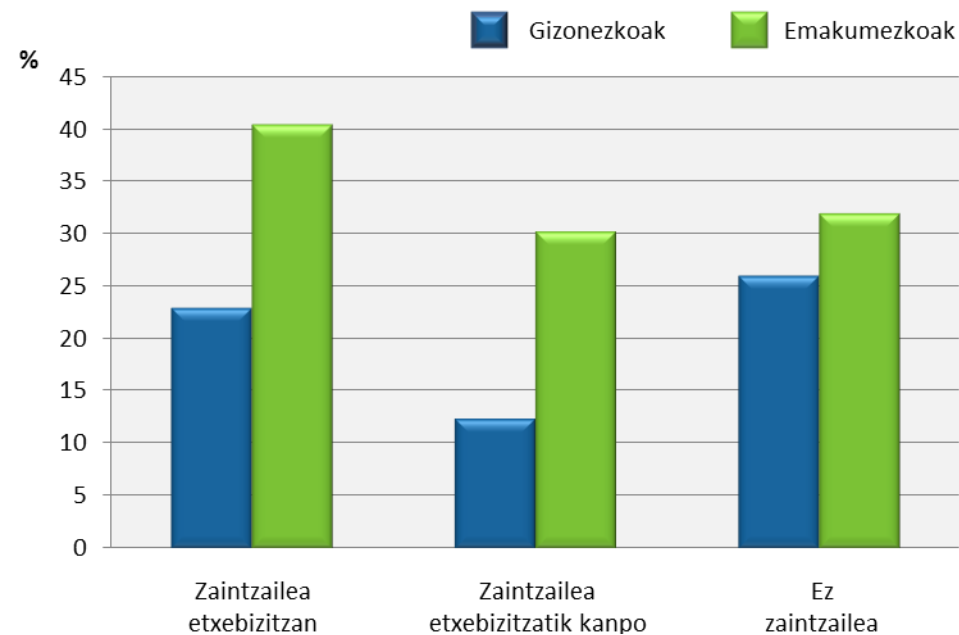
### 3.4.4. Jarduera fisikoa

Bizi-ohituren azterketari dagokionez, jarduera fisikoaren ebaluazioak erakusten du, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta, etxe barruan zaintzen duten emakumeek sedentarismoaren prebalentzia handiagoa dutela (% 40,4); aitzitik, gizonen balioa txikiagoa da (% 23,0). Bestalde, etxetik kanpoko zaintzaileen artean sedentarismoa zaintzaile ez den biztanleriaren sedentarismoa baino txikiagoa da bai gizonen kasuan (% 12,5) bai eta emakumeen kasuan ere (% 30,3; 58. irudia).

**58. irudia. Sedentarismoaren prebalentzia – adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Adinaren arabera doitzen denean, ikusten da lotura bat dagoela bizitza sedentarioaren eta etxeko emakume zaintzaile izatearen artean (PA: 1,25; % 95eko KT: 1,02-1,52; 59. irudia).

**59. irudia. Sedentarismoaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

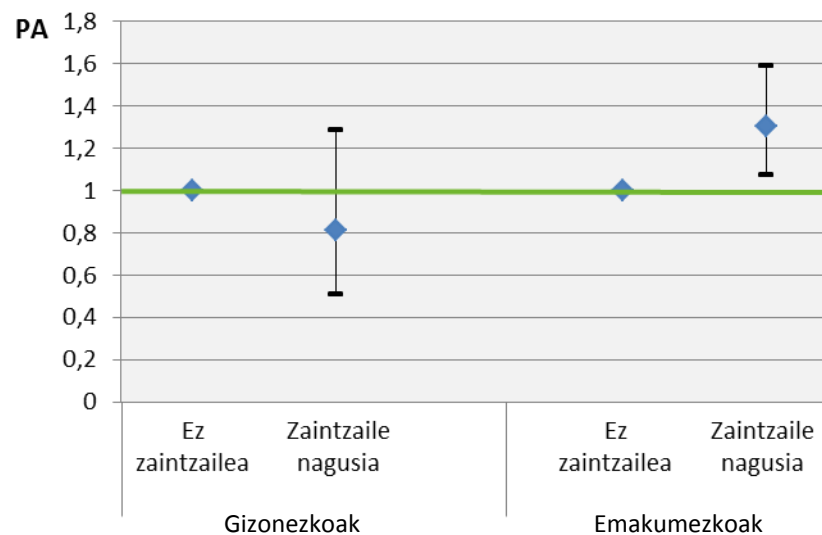
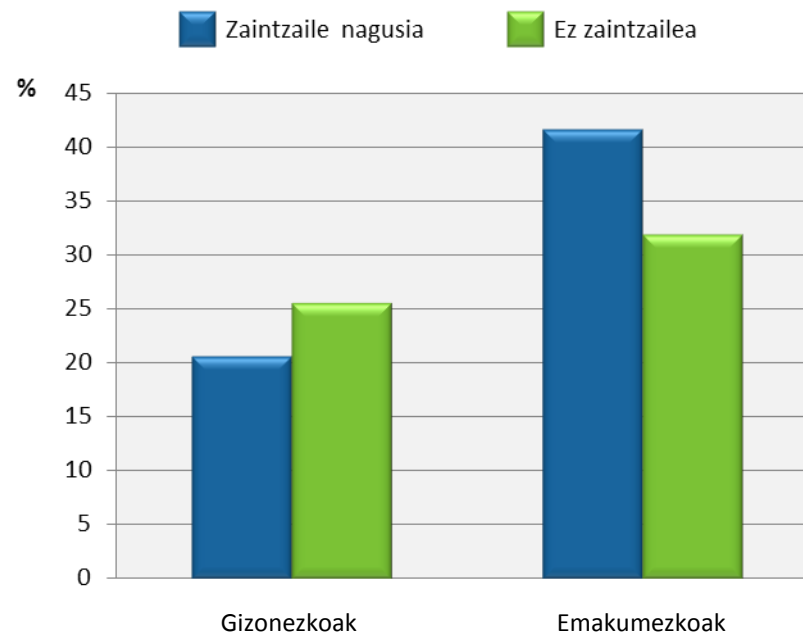


Zaintzaile nagusien artean ikusten da gizonen % 20,6k eta emakumeen bikoitzak baino gehiagok (% 41,6) bizitza sedentarioa dutela. Lehenengoen kasuan, balioa zaintzaile ez den biztanleriarena baino txikiagoa da; emakumeen kasuan, ordea, ez da hori gertatzen (60. irudia).

**60. irudia. Sedentarismoaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, eta sexuaren arabera zaintzaile nagusien eta zaintzaile ez direnen artean. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Gainera, ikusten da emakumezko zaintzaile nagusiek bizitza sedentarioa izateko probabilitatea zaintzaile ez direnena baino % 30 handiagoa dela. Gizonen artean, lotura hori ez da garrantzitsua (61. irudia).

**61. irudia. Zaintzaile nagusien sedentarismoaren prebalentzia-arrazoiak, –adinaren arabera doitu–, eta sexuaren arabera, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

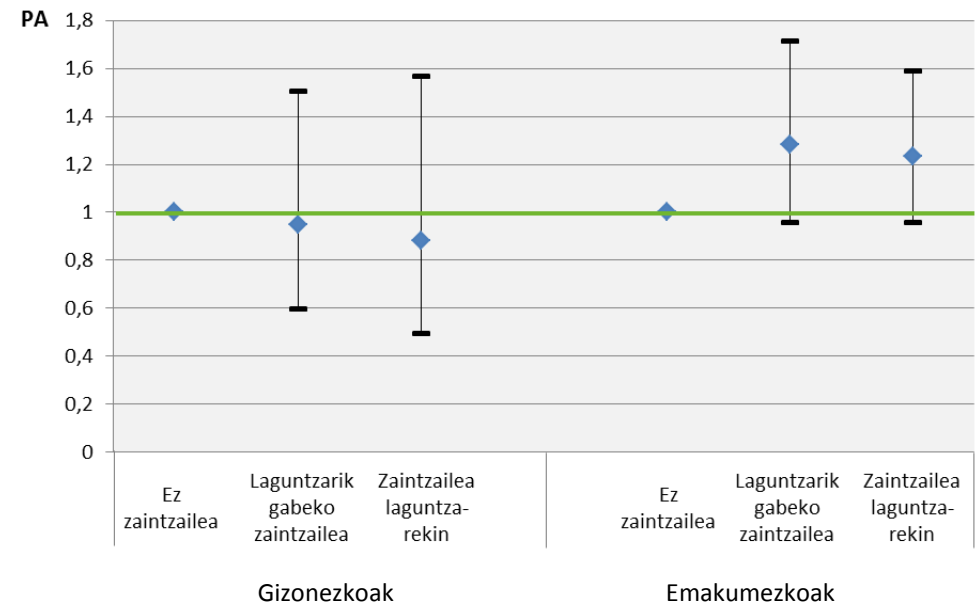
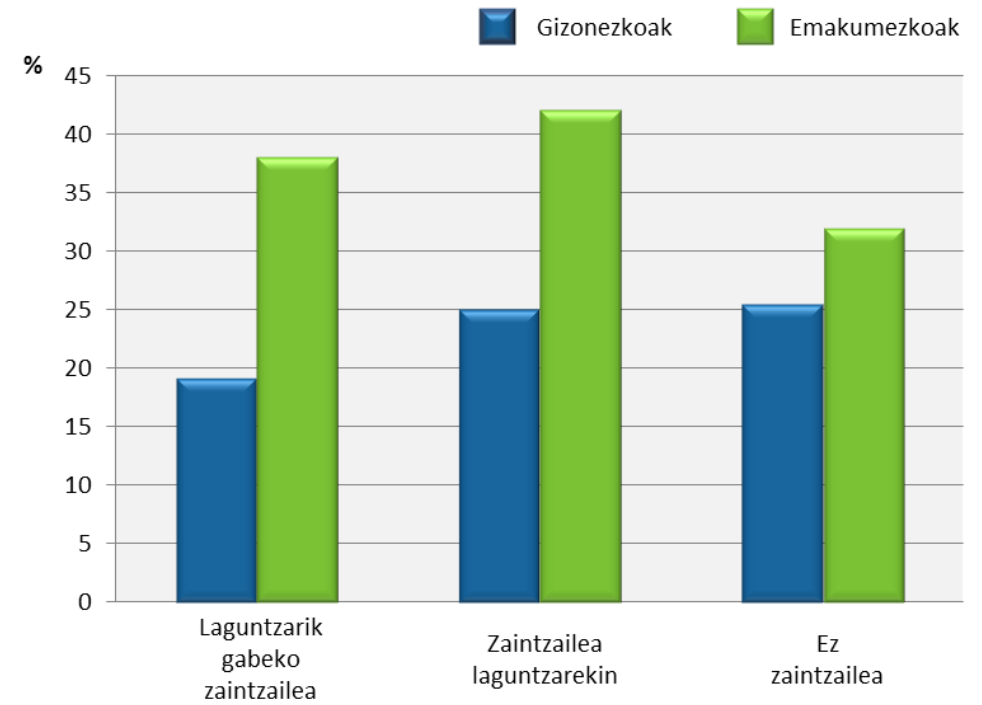


Zaintzaileak laguntzarik jasotzen duten ala ez kontuan hartuta aztertzen badituagu, ikusiko dugu kategoria guztietan sedentarismoa handiagoa dela emakumeen artean; gehieneko balioa zaintza-zereginetan laguntza jasotzen dutenen artean ikusten da (% 42,1). Gizonen artean, % 25 ingurukoa da zaintzaile ez direnen kasuan nahiz laguntzarekin zaintzen dutenen kasuan (62. irudia).

**62. irudia. Sedentarismoaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Ez gizonen kasuan ez emakumeen kasuan ez da garrantzitsua sedentarismoaren eta aintzat hartutako zaintzaileen kategorien arteko lotura (63. irudia).

**63. irudia. Sedentarismoaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



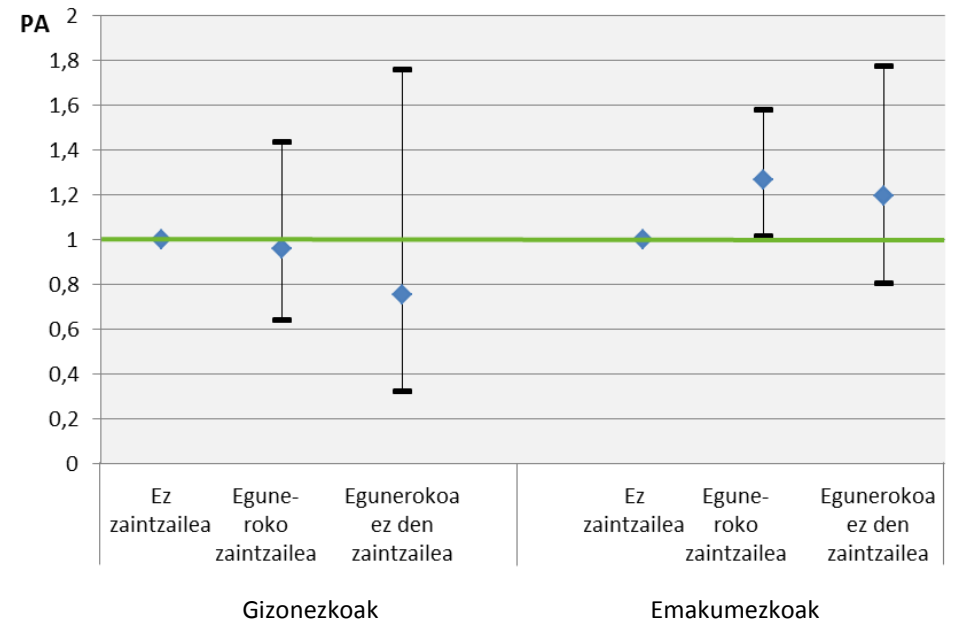
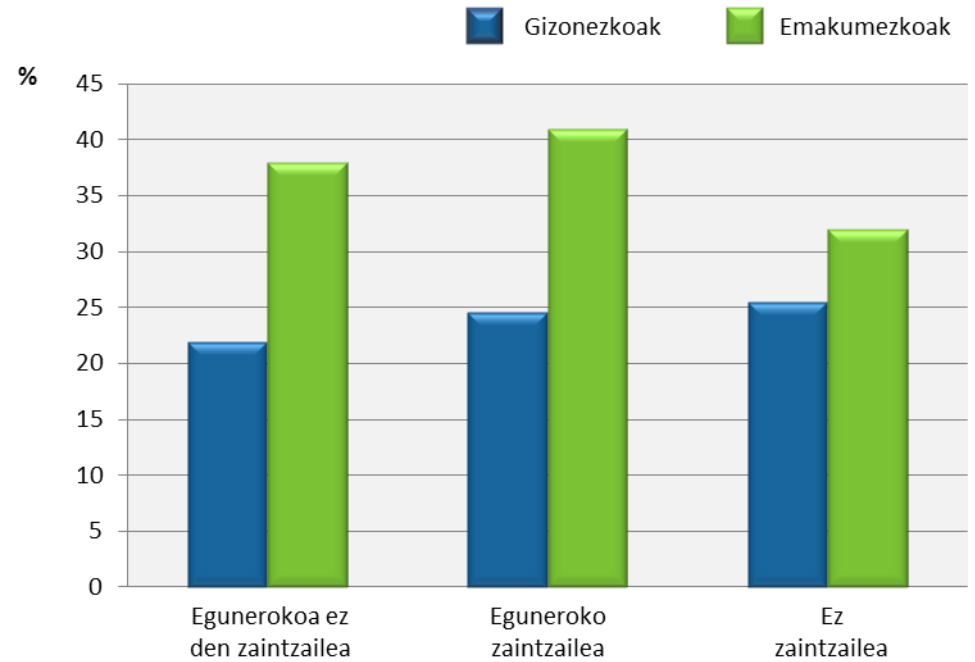


Jarduera fisikoa zaintzak ematen diren maiztasunaren arabera aztertzen badugu, ikusiko dugu gizonen kasuan sedentarismoaren prebalentzia handiagoa dela zaintzeko ardurarik ez dutenen artean (% 25,4); aitzitik, emakumeen kasuan, eguneroko zaintzaileen (% 40,9) eta egunerokoak ez diren zaintzaileen (% 37,9; 64. irudia) artean da handiagoa.

**64. irudia. Sedentarismoaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Gizonen kasuan ez da ikusten lotura garrantzitsurik dagoenik zaintzaile izatearen, eguneroko maiztasunarekin edo gutxiagokoarekin bada ere, eta sedentarismoaren artean, baina lotura hori, ordea, garrantzitsua da egunero zaintzen duten emakumeen kasuan (PA: 1,27; % 95eko KT:1,02-1,58; 65. irudia).

**65. irudia. Sedentarismoaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



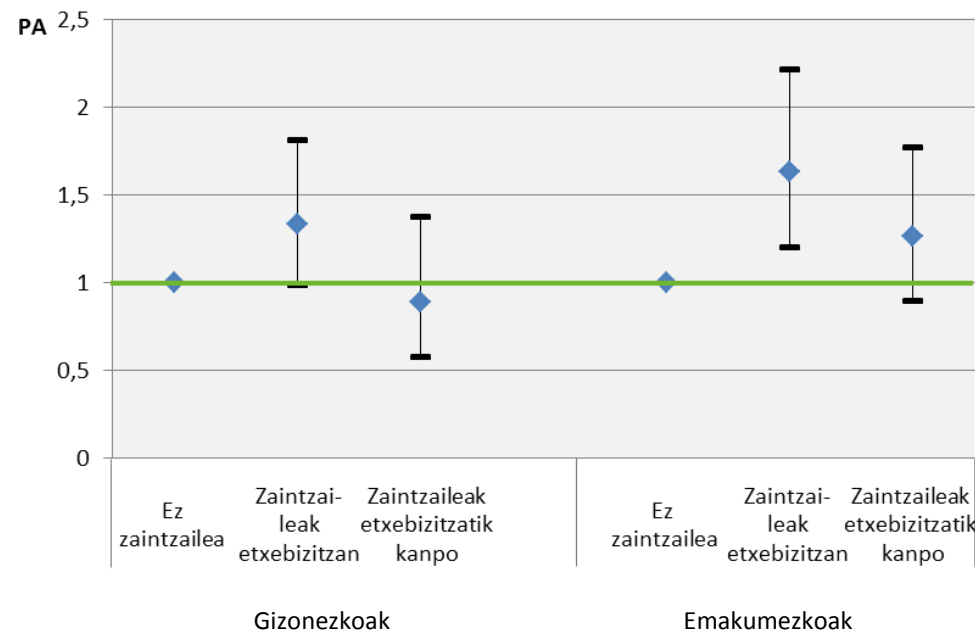
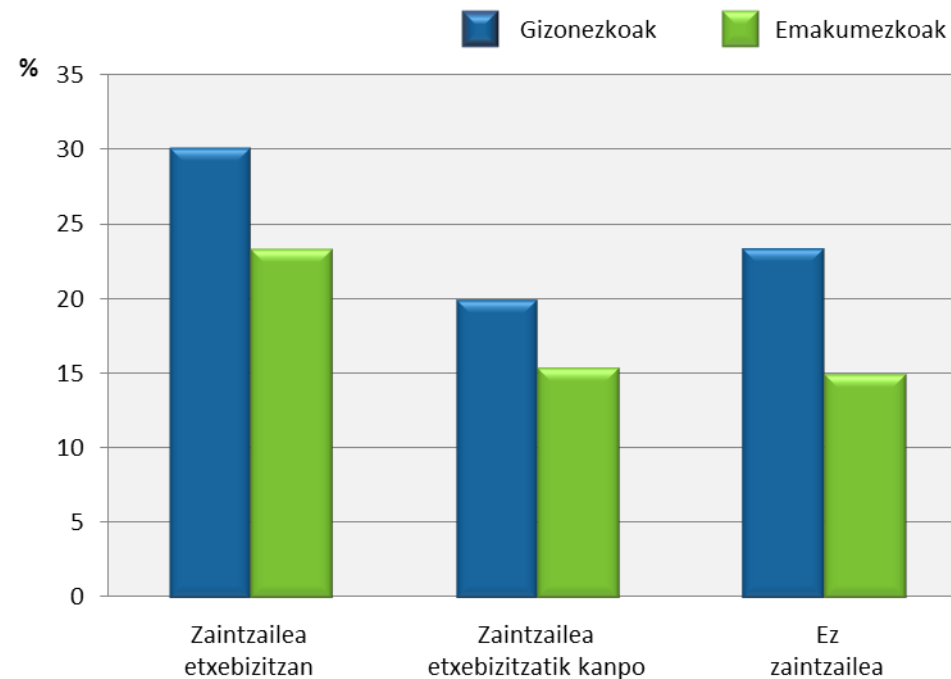
### 3.4.5. Tabako - kontsumoa

Tabakismoari dagokionez, prebalentziak handiagoak dira etxean zaintzen duten gizonen eta emakumeen kasuan etxetik kanpo laguntzen duten pertsonen artean eta zaintzaile ez den biztanleriaren artean baino (66. irudia).

**66. irudia. Tabako-kontsumoaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta– sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Hori horrela, ikusten da etxean zaintzen duten emakumeek beste emakume batzuek baino probabilitate gehiago dituztela erretzeko (PA: 1,63; % 95eko KT: 1,21-2,22; 67. irudia).

**67. irudia. Erretzaile izatearen prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren eta zaintza motaren arabera. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

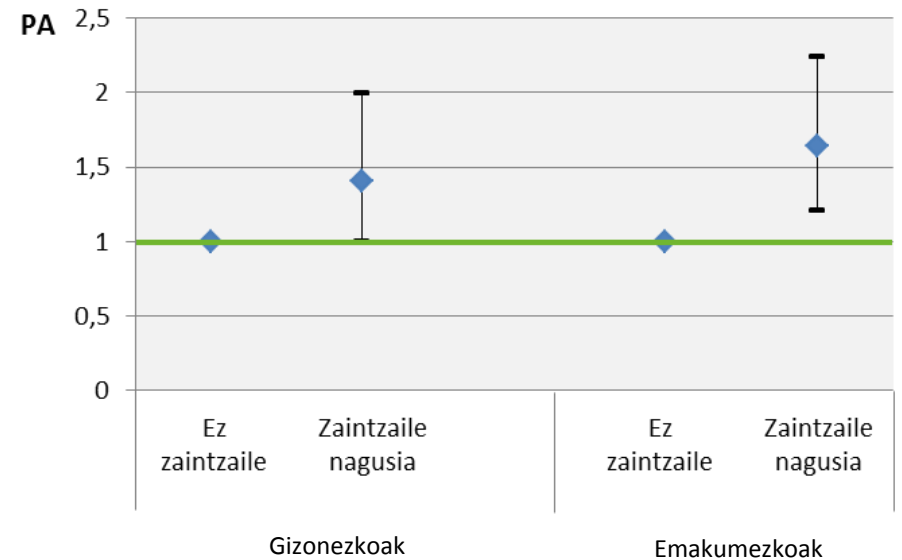
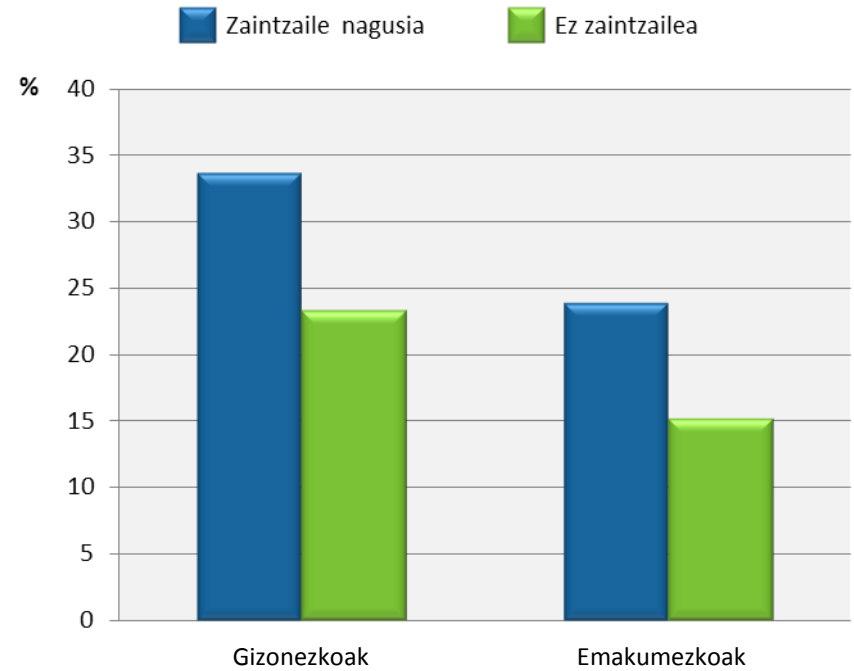


Zaintzaile nagusiei dagokienez, gizon zaintzaileen % 33,6k eta emakume zaintzaileen % 23,9k erretzen dutela adierazi dute; balio horiek zaintzaile ez den biztanleriaren balioak baino handiagoak dira (68. irudia).

**68. irudia. Tabako-kontsumoaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta– sexuaren arabera, zaintzaile nagusien eta zaintzaile ez den biztanleriaren kasuetan. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Hala eta guztiz ere, adinaren arabera doitu ondoren, emakume zaintzaile nagusien kasuan soilik ikusten da lotura garrantzitsua dagoela tabako-kontsumoarekin (PA: 1,64; % 95eko KT: 1,21-2,24; 69. irudia).

**69. irudia. Tabako-kontsumoaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, eta sexuaren arabera zaintzaile nagusien artean zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

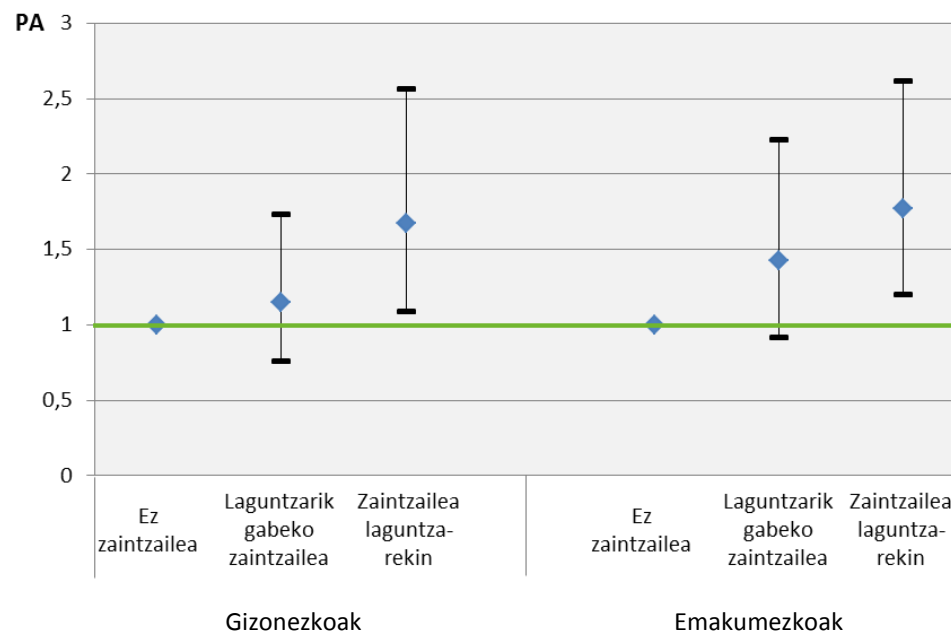
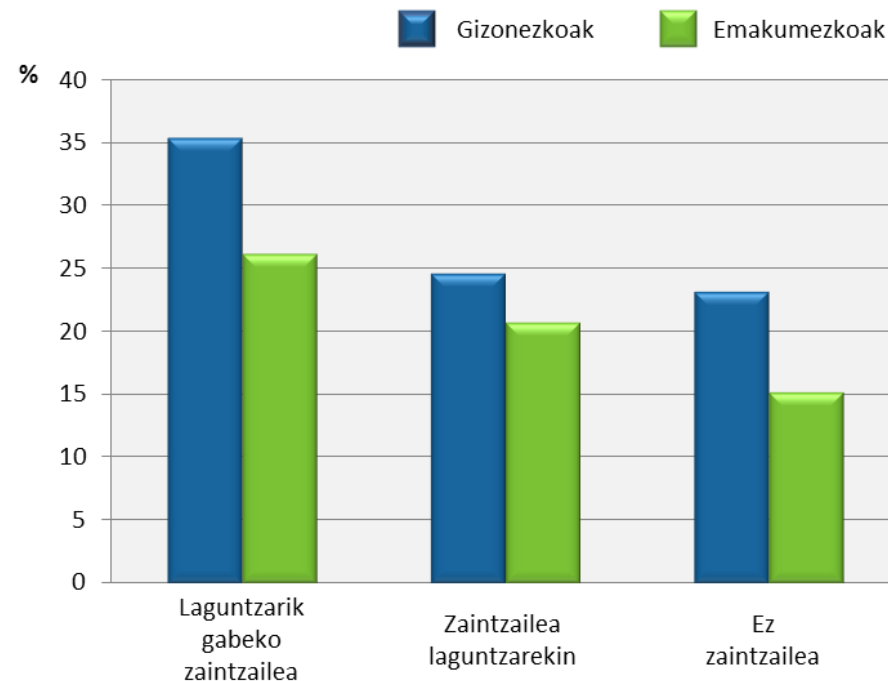


Zaintzaileak laguntza jasotzen duten ala ez kontuan hartuta aztertzen baditugu, ikusiko dugu laguntzarik jasotzen ez duten zaintzaileek dituztela tabakismo-tasa handienak (gizonen % 35,4 eta emakumeen % 26,1), eta ondoren laguntza motaren bat dutenak daudela (70. irudia).

**70. irudia. Tabako-kontsumoaren prebalentzia –adinaren arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Adinaren arabera doituta, laguntzarekin zaintzeak erakusten du lotura garrantzitsua dagoela tabako-kontsumoa handiagoa izatearekin bi sexuetan (gizonetan PA: 1,67; % 95eko KT: 1,09-2,56; emakumeetan PA: 1,77; % 95eko KT: 1,20-2,61; 71. irudia).

**71. irudia. Tabako-kontsumoaren prebalentzia-arrazoiak –adinaren arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzan laguntzarik jasotzen den ala ez kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

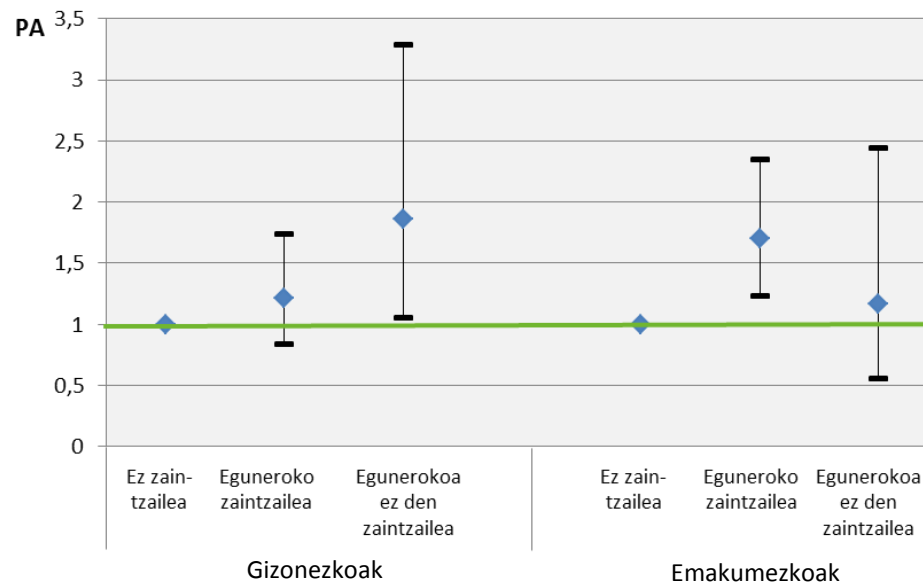
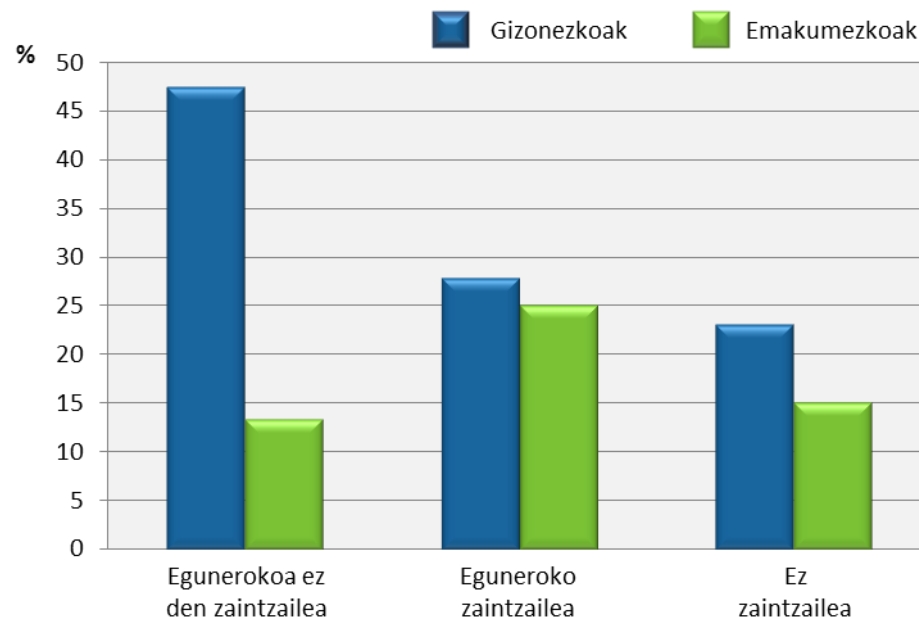


Zaintzak ematearen maiztasunaren arabera, ikusten da zaintzak egunero ematen ez dituzten gizonen artean dagoela tabako-kontsumoaren prebalentzia handiena (% 47,5), ondoren, urruti samar, eguneroko emakume zaintzaileak daude (% 25,1; 72. irudia).

**72. irudia. Tabako-kontsumoaren prebalentzia –adinen arabera estandarizatuta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**

Izan ere, aipatutako ezaugarri horiek dira, hain zuzen ere, erretzeko probabilitatea handiagoa izatearekin lotzen direnak, hau da, egunero zaintzen ez duen gizonezko zaintzaile izatea (PA: 1,86; % 95eko KT: 1,05-3,29) eta egunero zaintzen duen emakumezko zaintzaile izatea (PA: 1,70; % 95eko KT: 1,23-2,35; 73. irudia).

**73. irudia. Tabako-kontsumoaren prebalentzia-arrazoiak –adinen arabera doituta–, sexuaren arabera eta zaintzaren maiztasuna kontuan hartuta, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta. EAEko 45-84 urteko biztanleria, 2013.**



## 4. ONDORIOAK ETA EZTABAIDA

Txosten honetan sakontasunez aztertzen da EAEko zaintza informalararen egoera; horretarako, zaintzaren diada osatzen duten bi pertsonen ezaugarriak buruzko ikuspegia ematen da, baita zaintzak emate horrek zaintzak ematen dituen pertsonengan dituen ondorioei buruzkoa ere.

Zaintzak behar dituzten pertsona gehienak 65 urtetik gorako emakumeak dira. Hori hainbat faktorerengatik gertatzen da, esate baterako adin-talde guztietan emakumeen hilkortasun-arriskua txikiagoa da (Bacigalupe eta Martín, 2007), eta, horren ondorioz, bizi-itxaropena handiagoa da (85,4 urte; gizonen kasuan, aldiz, 78,9 urte) (EUSTAT, 2014), eta emakumeen gaixotzetasa handiagoa da jardueraren aldi baterako murrizketei dagokienez nahiz arazo kronikoei dagokienez; arazo horiek, askotan, genero-faktoreekin lotzen dira (Bacigalupe eta Martín, 2007).

Badakigu osasun-eremaitzetan dauden genero-desberdintasun horiek osasunaren faktore sozial erabakigarrietan desberdintasunak daudelako azaltzen direla askotan (Borrell et al., 2014). Klase soziala funtsezko faktore bilakatu da desberdintasunak azaltzeko; izan ere, klase sozialean gora egiten den neurrian, ikusten da zaintzak behar dituzten pertsonen prebalentzian aldibereko jaitziera dagoela bi sexuetan, baina adinaren ondorioa kontuan hartu ondoren, lotura hori gizonen artean soilik da garrantzitsua. Biztanleriaren hezkuntza-maila ere kontuan hartu behar da; izan ere, ikusten da hezkuntza-maila handitzen denean txikiagoa dela beren eguneroko bizitzan laguntza behar duten pertsonen proportzioa bi sexuetan; lotura horri eusten zaio adinaren arabera doitu ondoren ere. Ematen du aztertutako datuek frogatzen dutela osasunaren gradiente soziala. Kontzeptu horren arabera, bada, gizarte-baliabideak (hezkuntza, klase soziala edo diru-sarrera) handitzen diren heinean, osasuna ere hobetzen da eta desgaitasuna murriztu (Arcaya et al., 2015). Horrek guztiak baldintza hobetan zahartzen lagunduko luke, eta biztanleriaren zaintza-premiak murriztuko lirateke.

Zaintza emateari dagokionez, familiako etxebizitzetan bizi den biztanleriaren % 8k zaintza ematen du, eta talde horretako gehienak emakumeak dira.

Zaintzaileak, gizonak nahiz emakumeak, 35-64 urteko adin-tartekoak dira, ezkonduak dira gehienbat eta batez ere bikotekideak zaintzen dituzte. Datu horiek bat datoz, neurri batean, Espainiako biztanleriaren artean mendetasuna duten adineko pertsonak zaintzen dituzten pertsonen profilarekin (IMSERSO, 2005b; Esparza, 2011), baina ikusten da desberdintasun batzuk daudela ikasketak-mailari eta klase sozialari dagokionez. EAEko gizonezko eta emakumezko zaintzaileen kasuan gehien nagusitzen den hezkuntza-maila bigarren hezkuntza da; Estatu osoan, ordea, lehen mailako ikasketak edo beheagoko ikasketak nagusitzen dira. Klase sozialari dagokionez, emakumeen artean ikusten da gradiente sozial garbia dagoela, klase sozial kalteberenetan zaintzaileen proportzioa handiagoa delako. Dena den, oro har, gizonen artean balioak antzekoak dira kategoria guztietan.

145-84 urteko zaintzaileek beren osasunaren gainean duten iritziak, zaintzaile ez den biztanleriarekin alderatuta, erakusten du zaintzaileen osasun-egoera txarragoa dela, eta, gainera, desberdintasunak daudela gizonen eta emakumeen artean. Oro har, zaintzaile ez den biztanleriak uste du zaintzaz arduratzen diren pertsonen bano osasun hobea duela. Zaintzaileak aztertzen baditugu, ikusiko dugu etxe barruan zaintzen duten pertsonen osasun txarragoa dutela. Horri gerta liteke zaintzaren intentsitatea handiagoa delako etxe barruan kanpoan baino.

Antsietate- edo depresio-sintomak izatea zaintzaile direnak eta ez direnak kontuan hartuta alderatzen badugu, ikusiko dugu sintoma horiek gehiago nagusitzen direla beraiekin bizi den eta mendetasuna duen pertsona bati laguntzen dioten zaintzaileen artean. Gorago deskribatu dugu zaintzaileek osasun mental txarragoa izateko arriskua (Pinquart eta Sorensen, 2003; Pereira eta Filgueiras, 2009; Butterworth et al., 2010) eta emakumeen kasuan arrisku hori handiagoa dela (González-Valentín eta Gálvez-Romero, 2009; Larrañaga et al., 2008; Larrañaga et al., 2009; González-de Paz et al., 2016). Etxean bertan zaintzen denean osasun mental txarragoa izatea gerta liteke kasu horietan ordu gehiago eskaintzen zaizkiolako zaintzari,

eta hori osasun mental txarragoa izatearekin lotzen da (Masanet eta La Parra, 2011), baita zaintzailearen gaitzera handiagoa izatearekin ere (Garcés et al., 2009; Gratao et al., 2012), eta, era berean, depresioarekin lotzen da (Tremont et al., 2013). Gaitzera eta depresioa modu negatiboan lotzen dira gizarte-babesarekin (Losada et al., 2010); hortaz, espero liteke emakumeak izatea gizarte-babes txikiagoa jasotzen dutenak. Baina, adinaren arabera doituak datuek erakusten dute azterlanen parte hartu duten gizonezko zaintzaileek adierazten dutela gizarte-babes txikiagoa dutela, bereziki beraiekin bizi den pertsona bat zaintzen dutenean; emaitza horiek EAerako 2002an deskribatutako emaitzen antzekoak dira (Larrañaga et al., 2008). Gizonezko zaintzaileek gizarte-babes txikiagoa izatea deskribatu dugu aurretik (Cahill, 2000; Baker eta Robertson, 2008), eta adierazi dugu alderdi hori azaltzen duten faktoreak honako hauek izan daitezkeela: laguntza eskatzeari dagokionez anibalentzia- edo erru-sentimenduak izatea, alde aurretik esperientzia negatiboak izatea edo eskuragarri dauden zerbitzuei buruz behar adinako informaziorik ez izatea (Greenwood eta Smith, 2015).

Egile batzuen ustez, zaintzaileen osasun-egoerak okerrera egiten du zaintza-zereginak betetzen dituztenean beren burua zaintzen ez dutelako (Pimenta et al., 2009) eta beren bizimodua aldatzen dutelako (Nardi et al. 2012). Horregatik, interesgarria da zaintzaile horien ohiturak zein diren jakitea, hala nola ariketa fisikoa, tabakismoa, aisialdia, atsedenaldea eta abar. Jasotako datuen arabera, genero-desberdintasun garrantzitsuak daude ariketa fisikoa egiteari dagokionez, sedentarismoaren prebalentzia handiagoa baita beraiekin bizi den pertsona bat egunero zaintzen duten emakumeen artean. Hori gerta liteke laguntza emateko zereginei denbora gehiago eskaintzen diotelako, eta, beraz, beren buruari denbora gutxiago eskaintzen diotelako (Bedini eta Guinan, 1996; Araujo et al., 2009). Horrek, halaber, azal lezake, neurri batean, zaintzaileen osasun mentala txarragoa izatea (Pinquart eta Sorensen, 2003).

EAeren kasurako deskribatu denaren arabera, osasunaren alorreko emaitzak okerragoak dira, orokorrean, emakumeentzat (Abajo et al., 2017). Hori kultura-faktoreengatik izan liteke, hala nola zaindu behar dutenak emakumeak izan behar dutela inposatzea, egiten diren zereginen intentsitateari eta motari dagokionez gizonen eta emakumeen artean dagoen aldea (García-Calvente et

al., 2011), zaintzaile nagusia gizona denean beste zaintzaile bat edukitzea askotan (Pereira eta Figueras, 2009), emozioak kontuan hartzen dituzten estrategiak –aurre egitekoak– erabiltzea (estrategia horien eraginkortasuna arazoak kontuan hartzen dituzten estrategiena baino txikiagoa da; estrategia horiek gehiago erabiltzen dituzte gizonek) (Akpınar et al., 2011) edo emakumeen rolen gainjartzea eta lehia (ama, emaztea, amona, etxeandrea) eta dituen gizarte-eskuduntzak (etxetik kanpoko lana, adibidez) (Gratão et al., 2012). Hala ere, azterlan batzuen arabera, gizonezko zaintzaileen eta emakumezko zaintzaileen arteko desberdintasunak txikiak izan litezke, ikasketa-mailarekin eta zaintzen den unearekin lotuta egon litezke (Pinquart eta Sorensen, 2006; Crespo eta López, 2008), edo gizarte orokorraren desberdintasunak isla litzakete; ez lirateke, hortaz, zaintzaileen desberdintasun espezifikoak izango (Crespo eta López, 2008).

Laburbilduz, beren eguneroko bizitzan laguntza behar duten pertsonen buruz nahiz laguntza-zeregin horiek betetzen dituzten pertsonen buruz gorago deskribatu ditugun ezaugarri soziodemografikoei eta osasunari buruzko ezaugarriei esker jakin dezakegu EAEn zer zaintza-esperientzia bizi den. Ezinbestekoa da, alde batetik, datu horien azterketan sakontzea ikusitako desberdintasunak azaltzea ahalbidetuko duten harreman posibleak ezartzen saiatzeko, eta, bestetik, EAEOI Inkestaren etorkizuneko edizioetan jarraipena egitea. Halaber, interesgarria izango litzateke ebaluatzea zaintzaileek eduki ditzaketen zerbitzuen berri ote duten jakitea, baita zerbitzu horiek zenbateraino erabiltzen dituzten ere, zaintzaileen osasuna okertzeko arrazoiak zein diren ulertu ahal izateko, eta, beharrezkoa izanez gero, zaintzaren alorrean dauden politikak aldatzeko.

## 5. BIBLIOGRAFIA

- Abajo M, Rodriguez-Sanz M, Malmusi D, Salvador M, Borrell C (2017). Gender and socio-economic inequalities in health and living conditions among co-resident informal caregivers: a nationwide survey in Spain. *Journal of Advanced Nursing*;73(3):700-15.
- Agulló MS (2001). *Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Akpınar B, Kucukguclu O, Yener G (2011). Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of Nursing Scholarship*;43(3):248-54.
- Andrade LMC, Martins MMFPS, Angelo M, Dos Santos ATVMF, Martini JG (2014). Identifying the effects of children on family relationships. *Acta Paulista de Enfermagem*;27:385-391.
- Anttonen A, Sippilä J (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*;6:87-100.
- Araújo IM, Paul C, Martins MM (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*;8:191-197.
- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*;8:27106.
- Artazcoz L, Borrell C, Cortés I, Escribà-Agüir V, Cascant L (2007). Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo. En: Borrell C, Artazcoz L, (Coord.), eds. *5ª monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación en género y salud*. 1 ed. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología; 21-43.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015). XV Dictamen del Observatorio. Evolución 2011-2015 de los datos básicos de gestión de la atención a la dependencia y costes de financiación por comunidades autónomas.
- Bacigalupe A, Martín U (2007). *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Baker KL, Robertson N (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging & Mental Health*;12(4):413-22.
- Bambra C (2007). Going beyond *The three worlds of welfare capitalism*: regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*;61:1098-1102.
- Barker G (2009). *Engaging men and boys in caregiving: reflections from research, practice and policy*. New York: Commission on the Status of Women, United Nations.
- Bastawrous M (2013). Caregiver burden - a critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*;50:431-441.
- Bedini LA, Guinan DM (1996). "If I could just be selfish ... ": Caregivers' perceptions of their entitlement to leisure. *Leisure Sciences*;18(3):227-39.
- Bocchi SCM, Cano KCU, Baltieri L, Godoy DC, Spiri WC, Juliani CMCM (2010). Moving from reclusion to partial freedom: the experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center. *Ciência & Saúde Coletiva*;15:2973-2981.



- Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities. *Epidemiologic Reviews*;36:31-48.
- Butterworth P, Pymont C, Rodgers B, Windsor TD, Anstey KJ (2010). Factors that explain the poorer mental health of caregivers: Results from a community survey of older Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*;44:616-24.
- Cahill S (2000). Elderly husbands caring at home for wives diagnosed with Alzheimer's disease: are male caregivers really different? *Australian Journal of Social Issues*;35(1):53-72.
- Carrasco C (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*;31:39-56.
- Casado B, Sacco P (2012). Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*;67:331-336.
- Cerri C, Alamillo-Martínez L (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre la esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*;28:artículo 14.
- Chan SW (2010). Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2010;30:469-478.
- Comas D (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora (B Aires)*;20.
- Consejo Económico y Social España (2012). La aplicación de la Ley de Dependencia en España. Resumen ejecutivo.
- Crespo M, López J (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Daly M, Lewis J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology* 2000;51:281-298.
- De Oliveira APP, Caldana RHL (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*;21:675-685.
- Del Barrio E, Sancho M, Yanguas Lezaun J (2010). *Informe de resultados. Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco. ECVPM-Euskadi 2010*.
- Decreto 177/2010, de 29 de junio, sobre ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral. 2010. BOPV nº 129, 7 de julio de 2010. 2010.
- Decreto 31/2015, de 17 de marzo, de modificación del Decreto sobre ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral. BOPV nº 60, 30 de marzo de 2015. 2015.
- Decreto Foral 29/2008, de 29 de abril, por el que se aprueba el programa "Sendian" de apoyo a familias con personas mayores dependientes a su cargo. BOG nº 142;27-7; pág.12.240. 2008.
- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 185/2014 de 23 de diciembre, por el que se aprueban las bases reguladoras y la convocatoria pública de subvenciones para el desarrollo del programa de atención a la dependencia en el medio familiar mediante actuaciones de promoción de la autonomía personal, voluntariado y de apoyo psicosocial a las personas cuidadoras de personas dependientes en el Territorio Histórico de Bizkaia, programa foral Zainduz, para el año 2015. BOB núm.8 , 14 de enero de 2015. 2015.

- Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco (2011). *Estudio longitudinal de las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral*. Bilbao.
- Departamento de Salud. Gobierno Vasco (2013). Metodología. Encuesta de Salud del País Vasco 2013. [Consultado el 26 de abril de 2017] Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta\\_salud\\_objetivos/es\\_escav13/adjuntos/Metodologia\\_ESCAV\\_2013.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta_salud_objetivos/es_escav13/adjuntos/Metodologia_ESCAV_2013.pdf).
- Departamento de Salud, Gobierno Vasco (2014). *Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020*. 2ª ed. Vitoria-Gasteiz.
- Division for the Advancement of Women. United Nations, editor (2008). Rethinking care, gender inequality and policies. Expert Group Meeting on "Equal sharing of responsibilities between women and men, including care-giving in the context of HIV/AIDS", 6-9 October, 2008; Geneva: 2008.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrascof JM et al (2013). Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria*,27:263-272.
- Durán MA (2014). *Las personas mayores en la economía de Euskadi*. Vitoria.
- Eikemo TA, Bambra C (2008). The welfare state: a glossary for public health. *Journal of Epidemiology & Community Health*,62:3-6.
- Elder Jr GH (1994). Time, human agency, and social change: perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*,57:4-15.
- Esparza C (2011). Discapacidad y dependencia en España. Informes Portal Mayores nº 108. 2011. Madrid.
- EUSTAT (2014). La esperanza de vida de las mujeres vascas, 85,4 años, es de las más altas de la UE-28. Nota de prensa de 19-/08/2014. [Consultado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.eustat.eus/elementos/ele0011900/ti-s\\_ms\\_altas\\_de\\_la\\_UE-28/not0011917\\_c.html#axzz3uOzYhPbd](http://www.eustat.eus/elementos/ele0011900/ti-s_ms_altas_de_la_UE-28/not0011917_c.html#axzz3uOzYhPbd).
- Ferri CP, Schoenborn C, Kalra L et al (2011). Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*,82:1074-1082.
- Garcés J, Carretero S, Rodenas F, Sanjosé V (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*,48:372-379.
- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*,18:132-139.
- Garcia MM, Del Río M, Marcos J (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*,25:100-107.
- García MM, Del Río M (2012). El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quiénes nos cuidan? *Actas de la dependencia*,99-116.
- Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R (2011). The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,19:458-466.
- González-de Paz L, Real J, Borrás-Santos A, Martínez-Sánchez JM, Rodrigo-Baños V, Navarro-Rubio MD (2016). Associations between

- informal care, disease, and risk factors: A Spanish country-wide population-based study. *Public Health Policy*;37:173-89.
- González-Valentín A, Gálvez-Romero C (2009). Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*;20:15-21.
  - Gratão ACM, Vendrúscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*;21:304-312.
  - Greenwood N, Smith R (2015). Barriers and facilitators for male carers in accessing formal and informal support: a systematic review. *Maturitas*;82 (162):169.
  - Hoffmann F, Rodrigues R (2010). Informal carers: who takes care of them? European Centre for Social Welfare Policy and Research. Policy Briefs.
  - IMSERSO (2005a). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
  - IMSERSO (2005b). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005.
  - IMSERSO (2010). *Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica*. 1ª ed. Madrid.
  - IMSERSO (2011). *Libro blanco sobre envejecimiento activo*. 1 ed. Madrid.
  - IPAQ (2005). Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)—. Short and Long Forms. [Consultado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>.
  - Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J et al (2011). Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*;19(4):382-391.
  - Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain JM, Valderrama MJ, Arregi B (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*;22:443-450.
  - Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*;27:50-55.
  - Lazarus RS, Folkman S (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*;1:141-169.
  - Leitner S (2003). The caring function of the family: Belgium in comparative perspective. "Changing European Societies - The Role of Social Policy", 13-15 november 2003, Copenhagen.
  - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 15 diciembre. 2006.
  - Losada A, Pérez-Peñaranda A, Rodríguez-Sánchez E et al (2010). Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*;50:347-350.
  - Martínez R (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*;145:99-126.

- Masanet E, La Parra D (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*;85:257-266.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Los hombres y el cuidado de la salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social, Observatorio de Salud de las Mujeres.
- Nardi E, Dos Santos L, De Oliveira M, Sawada NO (2012). Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*;11:98-105.
- Observatorio de Personas Mayores de Bizkaia. ¿Cómo perciben las personas cuidadoras su estado de salud? Disponible en: [http://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/6\\_C%C3%B3mo%20perciben%20las%20personas%20cuidadoras%20su%20estado%20de%20salud.pdf?hash=b160c2b3bacee78f2c7146264fd0dac4&idioma=CA](http://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/6_C%C3%B3mo%20perciben%20las%20personas%20cuidadoras%20su%20estado%20de%20salud.pdf?hash=b160c2b3bacee78f2c7146264fd0dac4&idioma=CA). Fecha de acceso: 16 de junio de 2017.
- Orozco A (2007). *Cadenas globales de cuidado*. Santo Domingo.
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*;30:583-594.
- Pearlin LI (2010). The life course and the stress process: some conceptual comparisons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*;65B:207-215.
- Pereira MJSB, Filgueiras MST (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista de Atenção Primária à Saúde*;12:72-82.
- Pérez A (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*.
- Pimenta GMF, Costa MAS, Goncalves LHT, Alvarez AM (2009). Profile of the caregiver of dependent elderly family members in a home environment in the city of Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*;43:609-614.
- Pinquart M, Sorensen S (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology & Aging*;18:250-267.
- Pinquart M, Sorensen S (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences* ;61(1):33-45.
- Rodríguez G (2007). La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales. *Política y Sociedad*;44:69-85.
- Rogero J (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Salgueiro H, Lopes M (2010). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*;31:26-32.
- Sen G, Östlin P (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient, gender inequity in health: why it exists and we can change it. *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network*. Geneva: WHO.
- Silvestre M (2012). Desigualdad entre mujeres y hombres. *Informe socioeconómico de la C.A. de Euskadi 2012*. Erandio-Goikoa (Bizkaia): EUSTAT; 281-309.

- Simonazzi A (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*,33:211-232.
- Tobío C (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. *Cuadernos de Relaciones Laborales*,31:17-38.
- Tobío C, Agulló MS, Gómez MV, Martín MT (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Fundación "la Caixa".
- Tremont G, Davis J, Papandonatos GD et al (2013). A telephone intervention for dementia caregivers: Background, design, and baseline characteristics. *Contemporary Clinical Trials*,36:338-347.
- Ware JE, Jr., Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*,30(6):473-83.
- Webster-Stratton C (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*,19:302-312.

## 6. ERANSKINA - METODOLOGIA

### 6.1. DISEINUA ETA DATU-ITURRIA

Zeharkako azterlana, 2013ko EAEko Osasun Inkestaren (EAEI) datuak oinarritzat hartuta.

EAEI Inkestak EAEn familiako etxebizitzetan bizi den eta instituzionalizatu gabeko biztanleria ordezkatzen duen lagin bat erabiltzen du. Informazioa bi galdera-sortaren bidez (indibiduala eta familiako) jasotzen da, osasun-egoeraren dimentsio nagusiak, horien faktore erabakigarriak (ohiturak, prebentziozko jardunak eta ingurunea) eta osasun-zerbitzuen erabilera aipatuz. Edizio bakoitzean galdera berriak gehitu dira informazio-premia berriak betetzeko. 2013ko EAEI Inkestan sartutako item batzuk zaintzarekin lotuta daude, zaintzak behar dituzten pertsonen nahiz zaintzak ematen dituztenei bideratuta.

2013ko EAEI Inkestan 2007koan inkestatutako etxebizitzetan panelari eutsi zaio (panel horri 1997az geroztik eusten zaio neurri batean), baina diseinua hiru etapetatik honako bi hauek murriztu da:

- 1. etapa: etxebizitza okupatuen zorizko laginketa geruzatua egin zen, Osasun Sailak mugatutako oinarritako osasun-eremuek osatutako estratuen arabera.
- 2. etapa: zorizko laginketa sinplea. Etxebizitzan bizi ziren 14 urtetik gorako pertsonen bi heren hautatu ziren, haien datuak banakako galdera-sortaren bidez biltzeko.

2013. urteko EAEI Inkestaren metodologia xehetasunez deskribatu da alde aurretik (Osasun Saila, 2013).

### 6.2. ALDAGAIK

#### ALDAGAI SOZIODEMOGRAFIKOAK

##### Adina

Pertsona bakoitzaren adinari dagokionez, jasotako adina da inkesta egiteko unean zuena, betetako urteen arabera adierazia. Grafikoen asmoaren arabera, hainbat sailkapenetan bildu da.

##### Ikasketa-maila

25 urte eta gehiagoko pertsona bakoitzari esleitutako ikasketa-maila da pertsona horiek lortutako mailarik altuena. Hiru kategoria bereizten dira:

- ikasketarik gabe edo lehen hezkuntza: irakurtzen eta idazten ez dakiten pertsonak edo lehen mailako ikasketak, edo baliokideak, bukatuak edo bukatu gabe, dituztenak,
- bigarren hezkuntzako behe-maila: bigarren hezkuntzako lehenengo etapa dutenak,
- bigarren hezkuntzako goi-maila: batxilergoko ikasketak, edozein maila-tako lanbide-irakaskuntzak edo baliokideak dituztenak,
- hirugarren mailakoa: edozein ziklotako unibertsitate-ikasketak, doktoregoa edo baliokidea dutenak.

##### Klase soziala

Maila sozioekonomikoa ordaindutako azken lan-okupazioa (oraingoa edo iraganekoa) oinarritzat hartuta neurtzen da. Horrelako okupaziorik inoiz izan gabeko pertsonen kasuan, ekonomiaren aldetik noren mende dauden aintzat hartuko da eta haien araberrako balioa esleituko zaie, edo familia-unitateko klase sozial altueneko kidearena kontuan hartuko da. Jarraitu den sailkapena Espainiako Epidemiologia Elkartearen Baldintzatzailen Lantaldeak proposatutakoa da (Domingo Salvany et al., 2011), eta bost kategoria ditu:



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

#### Zaintzen premia

Honako galdera hau gehitu da pertsona guztientzat: eguneroko bizitzako jarduera batzuk egiteko beste pertsona baten zaintzak edo laguntza behar ote duten. Erantzuna baiezkoa bada eta zaintzailea pertsona horrekin bizi bada, bi pertsona horien arteko ahaidetasunari buruzko datuak jasoko dira, baita zaintzaileak familian zer ordena duen (horri esker identifika daiteke zaintzailea), zaintzari eskaintzen dizkion orduen kopurua eta beste pertsonaren batek zaintzan laguntzen ote duen ere.

## OSASUN - EGOERA

45-85 urteko zaintzaileak eta zaintzaile ez den eta zaintza emateko ohiko premiarik ez duen biztanleria alderatu dira, zaintzaile osasuntsuaren joeraren ondorioa gutxiagotzeko; horren arabera, pertsona heldu osasuntsuek hartzen dute beren gain zaintzeko rola eta rol horrekin jarraitzen dute (Bacigalupe eta Martín, 2007).

#### Osasun mentalaren indizea

Osasun mentala neurtzeko Mental Health Inventory-ren tresna, 5 itemekoa, erabili da eta arazo psikiatrikoak dituzten pertsonak hautemateko balio du. Tresna horrek SF-36 osasunari buruzko galdera-sorta osatzen du (Ware eta Sherbourne, 1992). Item bakoitzak erantzuteko sei kategoria ditu eta indizea kalkulatzeko formula bat erabiltzen da. Formula horren emaitzak 0-100 bitartekoak izan daitezke. Balioa zenbat eta handiagoa izan orduan eta hobea da osasun mentala.

#### Gizarte-babesa

Gizarte-babesa, hau da, ezegonkortasun psikiko, ahultasun fisiko edo urrakortasun pertsonal edo sozialeko uneetan laguntza emateko prest dauden pertsonen sarea, ebaluatzeko Duke-UNC-11 eskala erabili zen. Tresna horrek alderdi funtzional edo kualitatiboak balioesten ditu, eta ez gizarte-harremanen kopurua eta gizarte-sarearen tamaina. 11 itemeko eta erantzuteko bost kategoriako eskala erabiltzen da. 2013ko EAEOI Inkestan erabiltako ebakipuntua hartu zen kontuan.

#### Jarduera fisikoa

Jarduera fisikoa estandarizatutako eta baliozkotutako IPAQ galdera-sortarekin (IPAQ, 2005) ebaluatzen da. Galdera-sorta horren bidez inkestatuei galdetzen zaie azken 7 egunetan zenbat aldiz eta zenbat denboraz egin duten jarduera fisiko bizia, neurrizko jarduera (moderatu), edo 10 minutuz ibiltzea, behintzat, bai aisialdian, bai etxeko lanetan, bai lantokian eta bai joan-etorrietan egindakoak barnean hartuta. Tresna horren bitartez erabaki daiteke pertsona sedentarioa den edo jarduera fisikoa edo ariketa osasungarria egiten duen.

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

Galdera-sortaren balioa:

- oinez ibiltzea: 3,3 MET x minutuak x egunak
- neurrizko jarduera fisikoa (moderatu): 4 MET x minutuak x egunak
- jarduera fisiko bizia: 8 MET x minutuak x egunak

Guztira: Oinez ibiltzea - neurrizko jarduera fisikoa + jarduera fisiko bizia

Esango da jarduera fisikoa neurrizkoa dela honako kasu hauetakoren bat betetzen bada:

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

Honako kasu hauetako bat hartzen da jarduera fisiko bizitzat:

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

## DATUAK AZTERTZEA

Emaitzen azterketa estatistikoa sexuaren arabera banakatuta gauzatu zen. Ehunekotan adierazitako proportzioen motako adierazleak kalkulatu dira aldagai soziodemografikoen eta osasun-aldagaien kasuan, eta batezbestekoak zaintzari eskaintzen zaion denboraren kasuan. Zaintzak ematearen prebalentzia-arrazoiak adinaren arabera doituta eman dira, aldagai soziodemografikoak eta zaintza motaren ezaugarriak kontuan hartuta.