

eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Doktorego tesia

**Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko
Minbiziaren baheketa programan parte-hartzean
Lehen Mailako Arretak duen rola**

Egilea:

Saloa Unanue Arza

Zuzendariak:

Inmaculada Arostegui Madariaga

Eunate Arana Arri

Leioa, 2019



Oier, Iraia eta Joaneri dedikatua

Esker onak

Bazirudien momentu hau ez zela inoiz helduko, urte hauetan zehar nire alboan egon zareten guztiei eskerrak emateko momentua hain zuzen ere. Gogorra izan da, gorabeheraz beteriko prozesua, baina pena merezi izan du, bai akademikoki eta bai pertsonalki irabazi dudana kontuan hartuz. Nork esango zidan Leioara erizaintza ikastera heldu nintzenean bide hau hartuko nuela? Eta doktorego ikaslea izan naizen aldi honetan izan ditudan bizipenak izango nituzkela? Laburbilduz, esperientzia guztiz positiboa izan da.

Lehenik eta behin, esker mila iberketa honetan zuzendari izan diren Eunate Arana eta Inmaculada Arostegui Doktoreei, benetan lagundu didate proiektu honetan, eta hau ez dala formaltasuna edo kortesia uste dut. Nire esker onik zintzoena adieraztea gustatuko litzaidake, tesi honen garapenean eskaini didaten denbora, laguntza eta konfiantzazatik.

Eunate, eskerrik asko tesi hau egitea posible zela uste izan zenuelako eta dena erraz jartzeazatik.

Inma, ez dakit zer esan... ezta nondik hasi ere. Zurekin ikasi dudanaazatik, zure aholkuengatik eta pazientziagatik. Beti laguntzeko prest egon zarelako.

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programako koordinazio zentroko langile guztiei, tesi hau egiteko zuen txokoa sartu nintzenean onartu ninduzuelako, eta beti zuen laguntza eta kafe bat eskaini didazuelako. Isabel Portillo, por abrirme el camino, por tu entusiasmo y por creer en este proyecto.

Euskal Herriko Unibertsitateari eta Erizaintza I sailari eskerrik asko, tesi hau egin eta bukatzeko eskaini didaten laguntzazatik.

Inatze, Ziortza eta Marta, irakaskuntzan elkarrekin hasi eta bidean lagun bihurtu zaretelako, elkarrekin pasatu ditugun momentu txar eta batez ere onengatik.

Neskak, Masters of Universe! Nere, Anna, Nerea, Maite eta Ainara, nork esango ziguen Osasun Publikoko Masterra hasi genuenetik hona elkarrekin helduko ginenik...

Proiektua aurrera eramán ahal izateko ikerketan lagundu edo parte hartu duten Osakidetza profesional guztiei, galdetegiak bete dituztenei eta elkarrizketetan parte hartu duzueni.

Doktorego Tesi honen garapenak irauñ duen denboran zehar nire ondoan egon diren pertsona guztiei eskerrak adieraztea gustatuko litzaidake, emandako laguntza eta euskarriagatik.

Aitite Paulino, txiki-txikia nintzenetik nigan konfiantza izateagatik, zere ilusioak nirekin konpartitu izanagatik. Zauden lekuan zaudela, eskerrik asko.

Azkenik, nire familiarari, zuekin zorretan bait nago. Urte hauetan behar izan dudán sostengua eta zaintza eskaini izanagatik, zuen laguntzagatik eta adorea pizteagatik. Eskerrik asko bihotzez nire bizitzaren erdigunea diren nire seme-alabei, Oier, Iraia eta Joaneri, tesia egiteko behar izan dudán denbora emateagatik nahiz eta horrek zuekin konpartitzeko denbora gutxiago izatea suposatu. Bai momentu onetan eta bai trarretan nirekin egoteagatik, eta beti muxu edo besarkada bat emateko prest egoteagatik. Nire senarrari, Borja, nire babeslea eta euslea izateagatik. Ama, a ti también por supuesto, por estar ahí siempre, para lo que haga falta.

Denei, eskerrik asko.

Saloa

Laburpena

Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan parte-hartzean Lehen Mailako Arretak duen rola

Sarrera:

Kolon eta Ondesteko Minbizia Euskal Autonomia Erkidegoan intzidentzia tasa altuena duen minbizia da, baita hilkortasun tasa altuena duena ere. Horretara, 2009 urtean 50-69 urte bitarteko biztanleriari zuzendutako baheketa programa inplementatu zen, ordutik populazioaren %100eko estaldura lortu du. Baheketa proba bi urterik behin egin beharreko gorozkietan odola detektatzeko test immunokimikoa da eta positiboa den kasuetan behin betiko diagnostikoa egiteko kolonoskopia egiten da. Parte-hartzea programaren arrakastaren adierazleatariko garrantzitsuenetarikoa da. Programa honen inplementazioa Lehen Mailako Arretan egiten da eta bertan lan egiten duten profesionalak biztanleriarekin kontaktuan daude baheketa prozesu osoan zehar, parte hartzeko gonbidapena jasotzen dutenetik kolonoskopiaren emaitzen kudeaketa arte.

Helburua:

Lehen Mailako Arretak, hain zuzen ere bertan lan egiten duten profesionalek eta ezaugarri estrukturalek, biztanleriaren Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan parte-hartzean duten eragina aztertzea da.

Materiala eta metodoak:

Ikuspuntu zabalena izateko helburuarekin metodologia mistoa erabili genuen ikerketa honetan, zeinetan diseinu kuantitatiboa eta kualitatiboa konbinatzen diren. Horrela, tesi hau lau atalez osatuta dago. Lehen atalean Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan parte-hartzean eragina duten faktoreak identifikatzeko berrikuspen sistematikoa burutu genuen. Bigarrenean Lehen Mailako Arretan programa inplementatzen duten profesionalen ikuspuntutik Euskal Autonomia Erkidegoko programan parte-hartzeko faktore erraztaileak eta oztupoak identifikatu genituen diseinu kualitatiboaz baliatuz. Hirugarren atalean ere Lehen Mailako Arretako profesionalen rola baheketa programan aztertu genuen, kasu honetan diseinu kuantitatiboa erabiliz. Azpi-

proiektu horretan erizain eta medikuei zuzendutako galdetegi bat garatu eta erabili genuen hain zuzen, beraien inplikazioa aztertzeke eta inplikazio horretan eragiten duten faktoreak identifikatzeko. Bukatzeko, laugarren azpi-proiektuan baheketa programara 2009-2015 aldian gonbidatutako herritarren ezaugarriak aztertu genituen, honetan ere diseinu kuantitatiboa erabiliz. Parte-hartzaileen ezaugarriez gain, Lehen Mailako Arretako zentroetako ezaugarriak eta familia medikuenak ere erabili genituen azken zati honetan programaren emaitzak deskribatu eta haien arteko erlazioak aztertzeke.

Emaitzak:

Berrikuspen sistematikoan ikusi genuen orokorrean Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan hainbat faktoreek dutela eragina, ezaugarri soziodemografikoek, psikologikoek, osasun sistemarenak eta pazientearen osasun egoerak besteak beste.

Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Arretako profesionalek ere hauetariko faktore asko identifikatu dituzte programaren inplementazioan. Faktore erraztaileen artean pazienteek profesionalengan eta osasun sistemarengan duten konfiantza, programaren ezaugarriak eta irisgarritasuna eta minbiziaren sozializazioa identifikatu ditugu. Oztopen artean, pazienteen erabakiak hartzeko prozesua, kolonoskopiari edota emaitzei dieten beldurra, biztanleriaren kalteberatasuna eta profesionalen lan-ezgonkortasuna daude.

Lehen Mailako Arretako erizainek eta familia-medikuek programarekiko konpromiso maila altua erakusten dute. Alde batetik, baheketa programaren inguruko formakuntza jardueretara baita biltzar zientifikoetara bertaratuz eta portzentaje altuan programari garrantzi handia ematen diotela aitortuz. Bestalde, profesionalek esperientzia luzea izateak eragin adierazgarria duela egiaztatu dugu jarduketetan parte-hartzean eta baheketa programari buruzko informazio-errekurtsoen erabilera altuan. Ikerketa honetan erizain eta medikuen arteko aldeak aztertu genituen, formakuntzara doazen medikuen portzentajea altuagoa da erizainena baino, eta alderantziz gertatzen da jardunaldi zientifikoetara bertaratzearekin. Honetaz gain, medikuek baino erizain gehiagok uste dute programa oso garrantzitsua dela. Profesional guztiak kontuan hartuz, formakuntzara

doan gizonezkoen portzentajea altuagoa da emakumezkoena baino, baita programa oso garrantzitsua deritzen portzentajea ere.

Bukatzeko, biztanleriaren parte-hartzean eragina duten osasun sistemaren ezaugarriak identifikatu genituen. Alde batetik, familia medikua emakumezkoa izatea eta 50 urte baino gutxiago izatea; osasun zentroa goizez soilik zabalik egotea, landa-eremuko herri baten egotea eta txikia izatea, herritarrek baheketa programan parte-hartzearen aldeko faktore erabakigarriak direla esan genezake. Bestetik, osasun zentroaren parte-hartze tasa altua ez dela kolonoskopia egite tasa altuekin eta kolonoskopiarako prestakuntza onarekin korrelazionatzen aipatu behar dugu.

Ondorioak:

Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan biztanleriaren parte-hartzean hainbat faktoreek dute eragina, hauen artean Osasun Sistema berak. Azken horren barruan zehazki, osasun zentroen kokapena, ordutegia, eta bertan lan egiten duten profesionalen ezaugarriak parte-hartzean eragin adierazgarria daukate. Horretaz gain, Lehen Mailako Arretako profesionalek oso informazio-iturri baliagarria dira programan hobekuntzak sustatzeko, haiek baitira biztanleriarekin kontaktu estuena dutenak.

Resumen

El rol de la Atención Primaria en la participación en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en la Comunidad Autónoma Vasca

Introducción:

El Cáncer Colorrectal es el de mayor incidencia y mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. En el año 2009 se implementó el programa de cribado dirigido a la población de 50-69 años y desde entonces se ha conseguido una cobertura del 100%. La prueba de cribado es un test inmunoquímico de detección de sangre oculta en heces que ha de realizarse con una periodicidad bienal. En los casos en los que la prueba de cribado es positiva es preciso realizar una colonoscopia con el objetivo de hacer un diagnóstico definitivo. La participación en el programa es uno de los indicadores más importantes de su éxito. La implementación del programa se lleva a cabo en Atención Primaria, siendo las y los profesionales que allí trabajan quienes están en contacto con la población durante todo el proceso, desde la invitación a participar hasta la gestión de los resultados de la colonoscopia.

Objetivo:

Analizar la influencia de la Atención Primaria, concretamente las y los profesionales que implementan el programa y las características estructurales, en la participación de la población en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal.

Material y Métodos:

En ese estudio utilizamos la metodología mixta, en la que se combinan el diseño cuantitativo y el cualitativo, con el fin de tener una visión lo más amplia posible. De este modo, esta tesis se divide en cuatro secciones o sub-estudios. En el primero de ellos realizamos una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de identificar los factores que influyen en la participación de la ciudadanía en los programas de cribado de cáncer colorrectal. En el segundo sub-estudio identificamos los factores facilitadores y las barreras para la participación en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Autónoma del País Vasco desde la perspectiva de las y los profesionales que

trabajan en Atención Primaria utilizando un diseño cualitativo. En la tercera parte también analizamos el rol de las y los profesionales de Atención Primaria en el programa de cribado, pero en este caso utilizando un enfoque cuantitativo. En este tercer sub-estudio diseñamos y utilizamos un cuestionario dirigido al personal de enfermería y medicina, tanto para analizar su implicación, como para identificar los factores que influyen en ella. Finalmente, en el cuarto sub-estudio utilizamos también un diseño cuantitativo para analizar las características de la población invitada durante el periodo 2009-2015. En este caso, además de las características de las personas invitadas, utilizamos las características de los centros de salud y médicas y médicos de familia para describir los resultados del programa y establecer relaciones entre ellas.

Resultados:

En la revisión sistemática identificamos varios factores que influyen en la participación de la población invitada a los programas de cribado de cáncer colorrectal, entre otras sus características sociodemográficas y psicológicas, su situación de salud y algunos factores correspondientes al sistema sanitario.

Las y los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco identificaron también en nuestro entorno algunos de los factores identificados en la revisión sistemática. Entre los factores facilitadores identificamos la confianza que la ciudadanía tiene tanto en el sistema como en el personal sanitario, las características del programa de cribado, la accesibilidad del sistema y la socialización del cáncer. Entre las barreras se encuentran el proceso de toma de decisiones de las personas invitadas, el miedo tanto a la realización como el resultado de la colonoscopia, la vulnerabilidad de las personas y la inestabilidad laboral de las y los profesionales.

Todo el personal sanitario en general, médico y de enfermería muestra un alto grado de compromiso con la implementación del programa. Por un lado, acuden a la formación sobre el programa y a las jornadas científicas organizadas por el centro coordinador del programa, y además, consideran que el programa es muy importante. Por otro lado, hemos observado que una larga experiencia de las y los profesionales influye en su participación en la formación y en la utilización que hacen de los recursos informativos disponibles sobre el programa. Cuando analizamos las diferencias entre

profesionales de enfermería y medicina, encontramos que el porcentaje de profesionales de medicina que acude a formación es mayor que el de enfermería, mientras que con la asistencia a las jornadas científicas ocurre justamente lo contrario. Además, el porcentaje que considera que el programa es muy importante es mayor entre el personal de enfermería que entre el personal médico. Teniendo en cuenta al conjunto de profesionales de enfermería y medicina, el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres tanto en la asistencia a formación como en la evaluación del programa como muy importante.

Finalmente, identificamos las características del sistema sanitario que influyen en la participación de la ciudadanía. Por un lado, tener asignada una médica de familia menor de 50 años, en un centro que esté abierto sólo por la mañana, ubicado en el entorno rural y de pequeño tamaño, son factores determinantes de la participación en el programa. Por otro lado, es preciso añadir que las buenas tasas de participación en los centros de salud no se correlacionan con altas tasas de realización de colonoscopia ni con altas tasas de buena preparación para la colonoscopia.

Conclusiones:

Son muchos los factores que influyen en la participación de la población en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Autónoma del País Vasco, entre ellos se encuentra el propio Sistema Sanitario. Concretamente, la ubicación y el horario de los centros de salud y las características de las y los profesionales que trabajan en estos influyen de forma significativa en la participación. Además, el personal de Atención Primaria es una valiosa fuente de información para poder realizar mejoras en el programa, ya que ellas y ellos son quienes tienen un contacto más cercano con las personas invitadas.

Laburdurak eta akronimoak

- AAA: Arrisku Altuko Adenoma
ABA: Arrisku Baxuko Adenoma
AEA: Arrisku Ertaineko Adenoma
BME: Barne Mediku Egoiliar
CIMP: *CpG island methylator phenotype*
CIN: *Chromosomal instability*
EAE: Euskal Autonomia Erkidegoa
ESI: Erakunde Sanitario Integratua
GEO: Gorozkietan Ezkutatutako Odola
GEOi: Gorozkietan Ezkutatutako Odola, test immunokimikoa
GEOg: Gorozkietan Ezkutatutako Odola, guaiako testa
GI: Gabezia-indize
KOM: Kolon eta Ondesteko Minbizi
LMA: Lehen Mailako Arreta
MeSH: *Medical Subject Headings*
MM: Metodologia mistoa
MSI: *Microsatellite instability*
OME: Osasunaren Munduko Erakundea
OTA: Ordenagailu bidezko Tomografia Axiala
PAE: Pazientearen Arreta Eremu
TOGME: Titulu Ofizialik Gabeko Mediku Espezialista

Aurkibidea

LABURPENA	VII
RESUMEN	XI
LABURDURAK ETA AKRONIMOAK.....	XV
TAULEN ZERRENDA	XXI
IRUDIEN ZERRENDA	XXIV
 1. KAPITULUA	
SARRERA.....	27
1. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIA	29
1.1. <i>Egungo egoera epidemiologikoa</i>	29
1.2. <i>Kolon eta ondesteko minbiziaren ezaugarriak</i>	34
2. KOMAREN BAHEKETA PROGRAMA EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN	56
2.1. <i>Programaren ezaugarriak</i>	57
2.2. <i>Erabiltzen diren proba diagnostikoak</i>	57
2.3. <i>KOMaren baheketa programaren protokoloa</i>	60
2.4. <i>Lehen Mailako Arreta EAeko osasun sisteman (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud)</i>	66
2.5. <i>Programa LMA n inplementatzen duten profesionalen formakuntza</i>	67
2.6. <i>Programaren emaitzak</i>	70
3. DOKTOREGO TESIAREN EGITURA	70
 2. KAPITULUA	
HIPOTESIAK ETA HELBURUAK	73
1. HIPOTESIAK	75
2. HELBURUAK	76
 3. KAPITULUA	
MATERIALA ETA METODOAK.....	77
1. METODOLOGIA MISTOA.....	79
2. DISEINU OROKORRA	80

3. ETIKA BATZORDEAREN ONESPENA	81
4. DATU BILKETARAKO TRESNAK	83
4.1. <i>Berrikuspen sistematikoa</i>	83
4.2. <i>Galdetegia</i>	84
4.3. <i>Osakidetzako langileen datu-basetik ateratako informazioa</i>	85
4.4. <i>Elkarrizketetan parte hartu zuten profesionalen informazioa</i>	85
4.5. <i>Elkarrizketarako gidoia</i>	85
4.6. <i>Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programaren parte-hartze datuak</i>	85
4.7. <i>Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan parte hartzeraren gonbidatutako herritarren datuak</i>	86
5. DATUEN ANALISIA	86

4. KAPITULUA

KOLON ETA ONDESTKO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMETAN PARTE-HARTZEA ERRAZTEN EDO OZTOPATZEN DUTEN FAKTOREEN IDENTIFIKAZIOA	93
1. METODOLOGIA.....	95
2. EMAITZAK.....	97
2.1. <i>Bilaketa-estrategia eta hautespen irizpideak</i>	97
2.2. <i>Ikerketen ezaugarriak</i>	97
2.3. <i>Parte-hartzean eragina duten faktoreak</i>	98
3. EZTABAIDA	103

5. KAPITULUA

EAEKO KOLON ETA ONDESTKO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMAN PARTE-HARTZEA ERRAZTEN EDO OZTOPATZEN DUTEN FAKTOREAK PROGRAMA INPLEMENTATZEN DUTEN PROFESIONALEN IKUSPEGITIK. IKERKETA KUALITATIBOA.....	107
1. METODOLOGIA.....	109
1.1. <i>Laginaren ezaugarriak</i>	109
1.2. <i>Banakako eta foku-taldeetarako erdi-egituratutako elkarrizketak</i>	110

1.3. Datuen analisia	115
2. EMAITZAK	115
2.1. Programa inplementatzen duten langileekin erlazionatutako faktoreak.....	116
2.2. Parte-hartzera gonbidatuta dauden pertsonekin erlazionatutako faktoreak	122
2.3. KOMaren baheketa programa eta osasun sistemaren ezaugarriak	126
3. EZTABAIDA	130

6. KAPITULUA

LEHEN MAILAKO ARRETAKO OSASUN PROFESIONALEN INPLIKAZIOA KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMAREN INPLEMENTAZIOAN

133

1. METODOLOGIA	136
1.1. Ikerketaren diseinua eta parte-hartzaileak.....	136
1.2. Galdetegia	136
1.3. Analisi estatistikoa.....	137
2. EMAITZAK	137
2.1. Parte-hartzea.....	138
2.2. Galdetegia	141
2.3. Erantzuleen ezaugarriak sexuaren arabera	148
3. EZTABAIDA	159

7. KAPITULUA

LEHEN MAILAKO ARRETAKO MEDIKU ETA OSASUN ZENTROETAKO EZAUGARRIAK GONBIDATUTAKO PERTSONEN PARTE-HARTZEAN DUTEN ERAGINA

163

1. METODOLOGIA	166
1.1. Parte hartzaileak	166
1.2. Faktore independente potentzialak.....	166
1.3. Analisi estatistikoa.....	166
2. EMAITZAK	167
2.1. Gonbidatutako pertsonen eta osasun zentroen eta familia-medikuen ezaugarriak herritarren parte-hartzearen arabera	169

2.2. <i>Gonbidatutako pertsonen parte-hartzea sexuaren arabera</i>	170
2.3. <i>Programaren emaitzak EAEn</i>	176
2.4. <i>Parte-hartzean eragina izan dezaketen faktoreen eta parte-hartzearen arteko erlazioen azterketa</i>	179
3. EZTABAIDA	181
8. KAPITULUA	
EZTABAIDA OROKORRA	187
9. KAPITULUA	
ONDORIOAK.....	195
GLOSATEGIA.....	201
ERREFERENTZIAK.....	205
ERANSKINAK	223

Taulen zerrenda

1.1 taula. <i>Polipoen sailkapen histologikoa</i>	37
1.2 taula. <i>Lesio pedikulatuen sailkapena Haggitt sistemaren arabera</i>	39
1.3 taula. <i>Lesio sesilen sailkapena Kikuchi sistemaren arabera (azpimukosaren inbasio graduaren arabera)</i>	40
1.4 taula. <i>American Joint Commitee on Cancer-ek proposatutako TNM tumoreen sailkapena</i>	45
1.5 taula. <i>KOMaren tratamendua</i>	46
1.6 taula. <i>KOMaren baheketarako erabiltzen diren proben ezaugarri nagusiak Pizzo et al., 2011-tik moldatua eta Martín López, María Carlos Gil, eta Luque Romero, 2011-eko datu gehigarriekin</i>	52
1.7 taula. <i>Europako KOMaren baheketa programen ezaugarri eta emaitza nagusiak. Navarro et al.(2017)-etik moldatua</i>	55
1.8 taula. <i>KOMaren baheketa programa inplementatzen duten LMAko profesionalen eginkizunak</i>	64
3.1 taula. <i>Metodologia kuantitatibo eta kualitatiboaren ezaugarri nagusiak. Creswell et al, 2003.-etik moldatua</i>	81
3.2 taula. <i>Tesia osatzen duten lau ikerketen helburuak eta diseinua</i>	83
3.3 taula. <i>Programan 2009-2015 aldian parte hartzera gonbidatutako pertsonen buruz jasotako informazioa</i>	87
3.4 taula. <i>Osasun profesionalei egindako galdeketatik eta Osakidetzako datu-baseetatik lortutako profesionalen ezaugarriak</i>	89
3.5 taula. <i>Osasun profesionalei egindako galdeketatik eta Osakidetzako datu-baseetatik lortutako osasun zentroen ezaugarriak</i>	91
4.1 taula. <i>Aukeratutako ikerketen kalitatearen balorazioa</i>	99
4.2 taula. <i>Parte-hartzean eragina duten faktoreak berrikuspenaren kalitatearen arabera</i>	103
5.1 taula. <i>Ikerketa kualitatiboan parte hartu zuen profesionalen ezaugarriak (taularen jarraipena hurrengo orrialdean dago)</i>	111
5.2 taula. <i>Ikerketa kualitatiboan parte hartu zuen profesionalen ezaugarriak (taularen jarraipena hurrengo orrialdean dago)</i>	113
5.3 taula. <i>Elkarrizketetan eta foku-taldeetan erabilitako gai orokorren gidoia</i>	115

5.4 taula. <i>Analisiaren estruktura gai eta azpi-gaietan sailkatuta</i>	116
6.1 taula. <i>Osakidetzako LMAko osasun profesionalen ezaugarri orokorrak</i>	139
6.2 taula. <i>Erregresio logistiko anizkoitza galdetegian parte-hartzea emaitza-aldagaia izanik</i>	140
6.3. taula. <i>Galdetegia erantzun zuten LMAko osasun profesionalen ezaugarri orokorrak</i>	143
6.4. taula. <i>Profesionalek KOMaren baheketa programari ematen zioten garrantzia</i> .	144
6.5 taula. <i>Profesionalek programaren barruan egiten duten formakuntza</i>	145
6.6 taula. <i>Profesionalek KOMaren baheketa programaren koordinazio zentroak antolatutako jardunaldi zientifikoek berri izatea</i>	146
6.7 taula. <i>Profesionalek KOMaren baheketa programaren koordinazio zentroak antolatutako jardunaldi zientifikoetara joatea</i>	147
6.8 taula. <i>Profesionalen KOMaren baheketa programari buruzko on-line plataformaren ezagutza</i>	148
6.9 taula. <i>Profesionalen KOMaren baheketa programari buruzko on-line plataformaren erabilera</i>	149
6.10 taula. <i>Jardunaldi zientifikoetara joateko probabilitatea kalkulatzeko egindako erregresio logistikoaren emaitzak</i>	149
6.11 taula. <i>LMAko profesionalen ezaugarriak sexuaren arabera sailkatuta (taularen jarraipena hurrengo orrialdean dago)</i>	151
6.12 taula. <i>Erizainen ezaugarriak sexuaren arabera sailkatuta (taularen jarraipena hurrengo bi orrialdeetan dago)</i>	153
6.13 taula. <i>Medikuen ezaugarriak sexuaren arabera sailkatuta (taularen jarraipena hurrengo bi orrialdeetan dago)</i>	156
7.1 taula. <i>Programan 2009-2015 aldian parte hartzera gonbidatutako pertsonen ezaugarriak (taula honen jarraipena hurrengo orrialdean dago)</i>	168
7.2 taula. <i>Programara gonbidatuak dauden pertsonen osasun zentroen eta medikuen ezaugarriak</i>	171
7.3 taula. <i>Programan parte hartzera gonbidatuak dauden pertsonen ezaugarrien eta sexuaren arteko erlazioa</i>	172
7.4 taula. <i>Programan parte hartzera gonbidatuak dauden pertsonen ezaugarrien eta adinaren arteko erlazioa</i>	173

7.5 taula. Programan parte hartzera gonbidatua dauden pazienteen ezaugarrien eta gabezia-indizearen arteko erlazioa	174
7.6 taula. Programan parte hartzera gonbidatua dauden pertsonen osasun zentroaren ezaugarriak eta zentroaren parte-hartze tasaren arteko erlazioa. Erreferentzia Europako gidan desiragarri kontsideratutakoa	174
7.7 taula. Programan parte hartzera gonbidatuta dauden pertsonen parte hartzea eta Imako medikuen ezaugarrien arteko erlazioa	175
7.8 taula. Zentroaren praktika onen adierazleen arteko korrelazioak	178
7.9 taula. Banakako parte-hartzean eragina izan dezaketen faktoreen aldagai bakarreko analisiaren emaitzak	180
7.10 taula. Banakako parte-hartzerako aldagai anitzeko erregresio logistikoaren emaitzak	181

Irudien zerrenda

1.1 irudia. KOMaren intzidentzia orokorraren estimazioa 2018 urterako, adinaren arabera estandarizatua. <i>Global Cancer Observatory. International Agency For Research On Cancer</i> -etik moldatua (Ferlay <i>et al.</i> , 2018).	30
1.2 irudia. KOMaren intzidentzia orokorraren estimazioa 2018 urterako europan, adinaren arabera estandarizatua. <i>Global Cancer Observatory. International Agency For Research On Cancer</i> -etik moldatua (Ferlay <i>et al.</i> , 2018).	31
1.3 irudia. KOMaren hilkortasuna orokorraren estimazioa 2018 urterako europan, adinaren arabera estandarizatua. <i>Global Cancer Observatory. International Agency For Research On Cancer</i> -etik moldatua (Ferlay <i>et al.</i> , 2018).	32
1.4 irudia. Polipo pedikulatuen sailkapena haggit sistemaren arabera. Ruiz-Tovar, Jimenez-Miramon, Valle eta Limones, 2010-tik moldatua.	40
1.5 irudia. Ezkerretara polipo sesila, eskumatara polipo sesilen sailkapena Kikuchi sistemaren arabera. Ruiz-Tovar <i>et al.</i> , 2010-tik moldatua.	40
1.6 irudia. EAEko KOMaren baheketa programaren protokoloa.	63
1.7 irudia. Programan kolonoskopiaren emaitzen arabera pazienteari gomendatutako jarraipena.	65
1.8 irudia. KOMaren baheketa programaren atala Osakidetzako web atarian.....	72
3.1 irudia. Elkarturiko triangulazio diseinuaren irudikapena (Creswell <i>et al.</i> , 2003). ..	82
4.1 irudia. Ikerketen hautespen prozesuaren irudikapena prisma gidaren arabera.	98
6.1 irudia. Galdetegian parte-hartzeari dagokion erregresio logistiko bidezko ereduaren ROC kurbaren azpiko azalera.	140
6.2 irudia. Formakuntza egiteari dagokion erregresio logistiko bidezko ereduaren ROC kurbaren azpiko azalera.	150
6.3 irudia. Formakuntza jarduetara joatea kategoria profesionala eta sexuaren arabera.	158
6.4 irudia. Profesionalek programari ematen dioten garrantzia kategoria profesionala eta sexuaren arabera.	159
7.1 irudia.EAEko udalen KOMaren baheketan parte-hartze tasak pertzentiletan banatuta.....	176
7.2 irudia. EAEko udalerrien adenoma aurreratuen detekzio tasak.....	177
7.3 irudia. EAEko udalerrien kartzinomen aurreratuen detekzio tasak	178

1. kapitulua

Sarrera

Sarrera

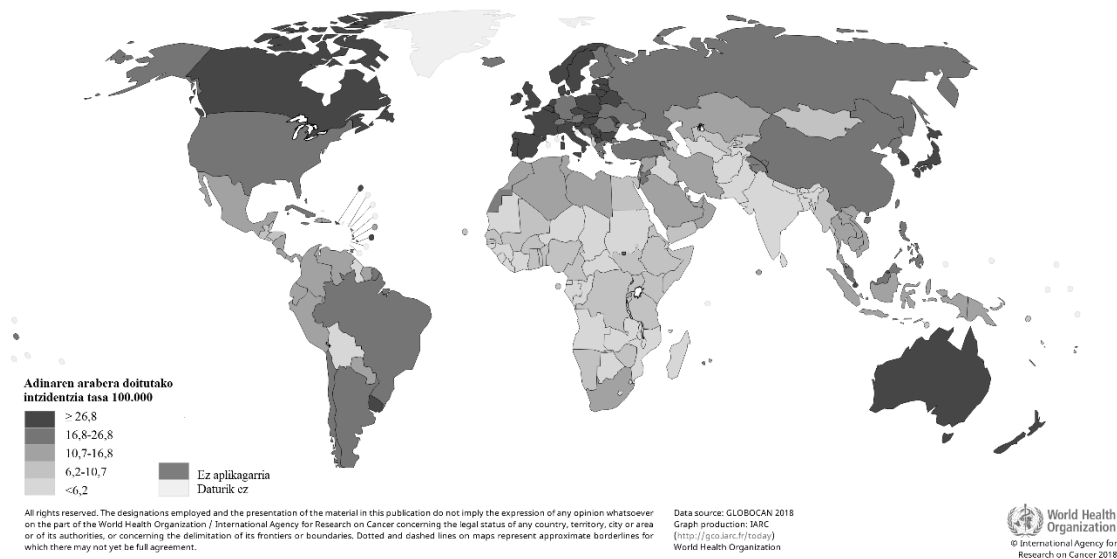
1. Kolon eta ondesteko minbizia

1.1. Egungo egoera epidemiologikoa

2016 urtean munduan heriotzen %71aren kausa gaixotasun ez-kutsakorrek izan ziren, hauen barruan minbizia bigarren postuan kokatzen zelarik (gaixotasun ez-kutsakorrek eragindako heriotzen %22a izan ziren, 9 milioi heriotza) gaixotasun kardiobaskularren atzetik (OME, 2018a). GLOBOCAN 185 herrialdeetan 36 minbizi mota ezberdinen intzidentzia, hilkortasun eta prebalentziari buruzko estimazioak ematen dituen Minbiziaren Ikerkuntzarako Nazioarteko Agentziaren datu basea da. 2018 urterako estimazioen arabera, Kolon eta Ondesteko Minbizia (KOM) hirugarren postuan dago munduan intzidentziari dagokionez orora (minbizi guztien %10,2a, 1,8 milioi kasu berri), baita gizonezkoen artean ere (1.026.215 kasu, %10,9, birika eta prostatako minbizien atzetik), emakumezkoetan aldiz, bigarren postuan dago (823.303 kasu, %9,5, bularreko minbiziaren atzetik). Hilkortasunari dagokionez, bigarren postuan dago (minbizi guztien ondoriozko heriotzen %9,2aren kausa da, 881.000 heriotza); emakumezkoetan hirugarren postuan (396.568 heriotza, %9,5) bularra eta birikako minbiziaren atzetik eta gizonezkoetan laugarrenean (484.224 heriotza, %9) birika, gibela eta urdaileko minbiziaren atzetik. KOMa sarriagoa da Giza Garapenaren Indize¹ oso altu edo altua duten herrialdeetan erdi mailako eta baxua dutenetan baino (adinaren arabera doitutako intzidentzia-tasa (Ist) ² gizonezkoetan %30,3 vs. %8,4 eta emakumezkoetan %20,9 vs. %5,9 eta hilkortasunean gizonezkoetan %12,8 vs. %5,7 eta emakumezkoetan %8,5 vs. %3,8) (Bray *et al.*, 2018; Ferlay *et al.*, 2013). Kapitulu honetako lehenengo irudian (1.1) agertzen dira munduan KOMaren intzidentziaren estimazioak 2018 urterako.

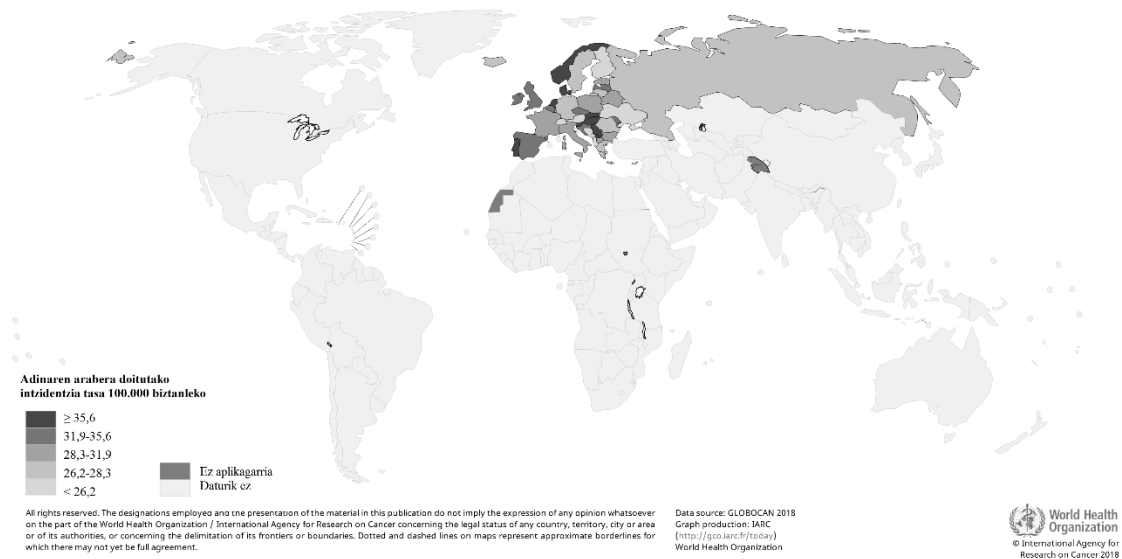
¹¹ Giza Garapenaren Indizea (GGI): GGIk gizakiaren garapena neurtzeko balio du. Herrialdeek giza garapenaren oinarritzko hiru alderditan izan dituzten lorpenen batezbestekoa neurtzen du: Bizitza luzea eta osasuntsua, jaiotzeko bizi-itzaropena kontuan hartuta, Ezagutza, helduen alfabetizazio-tasaren bidez neurtuta (ponderazioa, bi heren) eta lehen, bigarren eta hirugarren hezkuntzako matrikulazio-tasa gordin konbinatua (ponderazioa herena) eta Bizitza-maila duina, erosteko ahalmenaren parekotasuna (EAP) aintzat hartuta eta biztanleko BPGaren arabera neurtuta, Estatu Batuetako dolarretan.

² Ist: Adinaren arabera doitutako intzidentzia-tasa. 100.000 biztanleko



1.1 irudia. KOMren intzidentzia orokorraren estimazioa 2018 urterako, adinaren arabera estandarizatua. *Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer-etik* moldatua (Ferlay *et al.*, 2018).

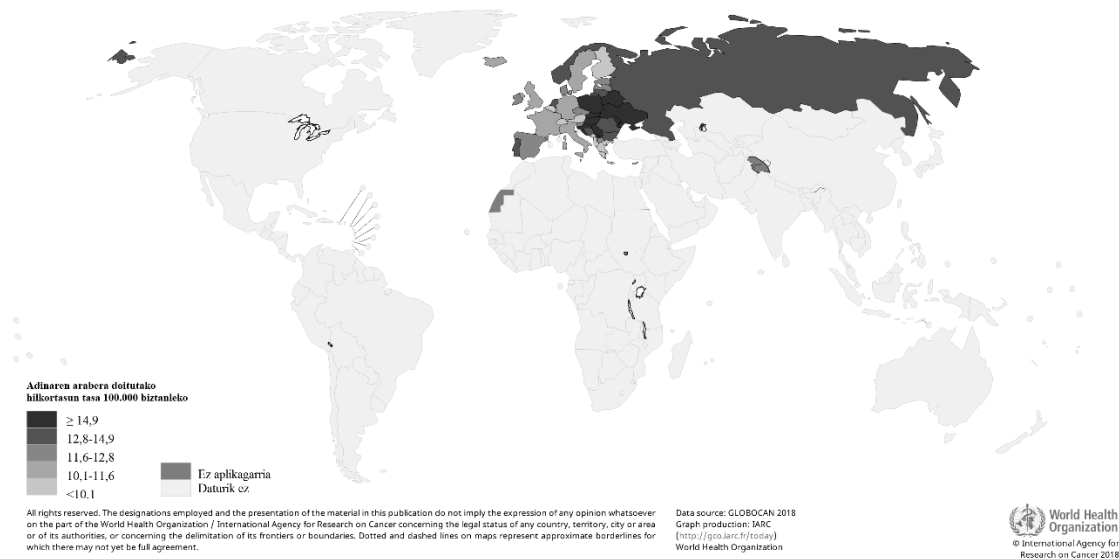
Europar ere, egoera oso antzekoa da, munduko KOMaren kasu berri guztien %27a 2018an bertan emango direla estimatzen da, 499.667 kasu hain zuzen ere; bularreko minbiziaren atzean, bigarrena da intzidentzian (%11,8). Sexuaren arabera, emakumezkoetan bigarrena da (228.067 kasu, %11,5) bularreko minbiziaren atzetik eta gizonezkoetan hirugarrena (272.600 kasu, %12,1) prostata eta birikako minbiziaren atzetik. Hilkortasunari erreparatuz bigarrena da ere (242.483 heriotza 2018an, %12,5) baina kasu honetan birikako minbiziaren atzetik. Sexuaren arabera, emakumeen artean hirugarrena da hilkortasunean (112.777 heriotza, %13,1) eta bigarrena gizonen artean (129.706 kasu, %11,9) (Bray *et al.*, 2018). Ikusi 1.2 eta 1.3 irudiak.



1.2 irudia. KOMren intzidentzia orokorraren estimazioa 2018 urterako Europan, adinaren arabera estandarizatua. *Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer-etik moldatua (Ferlay et al., 2018).*

EUROCARE Europan minbiziaren biziraupena aztertzeko eta Europako 30 herrialdetako 118 minbizi erregistroen datuak erabiltzen dituen ikerkuntza proiektua da. EUROCARE-5 ikerketaren arabera, 1999-2007 aldian, Europan koloneko minbiziaren biziraupen erlatiboa³ 5 urtetara %57koa zen eta %78koa urte batetara, estimazioak antzekoak ziren gizonezko eta emakumezkoetan bietan. Ondesteko minbiziaren kasuan aldiz, %56koa zen bost urtetara eta %81 urtebetara, kasu honetan ere ez zegoen ezberdintasunik gizonezko eta emakumezkoen artean. Datu hauek EUROCARE-4 ikerketarenak baino itxaropentsuagoak izan ziren, 1995-1999 aldikoak (Holleczek et al., 2015).

³ Biziraupen erlatiboa: Behatutako biziraupenaren eta espero den biziraupenaren arteko erlazioa. .



1.3 irudia. KOMren hilkortasuna orokorraren estimazioa 2018 urterako Europan, adinaren arabera estandarizatua. *Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer*-etik moldatua (Ferlay *et al.*, 2018).

Espanian tumoreak izan ziren 2016 urtean bigarren heriotza kausa (243,1 heriotza/100.00. biztanle) gaixotasun kardiobaskularren ondoren, tumoreak eragindako heriotzak %1,4 igo ziren 2015 urtearekin konparatuz. Tumoreen artean KOMa bigarren postuan zegoen, birika-bronkioetako minbiziaren atzean. Guztira, 11.781 pertsona hil ziren Espainian 2016 urtean KOMagatik, 4889 emakume eta 6892 gizon (INE, 2017). 2018 urterako GLOBOCAN ikerketaren estimazioen arabera KOMaren intzidentzia orokorrean lehenengo postuan kokatzen da (37.172 kasu berri, %13,7), eta bigarrena bai emakume (14.428 kasu berri, %12,6) eta bai gizonezkoetan (22.744 kasu berri, %14,6) bularra eta prostataren atzetik hurrenez hurren. Hilkortasunari dagokionez bigarren postuan kokatzen da orotara (16.683 heriotza, %14,7) birrikako tumoreen atzean, baita gizonezkoetan ere (10.038 heriotza, %14,6), emakumezkoetan aldiz lehenengo postuan dago (6645 heriotza, %14,9) (Bray *et al.*, 2018).

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) 2009-2013 aldian orotara 13.482 minbizi-kasu berri diagnostikatu ziren urtero, 5.420 emakumezkoetan eta 8.062 gizonezkoetan, lehenengoa intzidentzian. Gizonezkoetan aldi horretan KOM minbiziaren atzean, baita emakumezkoetan (6916 kasu berri) intzidentzian prostatako minbiziaren atzean, baita emakumezkoetan

(4030 kasu berri) ere, kasu honetan bularrekoaren atzetik. Horrela, intzidentzia tasa erlatiboa, Ist, 43,3 izan zen emakumezkoetan eta 91,7 gizonezkoetan. Sexu biak kontuan harturik KOM da intzidentzia altuena duena EAEn. Kontuan hartu behar da ere, gizonezkoetan intzidentziak adierazgarriki gora egin zuela 2000-2007 aldian (urteko aldaketa ehunekoa +2,6 izan zen), baina igoera ez zen adierazgarria izan emakumezkoen kasuan. Aldiz, 2007-2013 aldian emakumezkoetan ere gora egin zuen (urteko aldaketa ehunekoa +5,7 izan zen) eta gizonezkoetan ez zen aldaketa adierazgarririk egon.

Hilkortasunari dagokionez, lehenengo postuan dago minbizia EAEn, heriotza guztien %30,8en kausa da; tumorearen kokapenari dagokionez, sexu bietan KOMa bigarren postuan dago, %14,4a emakumezkoetan eta %13,6a gizonezkoetan, bularra eta birikaren atzetik, hurrenez hurren. Bestalde, 2000-2015 aldian orotara minbiziagatiko hilkortasuna jaitsi egin zen bai emakume eta bai gizonezkoetan (%1,3 urtero), baina jaitsiera ez zen adierazgarria izan emakumezkoen kasuan. 2000-2012 aldian adinaren arabera estandarizatutako biziraupena urte batera %77,7 izan zen emakumezkoetan eta %78,2 gizonezkoetan; bost urtetara ordea, %56,8ra jaisten zen gizonezkoetan eta %57,3 emakumezkoetan (Gil *et al.*, 2018). Biziraupenaren (5 urtetara) eboluzioa positiboa izan da KOMan bi sexuetan, emakumezkoetan 9 puntukoa izan da eta gizonezkoetan 8 puntukoa (Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa Osasun Saila, 2018a).

KOMaren tratamenduak eragiten dituen kosteak kontuan hartuz, estimatzen da 2012urtean KOMaren intzidentziaren kostea 49 milioi eurokoa izan zela EAEn, eta 986 milioi eurokoa Espainiako populazioan. Halaber, tratamenduak eragindako kosteak gora egiten dute minbiziaren estadioak gora egiten duenean (Mar *et al.*, 2017). Bestetik, KOMak eragindako kostea ezgaitasun tenporalagatik Espainian 2011 urtean 4,3 milioi euro baino gehiago izan zen (Vicente-Herrero, Terradillos-García, la Torre, Capdevila-García, eta López-González, 2013). Oro har, KOMaren intzidentzia eta tratamenduaren gastuak kontuan izanik, osasun publikoko arazo larri baten aurrean gaudela esan genezake.

1.2. Kolon eta ondesteko minbiziaren ezaugarriak

1.2.1. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren definizioa eta arrisku faktoreak

KOMa gehienetan polipo adenomatoso batetan sorburua duen kolon edo ondesteko neoplasia gaiztoa da, gehienetan adenokartzinoma. Polipo bat mukosaren gainazalaren azpian mikroskopioz ikusi daitekeen protuberantzia bat da, polipo hauek anatomopatologikoki hamartroma ez-neoplasiko, mukosaren proliferazio hiperplasiko eta polipo adenomatosoan sailkatu daitezke. Hauen artean minbizi aurrekoa polipo adenomatosoa da, hala eta guztiz, lesio hauen proportzio txiki bat baino ez da minbizia bilakatzen. KOMaren kausak konplexuak eta heterogeneoak dira eta garatzerakoan ingurumeneko eta faktore genetikoak hatzen dute parte.

Esan bezala, polipo adenomatoso guztiak ez dira minbizia bilakatzen, probabilitatea bere itxura, ezaugarri histologiko eta tamainaren arabera da. Egia da ere KOMen %95ak dutela jatorria polipo adenomatoso batean, polipo hori urteetan zehar hazten doa tumore gaiztoa bilakatu arte.

KOMa garatzeko arrisku altuko taldeak dira KOMa familiakoetan duten pertsonak eta sindrome genetikoak dituztenak. Baina, kontuan hartu behar da KOMen %85a ezagunak diren arrisku faktorerik ez duten pertsonetan gertatzen dela.

Johnson *et al.*-ek (2013) aurretik bibliografian identifikatutako KOMarekin erlazionatutako 12 arrisku faktoreekin metaanalisia egin zuten; horien eta KOMa garatzeko arriskuaren arteko asoziazioak aztertzeke helburuarekin eta intzidentzia hartu zuten emaitza nagusi bezala. Hasierako berrikuspen bibliografikoan honako 12 arrisku faktore hauek identifikatu zituzten:

Faktore hauek guztiez aparte analisisian sexua kontuan hartu zen.

- KOMaren familia historia. Hain zuzen ere, KOMa (izan) duen lehenengo graduako familiakoren bat izatea. Arriskua adierazgarriki altuagoa da lehen graduako familian KOM kasuak daudenean, familian kasurik ez dutenekin konparatuz. Aipatzekoa da arriskua altuagoa zela emakumezko eta gizonezkoak parte hartzen zuten ikerketekin

analisia egiterakoan emakumezkoekin soilik egiten zirenekin konparaturik, nahiz eta emaitza hauek adierazgarriak ez izan.

- Hesteetako hantura-gaixotasunak (kolitis ultzeraduna eta Crohn-en gaixotasuna) izatea ere KOM izateko arrisku altuagoarekin erlazionatzen da.
- Hormona bidezko terapia menopausia osteko aldian tratatua izana. Hain zuzen ere, estrogenoak soilik edo estrogenoak eta progesterona konbinatzen duten farmakoekin. Noizbait hormonak hartu zuten eta inoiz hartu ez zutenen artean ez zen arriskuan ezberdintasunik ikusi, ezta momentuan hormonak hartzen zituzten eta noizbait hartu zutenen artean ere.
- Aspirina edo antiinflamatorio ez-esteroideen erabilera. Ez zen asoziazio esanguratsurik ikusi farmako hauen erabilera eta KOMa garatzeko arriskuaren artean, nahiz eta alderantzizko joera ikusi daitekeen. Ausazko entsegu klinikoekin egindako metaanalisi baten adenomen aurrean babes-efektua egiaztatu zen (Cole *et al.*, 2009) baina oraindik ez da ezarri gomendiorik arrisku-onuren balorazioa egitea beharrezkoa delako.
- Zigarroak erretzea (pakete/urte⁴ neurria erabiliz) ere KOMarekin adierazgarriki asoziatu dago, gero eta indizea altuagoa izan arriskua altuagoa da eta asoziazio hori ez da lineala.
- Gorputz-masa indizea eta KOM arriskuaren artean asoziazio adierazgarria dago, asoziazio hau indartsuagoa izanik gizonezkoetan emakumezkoetan baino.
- Jarduera fisikoak duen eragina aztertzerakoan aldagai hau definitzeko edota neurtzeko hainbat modu ezberdin egoteak metaanalisarako zailtasun bat izan zen. Hala ere, KOM arriskuaren eta jarduera fisikoaren arteko korrelazio negatiboa dagoela esan daiteke.
- Elikagai prozesatuen kontsumoari dagokionez linealtasuna ez zen adierazgarria izan.
- Haragi gorriaren kasuan korrelazio positiboa ikusi zen KOM arriskuarekin, astero 5 ano edo gehiago hartzen zirenean.
- Frutari eta barazkiei dagokionez ba dago alderantzizko asoziazio esanguratsua kontsumo eta KOM arriskuaren artean.

⁴ Pakete/urte: egunero erretzen dituen zigarro kopurua erretzen diharduen urte kopuruagaitik biderkatuz zati 20.

- Alkoholaren kontsumoan ez zen asoziazio adierazgarririk ikusi.

Orokorrean esan daiteke jarduera fisikoa eta fruta eta barazkien kontsumoa faktore babesleak direla KOMaren aurrean eta KOMaren familia historia, hesteetako hantura-gaixotasunak, zigarroak erretzea, gorputz-masa indize altua, eta haragi gorriaren kontsumoa arrisku faktore direla. Kontuan hartu beharrekoa da arrisku faktoreetariko batzuk aldagarriak direla, hau da, pertsonaren jokaera aldatuz aldatu daitezkeenak (hormona bidezko terapia menopausia osteko aldian, aspirina edo antiinflamatorio ez-esteroideen erabilera, zigarroak erretzea, gorputz-masa indizea, jarduera fisikoa eta elikagai prozesatuen, haragi gorriaren, fruta, barazki eta alkoholaren kontsumoa) eta beste batzuk aldaezinak (KOMaren familia historia eta hesteetako hantura-gaixotasunak) azken hauek KOMarekin asoziazio positiboa dutelarik (Johnson *et al.*, 2013).

1.2.2. Kolon eta ondesteko polipoak

Polipoa koloneko mukosaren proliferazioa da, eta hazkunde pedunkulatua edo sesila izan dezake; aldi berean neoplasikoak (adenomak) edo ez-neoplasikoak izan daitezke. Ez-neoplasikoak ez dute potentzial gaiztorik sindrome poliposoetan gertatu ezean (polipo hiperplasikoak, hamartromak, linfoideak eta inflamatorioak). Neoplasikoak edo adenomak aldiz potentzial gaiztoa daukate, minbizia bihurtu daitezke, eta tubularrak, bilotsuak, tubular-bilotsuak edo zerradunak izan daitezke Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) egindako sailkapenaren arabera (Hamilton eta Aaltonen, 2000). Polipoen prebalentzia %30tik %59ra doa ikerketa ezberdinen arabera, sarriagoak dira gizonezkoetan emakumezkoetan baino eta horien prebalentzia adinarekin igotzen da. Hala eta guztiz, polipo gehienak ez dira inoiz KOM bihurtuko, nahiz eta KOM gehienak polipo batean izan bere jatorria, estimatzen da zentimetro bat baino txikiagoa de polipo bat minbizi bilakatzeko 10 urte behar izaten dituela (Øines, Helsingen, Bretthauer, eta Emilsson, 2017). Bestalde, bizian zehar KOM garatzeko arriskua %5a da (Bretthauer, Kalager, eta Adami, 2016). Ostean, 1.1 taulan, polipoak sailkatzen ditugu ezaugarri histologikoen arabera (Øines *et al.*, 2017).

Gehienetan, %75ean, hasierako lesiotik minbizia izatera jarraitzen den bidea “adenoma-kartzinoma sekuentzia” tradizionala da, beste bidea “bide zerraduna” da, beharbada bide zerradunetik doazenak asaldura genetikoren bat daukate (Øines *et al.*,

2017). Adenoma tubular, tubulo-bilotsu eta bilotsuak sarrienak dira eta gehienak asintomatikoak dira; sesilak edo pedikulatuak izan ohi dira eta gehienbat ondestean kokatzen dira. Gaiztoak garatzeko arriskua tamaina, displasia-gradu eta arkitekturaren arabera da. Gradu altuko displasia bat dutenak %27ko gaizto garatzeko arriskua daukate, gradu baxuko displasiakoenetan aldiz %5ekoa, 15 urtetan. Bilotsuak ere gaiztoak bilakatzeko arrisku altuagoa daukate. KOMen %20ak polipo sesil-zerradunetan jatorria (Rashtak, Rego, Sweetser, eta Sinicrope, 2017) eta polipo horiek ez dute adenoma-kartzinoma sekuentzia tradizionala garatzen. Arkitekturari dagokionez polipo hiperplasikoekin nahastu daitezke miaketan (Arévalo *et al.*, 2012).

1.1 taula

Polipoen sailkapen histologikoa

Polipo mota	Azpi-mota	Kokapena
Zerradunak	Hiperplasikoak Zerradun-sesilak Zerradun adenomak	Kolon distala Kolon proximala Kolon distala
Adenomatosoak	Bilotsua Tubularra Tubular-bilotsua	Kolon distala Kolon distala Kolon distala

1.2.3. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren historia naturala

KOMa asaldura genetikoengatik sortzen da (minbiziaren sorreran eta garapenean hartzen dute parte). Asaldura horiek geneen espresioan dute eragina eta kolonaren mukosa normala polipo onbera bat bilakatzera sustatzen dute, adenoma goiztiarra, gero bitartekoa eta azkenik koloneko adenokartzinoma bihurtzen da (Goel eta Boland, 2012). Mekanismo horiek ezagutzeak KOMaren fenotipo ezberdinak identifikatzea baimentzen du, eta horrekin mota bakoitzarentzako tratamendu egokiena aukeratu eta pronostikoa ezagutzea.

Aurretik aipatu dugun moduan, KOMa garatzeko prozesu genetiko (kromosomen mutazioa eta gene baten nukleotidoen sekuentziaren asaldura, hauek tumore gehienetan ez dira herentziako asaldurak izaten) eta epigenetikoak (geneen espresioaren asaldura, potentzialki hereditarioa, baina ADN sekuentziaren asaldura gabekoa) hartzen dute parte,

batzuetan asaldura epigenetikoak agertzen dira minbiziaren estadio goiztiarretan aurretiko mutaziorik gabe, baina ez dira bateraezinak (Gonzalo *et al.*, 2008).

Hiru mekanismo identifikatu dira KOMa garatzeko, eta hauetariko batek, edo batzuen konbinazioak eraginda dago:

- a) Ezegonkortasun kromosomikoaren bidea (*chromosomal instability* (CIN)): kromosoma kopuruan aldaketak daude edo anomalia estrukturalak, dibertsitate genetikoa galtzen da eta tumoreen gene supresoreen eta protoonkogeneen mutazioak agertzen dira. Prozesu honetan hainbat geneen mutazioak gertatzen dira, adenoma onbera bat agertzea eragiten dute, gero proliferazio tasa areagotzen da aurreratutako adenoma bat bilakatu arte eta ondoren KOM garatzen da, asaldura hauen ondorioz zelulak hazkuntzarako abantaila dauka eta metastasiak garatzeko potentziala ematen die.
- b) Mikrosateliteen ezegonkortasuna/bide mutatzailea (*microsatellite instability* (MSI)): ADNaren konponketan parte hartzen duten geneak asaldatu egiten dira, horiek mikrosateliteetan asaldurak egotea eragiten du. Asaldura hauek zelulen proliferazioan parte hartzen duten geneetan gertatzen denean tumoreak sortzea eta garatzea eragiten du.
- c) Bide zerratua edo fenotipo metilatzailearena (*CpG island methylator phenotype* (CIMP)): tumoreen gene supresoreetan CpG isloteetan hipermetilazioa gertatzen da horien inaktibazioa eragiten delarik. Prozesu honetan tumoreen supresoreak diren geneen eta konpontze-geneetan inaktibazioa gertatzen da (Rúa eta Peña, 2012).

CIN mekanismoa KOM esporadikoen %65-70ean gertatzen da eta dauka erlazioirik pronostikoarekin, MSI %15-20an eta pronostiko onarekin erlazionatzen da eta CIMP %15-20an eta pronostiko txarra du (Wielandt A., 2017).

KOMak polipo adenomatoso edo guruinetan sortzen diren mukosaren barneko epitelio lesioekin hasi ohi dira. Hazi egiten direnean geruza mukosaren muskularra eta hodi linfatiko eta baskularrak inbaditzen dituzte gongoil linfatiko erregionaletara, alboko estrukturetara eta urruneko kokapenetara heldu arte (Bresalier, 2017).

Tumorearen ezaugarri makroskopikoak kokapenaren, historia naturalaren fasearen eta diagnostikoaren momentuaren arabera dira eta klinikan, diagnostikoan eta pronostikoan eragina daukate. Kokapenari dagokionez kolon proximaleko tumoreak polipoideoak eta handiak izaten dira eta sarritan nekrosatu egiten dira haien baskularizazioa ez delako hazten tumorea hazten den gradu berean (heste-itsu eta goranzko kolonean). Aldiz, kolon distal eta ondostean hestearen zirkunferentzian hasten dira eta eraztun-erako konstrikzioa eragiten dute; tumore horiek batzuetan ultzeratu daitezke ere (Bresalier, 2017).

Histopatologia

Koloneko neoplasia sarrienak adenomak eta kartzinomak dira. Linfomak, sarkomak, melanomak eta zelula txikietako kartzinomak arraroagoak dira ordea. Jarraian polipo eta kartzinomen sailkapen histopatologikoa aurkeztuko dugu.

1. Polipoak: potentzial gaiztoa daukate baina kolonoskopia bidez erauzi daitezke. Histologikoki tubularrak, bilotsuak, tubular-bilotsuak edo zerradunak izan daitezke eta Haggit sistema inbasio mailen arabera sailkatzen dira (kartzinomak polipoan duen inbasio-graduaren arabera) pedikulatuak badira (1.2 taula eta 1.4 irudia) eta Kikuchi sistemaren arabera tumore sesilak direnean (1.3 taula eta 1.5 irudia). Polipoetan kartzinomaren inbasio mailaren arabera lesioa izan daiteke:
 - a) Kartzinoma ez-inbaditzailea: polipoaren mukosan dagoen kartzinoma (gradu altuko displasia, “kartzinoma *in situ*”, mukosabarneko kartzinoma).
 - b) Kartzinoma inbaditzaile goiztiarra: Haggit-en 1., 2. eta 3. mailak.
 - c) Kartzinoma inbaditzailea: koloneko hormaren azpimukosaren inbasioa. Haggit-en 4. maila.

1.2 taula

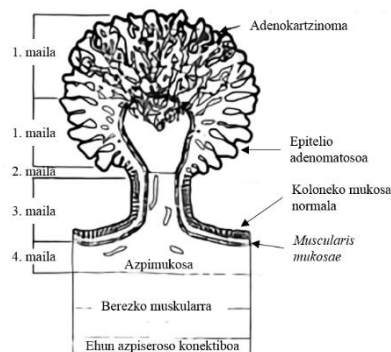
Lesio pedikulatuen sailkapena Haggit sistemaren arabera

Maila	Deskribapena
1. maila	Azpimukosaren inbasioa, baina polipoaren buruan soilik
2. maila	Inbasioa polipoaren lepora hedatu da
3. maila	Pedikuluaren edozein zatiko inbasioa
4. maila	Inbasioa pedikulutik harago doa, baina berezko muskularraren gainean

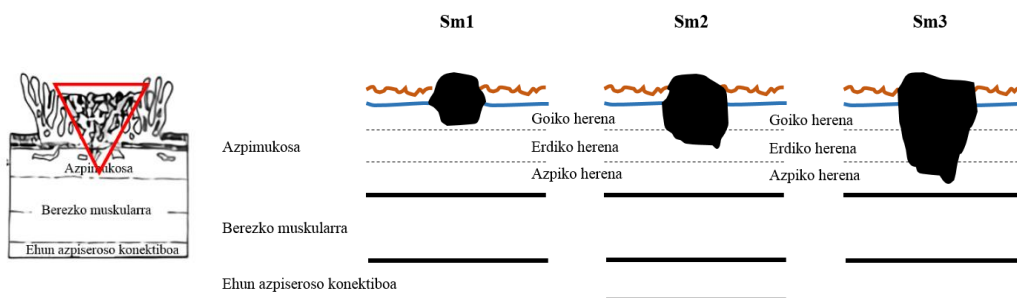
1.3 taula

Lesio sesilen sailkapena Kikuchi sistemaren arabera (azpimukosaren inbasio graduaren arabera)

Maila	Deskribapena
Sm1	Azpimukosaren goiko herena inbaditzen du
Sm2	Azpimukosaren erdiko herena inbaditzen du
Sm3	Azpimukosaren azpiko herena inbaditzen du



1.4 irudia. Polipo pedikulatuen sailkapena Haggit sistemaren arabera. Ruiz-Tovar, Jimenez-Miramón, Valle eta Limones, 2010-tik moldatua.



1.5 irudia. Ezkerretara polipo sesila, eskumatara polipo sesilen sailkapena Kikuchi sistemaren arabera. Ruiz-Tovar et al., 2010-tik moldatua.

- Kartzinomak: kolon eta ondesteko neoplasia gaiztoen %95a baino gehiago dira. Histologikoki, honela sailkatzen dira:
 - Adenokartzinoma.
 - Adenokartzinoma muzinosoa: lesioaren %50a baino gehiago muzinaz osatuta dagoenean.

- c) Zigilu-eraztuneko zelulen kartzinoma: zelula tumoralean %50a baino gehiago muzina intrazitoplasmikoa duenean.
- d) Kartzinoma adenozkatatsua: kartzinoma epidermoide eta adenokartzinomaren ezaugarriak ditu.
- e) Kartzinoma medularra: aldaera arraroa da.
- f) Kartzinoma ez-diferentziatua: aldaera arraroa da ere, diferentziazio eza da ezaugarria (Grávalos, 2009; Hamilton eta Aaltonen, 2000).

Bestetik, adenokartzinomak diferentziazio-mailaren arabera ere sailkatzen dira: maila txikiko displasia (ondo eta era moderatuan diferentziaturik daudenak) eta maila handiko displasia (diferentziazio txikia eta diferentziaziorik ez dutenak) (Grávalos, 2009; Hamilton eta Aaltonen, 2000).

1.2.4. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren adierazpen klinikoak

KOMaren adierazpen klinikoak tumore primarioaren kokapenaren arabera ezberdinak izan daitezke, hazkunde geldoa dute eta 5 urte pasa daitezke lehenengo adierazpen klinikoak agertu arte. Heste itsuan edo eta goranzko kolonean kokatzen diren tumoreak tamaina handia hartzen ohi dute lehenengo adierazpen klinikoak agertzen direnerako, hesteetako edukia kokapen horretan nahiko likidoa delako balbula ileozekala zeharkatu eta eskumako kolonera pasatzen denean. Beraz, tumoreak handiak izan arren ez da adierazpen klinikorik agertzen (buxaduraren ondoriozko adierazpenak edo hestea husteko ohituretan aldaketak) nahiz eta heste-argiaren buxada nabaria eragin. Kasu horretan, lesioak ultzeratu egiten dira eta hemorragia malmutza eta kronikoa egoten da gorozkietan aldaketarik egon gabe. Hemorragiaren ondorioz paziente hauetan nekea, arnasteko zailtasuna, palpitazioak eta batzuetan bularreko angina aurkitu daitezke, eta odol-analisiak egiten ba zaizkio burdin urritasuna ikus daiteke (anemia ferropenikoa). Horrela, paziente hauei odola gorozkietan zehazteko proba egiten bazaie, ez du zertan positiboa izan behar.

Hesteetako morfologiak eta tumorea hestea erasateko moduak ere adierazpen klinikoen agerpenean eragina dauka. Alde batetik kolonaren kalibrea, ezkerreko kolonaren kalibrea estuagoa da eskumakoarena baino, eta bestetik tumoreak hestea asaldatzen dutela era zirkularrean. Kontuan hartu behar da gorozkiak kolona zeharkatzen

duzen heinean kontzentratu egiten direla solidoago bihurtuz. Zeharkako kolonean agertzen diren tumoreak askotan gorozkien aurrerapena oztopatzen dute sintoma buxatzaileak sortuz, hala nola abdomenaren koliko-erako mina, bereziki jatorduen ondoren, aldaketak heste-ohituretan (idorreria, beherakoa, hesteko tenesmoa sigman edo ondestean kokatzen denean...), abdomeneko distentsioa, batzuetan buxadura eta heste-zulaketa, hematokezia⁵ sarriagoa da lesio distaletan proximaletan baino.

Tumorea kolon eta ondestetik kanpo hedatzen bada, adibidez gernu-maskuria, baginako horma edo inguruko nerbioetara, perineo edo alde sakroan mina eragin dezake (Bresalier, 2017; Hamilton eta Aaltonen, 2000; Mayer, 2016).

1.2.5. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren diagnostikoa eta estadiifikazioa

KOMa diagnostikatzeko hainbat proba diagnostiko erabili daitezke pazientearen historia klinikoaren arabera. Kolonoskopia osoa da tumore primarioa detektatzeko lehen aukera, inpaktu handia dauka bai diagnostikoan baita tratamenduan ere. Kolonoskopiari esker, lesioak detektatu daitezke, baita beste lesio sinkronikoak ere (aldi berean tumore printzipalarekin agertzen diren beste lesioak) heste osoaren mukosa behatuz. Bestetik, aurkitutako lesioen biopsiak egitea baimentzen du eta haien erauzketa ere. Kolonoskopia egitea posiblea ez denean, bario-enema egitea gomendatzen da ondeste-sigmoidoskopia batekin batera. KOMa diagnostikatu zaien pazienteen erdiak beste lesio sinkronikoak ditu, horregatik radiologia edo sigmoidoskopia bidez lesioren bat aurkituz gero, kolon eta ondesteko miaketa osoa egin beharko da. Izan ere, kolonoskopia egin ondoren %10ean plan kirurgikoa aldatu behar izaten da emaitzak direla eta (Bresalier, 2017). Kolonografia birtuala ere erabili daiteke, baina honetan ezin da biopsia ezta erauzketarik egin.

Noizbehinka tumoreak beste arrazoiengatik (ohiko osasun-azterketa, beste patologia baten eboluzioa kontrolatzeko, etab.) proba osagarriak egiten direnean detektatzen dira, abdomeneko ekografia edo OTA (Ordenagailu bidezko Tomografia Axiala) egiterakoan adibidez. Kolonoskopia egitea ezinezkoa denean ordenagailu

⁵ Hematokezia: beheko sistema gastrointestinalerako hemorragia, odolaren kolorea ardo erako gorria denean, gorozkiekin edo isolaturik agertu daiteke.

bidezko tomografiar gidatutako puntzioa erabili daiteke biopsia egiteko (Grávalos, 2009; Hamilton eta Aaltonen, 2000).

Behin KOMaren diagnostikoa eginda tratamendu eta jarraipen egokiena aukeratzeko berebiziko garrantzia du tumorearen estadifikazioa egitea. 1929an Cuthbert Dukesek KOMetarako estadifikazio sistema bat proposatu zuen (tumorea diagnostikoaren momentuan heste mukosan duen barneratze gradua eta gongoil linfatiko erregionaletan edo urrutiko gongoil linfatikoetan metastasiak dauden kontuan hartzen zuen), sistema honek hainbat aldiz aldatu da bere balio pronostikoa hobetzeko nahian. Horrela, *American Joint Committee on Cancer*-ek (2019) TNM sailkapena proposatu zuen Dukesean estadioak aplikatuz. T-ak tumorearen sartzeari adierazten dio, N-ak gongoil linfatikoetan minbiziaren presentzia edo ausentzia eta M-ak urruneko metastasiaren presentzia edo ausentzia ere. Ikusi 1.4 taula.

1.2.6. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren tratamendua

Lehen aukerako tratamendua kolonean lesio bat aurkitzen denean erauzketa da. Horretaz gain, kimioterapia, radioterapia edo haien arteko konbinazioak ere erabiltzen dira. Erabakia kokapenaren (kolona edo ondestea), estadio klinikoaren, biopsian aurkitutako lesioaren ezaugarri histologikoen eta bestelako gaixotasunak dauden arabera hartu behar da. Ostean, 1.5 taulan, KOMaren estadioaren araberrako ohiko tratamendua zehazten dugu (Instituto Nacional del Cáncer, 2018).

1.2.7. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren pronostikoa

KOMa duten pazienteen pronostikoa tumorea diagnostikoaren momentuan heste mukosan duen barneratze gradu eta gongoil linfatiko erregionaletan edo urrutiko gongoil linfatikoetan metastasiak dauden araberrakoa da (Mayer, 2016).

Tumorea alboko estrukturetara hedatzea hestearen horman zehar hazten delako gertatzen da, mukosatik serosa, *muscularis mucosae*, azpimukosa eta *muscularis propia* zeharkatuz. Hestearen horma zeharkatzen duenean abdomeneko edozein estruktura erasan dezake. Ondesteko tumoreak pelbiseko estrukturak, peritoneoa izan ezik, eta koloneko tumoreak zuzenean hestearen zulaketaren ondorioz barrunbe peritoneala inbaditu dezakete (Hamilton eta Aaltonen, 2000). Hedatzea hasieratik gertatu daiteke,

bide linfatiko edo hematogenotik hain zuzen ere, eta gaixotasun sistemikoa eragin. Kolon eta ondeste proximaleko kartzinoma lehenik gibelean egiten ohi dituzte metastasiak (porta bidetik) eta handik beste organoetara hedatu daitezke; ondeste distalekoak aldiz, hemorroide zainetatik hipogastrikoetara eta beheko kabara hedatzen dira eta handik zuzenean biriketara metastasiak egin ditzakete (Grávalos, 2009). KOMak metastasi gehien egiten dituen organoa gibela da. Orokorrean birika, klabikulagaineko gongoil linfatiko, hezurra eta garunean metastasiak egin baino lehen gibelean egiten ditu. Metastasiak detektatzen direnean, biziraupena 6-9 hilabeteetatik 24-30 hilabetetara doa, baina tratamenduak pronostikoa hobetzen du (Mayer, 2016).

1.4 taula

American Joint Committee on Cancer-ek proposatutako TNM tumoreen sailkapena

Estadioa	Irizpideak	TNM kodifikazioa
0	Kartzinoma <i>in-situ</i>	Tis N0 M0
I	Tumoreak azpimukosa inbaditzen du	T1 N0 M0
	Tumoreak berezko muskularra inbaditzen du	T2 N0 M0
II	Tumorea berezko muskularra zeharkatuz kolon eta ondesteko inguruko ehunak inbaditzen ditu	T3 N0 M0
	Tumorea errai peritoneoan sartzen da	T4a N0 M0
	Tumorea beste organo edo estrukturak inbaditu egiten ditu edo haietara itsasten da	T4b N0 M0
III	Heste-hormaren edozein inbasio maila metastasiekin gongoil erregionaletan	T N1/2 M0
IV	Heste-hormaren edozein inbasio maila gongoil linfatikoetan metastasiak egon zein egon ez, baina urruneko metastasiak daudenean.	T (edozein) N (edozein) M1a (organo bat)/M1b (organo bat baino gehiago edo peritoneoa)

Kontuan hartu behar da ezin dela pronostikorik egin lesioa erauzi eta analisi anatomopatologikoa egin arte (Mayer, 2016). Tumorearen penetrazio transmuralaren gradua eta hedapena gongoil linfatiko erregionaletara dira pronostikoan faktore erabakigarrienak, biak era independentean pronostikoarekin erlazionatzen direlarik (Bresalier, 2017). Bestetik, gradu histologikoarekin ere erlazionatzen da, gero eta diferentziazio maila altuagoa pronostikoa hobea izango delarik. Kartzinoma mukosoak eta ezirrosoak erasokorrak dira eta biziraupen laburragoa daukate adenokartzinomak baino. Zigilu-eraztuneko zelulen kartzinoma estadio aurreratuetan agertzen dira eta oso inbaditzaileak dira.

1.5 taula

KOMaren tratamendua

Estadioa	Tratamendua
0	Kirurgia (kolonoskopia bidez edo kolektomia partziala kolonoskopian ezinezkoa bada)
I	Kirurgia (kolonoskopia bidez erauzketaren ondoren marginak garbiak badaude)
II	Kirurgia (kolektomia partziala) Kimioterapia errezidiba arriskua dagoenean
III ^a	Kirurgia (kolektomia partziala eta gongoil linfatikoak) Kimioterapia laguntzailea
IV ^b	Metastasiak erauztea posiblea denean kirurgia Metastasiak erauztea posiblea ez denean kimioterapia kirurgia baino lehen, eta hala eta guztiz erauzketa ez denean posible kimioterapia

^a Kirurgia jasan ezin duten pazienteetan erradioterapia erabili daiteke alternatiba bezala.

^b IV estadioan tratamenduaren helburua minbizia sendatzea edo aringarria izan daiteke.

Faktore pronostikoak honako hauek dira:

- Tumorearen estadioa (TNM).
- Tumorearen hondarrak geratzea erauzketaren ondoren.
- Inbasio baskularra.
- Inbasio linfatikoa.
- Gradu histologikoa.
- Erauzketaren marginak.
- Tumore hondarrak tratamenduaren ondoren (Grávalos, 2009).

Ildo horretatik Quintana *et al.*-ek (2017) egindako ikerketan koloneko minbizia tratatzeko kirurgia egin eta geroko urtebeterako biziraupenean eragina duten faktoreak identifikatu zituzten, hauen artean TNM estadioa, inbasio linfatikoa eta kirurgiaren ondorengo tumore hondarrak. Izan ere, Arostegui *et al.*-ek (2018) faktore hauetaz baliatuz, baita ASA arriskua, ebakuntza-bitarteko konplikazioak, TNM estadioa ebakuntzaren ondoren, kimioterapia laguntzailea, komorbilitateak eta tumorea berriro

agertzea ere, urte baterako hilkortasunaren predikzioa egin ahal izateko erabakiak hartzeko erreminta garatu zuten.

1.2.8. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren prebentzioa

Gaixotasunaren prebentzioa haren agerpena prebenitzeaz gain, arrisku-faktoreen murrizpenaz, gaixotasunaren areagotzea eteteaz eta behin ezarrita haren ondorioak murrizteaz arduratzen da. Lehen mailako prebentzioa gaixotasuna edo kaltea agertzea ekiditeari zuzenduta dago. Bigarren eta hirugarren mailakoak jada existitzen den gaixotasuna etetea edo atzeratzea eta haren efektuak murriztea dute helburu. Horretarako detekzio goiztiarrez eta tratamendu egokiaz baliatzen dira, edo errezidibak murrizteaz eta kronikotasuna ezartzeaz, errehabilitazio eraginkorraren bitartez adibidez.

Europako Minbiziaren aurkako kodean (Schüz *et al.*, 2015) lehen mailako eta bigarren mailako prebentzio neurriak proposatzen dira osasun, elikadura eta jarduera fisiko ohiturei (lehen mailako prebentzioa) eta baheketa programetan parte hartzeko gomendioei erreparatuz (umetoki-lepoko minbizia, bularreko minbizia eta KOMa). Horretaz gain, antolatutako baheketa programen inplementazioa aholkatzen da minbizi horien kasuan. KOMaren kasuan zehazki European inplementatu diren programa gehienak GEO testa erabiltzen duten programetan baheketa 50-60 urte bitartean hasten dute, 2 urteko tarteetan.

Lehen mailako prebentzioa

Lehen mailako prebentzioa gaixotasuna edo kaltea gertatu baino lehenago egin daitezkeen jarduketari deritzo eta banakoari zein komunitateari zuzenduta egon daiteke. Bestalde ostalariari zuzendutako jarduketak (agentearen aurrean erresistentziak garatzeko, hala nola immunizazioak edo erretzeari uztea) edo ingurumenean garatutakoak (ingurumeneko faktoreen eragina murrizteko, hala nola poluzioaren murrizketa) izan daitezke. Osasun sistemek osasuna hobetzeko jarduketak ere garatu ditzakete, adibidez ospitaleko infekzioak ez garatzeko estrategiak, edo osasunaren sustapenerako. Sustapenak arrisku-faktoreak murriztea edo bizi-ohitura osasuntsuak izatea du helburu. Horretarako indibiduoak eta komunitatea autozainketetaz jabetzean,

informazio maila gehituz, eta indibiduoak eta komunitatea autozainketetarako ahalduntzean jarduten da.

Bigarren mailako prebentzioa

Oraindik adierazpen klinikorik eman ez duenean gaixotasuna diagnostikatzean datza bigarren mailako prebentzioa, itxuraz osasuntsu dauden gaixoak identifikatzean, eta helburua gaixotasunaren morbiditatea eta hilkortasuna murriztea izango da. Honetarako aldizkako azterketak edo baheketak egin daitezke. Baheketaren hainbat definizio ezberdin daude, OMEk (2018b) honela definitzen du baheketa:

“Populazio osasuntsu eta asintomatikoan ezaguna ez den gaixotasunaren ustezko identifikazioan datza era erraz eta arin egin daitezkeen test, azterketa edo bestelako prozedurak erabiliz. Baheketa programa batek prozesuaren osagai nagusiak izan behar ditu, populazio-xedearen gonbidapenetik gaixotasuna diagnostikatu dioten indibiduoari tratamendu eraginkorrenen eskaintzara.”

Moss *et al.*-ek (2012) definizio sinpleago bat proposatu zuten: “pertsona asintomatikoen azterketa seguruenik gaixo egongo direnak seguruenik gaixo egongo ez direnatek bereizteko”. Beraz, baheketan “seguruenik gaixo” moduan identifikatutakoak diagnostikoa konfirmatzeko beste proba/azterketa bat burutu beharko dute, eta horrekin gaixotasunaren behin betiko diagnostikoa egingo da.

Halaber, kontuan hartu beharrekoa da baheketaren kasuan proba osasuntsu dauden pertsonari eskaintzen zaiela eta parte-hartzearen onura eta arriskuen arteko oreka egon behar dela. *UK National Screening Committee*-k (2018) beste irizpide batzuen artean ezartzen du diagnostikatutako pazienteentzako interbentzio eraginkor bat eskuragarri egon behar dela eta interbentzio hori fase asintomatikoan aplikatuz emaitza hobea izango dela ohiko tratamendu edo zainketak baino.

Baheketa egiteko modu bi daude: kasuak bilatzea (baheketa oportunistak) edo populazio-baheketak. Kasuak bilatzen direnean familia-medikuak detektatzen ditu hainbat arrazoiengatik pazienteak bisita egiten diotenean, ez da sistematikoa eta ez dago

osasun onuren zehaztapena. Beste alde batetik, oso zaila da haien efektuak neurtzea aurretik zehaztutako monitorizazio sistema bat ez dagoelako, ondorioz osasunean dituen efektuak eta kalitate-bermea eztabaidagarriak dira. Populazio-baheketetan aldiz, baheketa populazio-xede osoari eskaintzen zaio era sistematikoan eta osasun-politiken barruan, protokolizaturik egon behar da eta emaitzak eta kalitatea etengabe ebaluatu behar dira. Beraz, baheketaren jarduketa guztiak planifikatuta, ordenatuta, koordinatuta, monitorizatuta eta ebaluatuta egon behar dira estruktura eta antolakuntza konplexu baten barruan (Piedrola Gil, Sierra López eta Rodríguez Artalejo , 2008; Grupo de trabajo de la ponencia de cribado de la Comisión de Salud Pública, 2011).

Baheketa programa bat ezartzeko printzipioak

Baheketa programen helburua gaixotasunaren prebentzioa eta hilkortasunaren murrizpena izanik, gutxieneko baldintza batzuk bete behar ditu. Wilsonnek eta Jungnerek (1968) baheketaren ezarpena ebaluatzeko printzipioak definitu zituzten:

- a) Kondizioa osasun-arazo garrantzitsua izan behar da.
- b) Gaixotasuna diagnostikatu dieten pazienteentzako tratamendu onartua egon behar da.
- c) Diagnostiko eta tratamendurako erraztasunak eskuragarri egon behar dira.
- d) Antzeman daitekeen egoera latente edo tarte asintomatikoa egon behar da.
- e) Test edo azterketa egokia existitu behar da.
- f) Populazioak onartuko lukeen testa izan behar da.
- g) Kondizioaren historia naturala ezaguna izan behar da, gaixotasun latentetik deklaratu bilakatzea barne, eta era egokian ulertua izan behar da.
- h) Populazio-xedea definitzeko irizpidea zehaztuta eta adostua egon behar da.
- i) Kasu baten bilaketaren kostua (diagnostikoa barne) eta arreta mediko osoa ekonomikoki orekatuta egon behar dira.
- j) Kasuen bilaketa prozesu jarraitua izan behar da.

Printzipio horiek kontuan hartuz, geroago egon diren hainbat analisi eta moldaketetan oinarrituz eta Espainiako Autonomi Erkidegoen ekarpenak kontuan hartuz Osasun Publikoko komisioaren baheketaren batzorde txostengileak honako irizpide

hauek proposatu zituen estatuan populazio-baheketa programak ezartzeko (Grupo de trabajo de la ponencia de cribado de la Comisión de Salud Pública, 2011):

a) Osasun arazoei dagozkionak:

1. Osasun arazo garrantzitsua.
2. Ondo definitutako gaixotasuna eta ezaguna den historia naturala.
3. Latentzia-aldian detektagarria.
4. Ezarritako lehen mailako jarduketa kostu-eraginkorrak.

b) Baheketa probari dagozkionak:

1. Siplea eta segurua.
2. Baliozkoa, fidagarria eta efizientea.
3. Onargarria.
4. Sartuko diren mutazioak aukeratzeko irizpideak (baheketaren helburua gene-mutazioak detektatzea denean).

c) Diagnostikoaren konfirmazioa eta tratamenduari dagozkionak:

1. Diagnostiko prozesu eta tratamenduari buruzko ebidentzia zientifikoa.
2. Aldi asintomatikoan efektiboagoa den tratamenduaren ebidentzia zientifikoa.
3. Optimizatutako ohiko osasun-arreta.

d) Programari dagozkionak:

1. Efikaziaren ebidentzia egotea.
2. Arrisku potentzialak gainditzen dituen onura.
3. Ondo definitutako populazio-xedea.
4. Kostu orekatua.
5. Programa osoa onargarria izatea.
6. Ebaluazioa eta kalitatea.
7. Osasun Sistema Nazionalaren barruan egin daitekeen programa.

Irizpide horiek guztiak kontuan izanik, KOMa bereziki egokia dela baheketa-programa ezartzeko eta baheketa egiteko hainbat proba ezberdin daudela eskuragarri esan daiteke. Proba hauek Gorozkietan Ezkutatutako Odola detektatzeko test Immunokimikoa (GEOi), Gorozkietan Ezkutatutako Odola detektatzeko Guaiako testa (GEOg), sigmoidoskopia, kolonoskopia eta Ct-kolonografia birtuala dira eta testuinguruaren arabera bata edo bestea erabiliko da.

KOMak eta polipo adenomatosoak odoletan egiten ohi dute, gradu ezberdinetan eta batzutan aldizka, eta hau da odola detektatzea baheketarako sistema egokia izatea egiten duen ezaugarria, nahiz eta odoljariora minbizia ez den arrazoiengatik gertatu daitekeen. Bai GEOi eta bai GEOg Europako kontseiluak ezarritako baheketarako proba egokia izateko ezaugarriak betetzen dituzte. GEOg probak gizakian eta animalietan berdina den hemoglobinarekin *hemo* osagaia detektatzen du, ondorioz ez du desberdintzen giza eta animalia jatorriko odola. Proba honen sentikortasuna handitzeko lagina hidratatzen da eta lagin kopurua eta dieta probari egokitu behar zaizkio. Test honen hobekuntza nabaria da GEOi, honetan giza globinarekin (hemoglobinarekin osagai proteikoa) espezifikoak den antigorputza detektatzen da. Ondorioz, GEOi erabiltzen denean dietak ez du emaitza eraginik. Honetaz gain, GEOg baino kontzentrazio txikiagoak detektatzen ditu, sentikortasuna handituz minbizia ez diren beste patologia batzuetan (hesteetako hanturazko gaixotasunak adibidez) agertzen diren odoljarioak baztertzen direlako. Are gehiago, testa positiboa kontsideratzeko mugak doitu daitezke.

Bai sigmoidoskopian eta bai kolonoskopian hestearen ikuskatze zuzena egiten da. Probaren aurreko prestakuntzari dagokionez sigmoidoskopiarako enema bat aplikatu behar da proba eta 2 ordu lehenago, kolonoskopiarako aldiz, prestakuntza askoz ere konplexuagoa da (dieta eta tratamendu farmakologikoa dira beharrezkoak). Sedazioari dagokionez, sigmoidoskopia pazienteak ondo jasaten duen proba da eta ez da egoten sedazioaren beharrik. Kolonoskopiarako aldiz, sedazioa beharrezkoa da. Proba biak arriskuak dituzte, hala nola, zulaketa prozedura egiten den bitartean, odoljarioak lesioak erazten direlako, etab. Proba hauen abantaila nagusia lesioak ikuskatzen ba dira bertan erazten daitezkeela da, batzuetan hori lesioaren tratamendu bakarra izaten delarik. Izan ere, sigmoidoskopiaren kasuan kolonaren zati bat baino ez denez miazten (sigma kolona, kolonaren azkenengo zatia ondetera heldu baino lehen) positiboa den kasuetan kolonoskopia osoa egin behar da hestearen beste lekuetan egon daitezkeen lesioak detektatzeko.

CT-kolonografiari esker bi edo hiru dimentsioetarako irudi digitalak eraiki daitezke kolon eta ondesteko lesioak detektatzeko. Oraindik ikerketa gehiago behar dira baheketarako proba honen egokitasuna ezarri ahal izateko. 1.6 taulan aurkezten ditugu

baheketarako erabiltzen diren proben ezaugarri nagusiak (Halloran, Launoy, eta Zappa, 2012) .

1.6 taula

KOMaren baheketarako erabiltzen diren proben ezaugarri nagusiak. Pizzo et al., 2011-tik moldatua eta Martín López, E., Carlos Gil, A., eta Luque Romero, L. (2011)-eko datu gehigarriekin

Probak	Ezaugarriak		
	Erasokortasuna eta konplikazioak agertzeko arriskua	Sentikortasuna	Bestelako probak behar izatea diagnostikoa konfirmatzeko
Gorozkietan ezkutatutako odola	Ez erasokorra Ez dago konplikazio arriskurik	% 80	Kasu positiboetan beharrezkoa da kolonoskopia egitea
Sigmoidoskopia	Erasokorra Konplikazioak arraroak dira	%70-80	Polipoak prozeduran zehar erauzi eta biopsiak egin daitezke Kolonoskopia egitea beharrezkoa da kolon osoa ikuskatzeko
Kolonoskopia	Erasokorra Sedazioa beharrezkoa da Konplikazioak posibleak dira (odoljariora eta hestearen zulaketa)	%95-100	Ez dira beharrezkoak
Ct-kolonografia (birtuala)	Ez-erasokorra Konplikazioak arraroak dira (hestearen zulaketa)	%78-92	Kasu positiboetan beharrezkoa da kolonoskopia egitea

EAEko programan GEOi baheketa proba erabiltzen da eta kolonoskopia positiboak diren kasuetan diagnostikoa konfirmatzeko eta posiblea denean lesioak erazteko (tratamendurako).

Kolon eta ondesteko minbiziaren ezaugarriak baheketa programa bat egiteko irizpideak betetzen ditu nahiz eta momentu honetan eta irizpideak ezartzen duten moduan, emaitzak etengabe ebaluatzen ari diren eta hainbat ikerketa martxan ari diren proba ezberdinen eraginkortasuna kontrastatzeko (Portillo *et al.*, 2017).

Kontuan hartu beharrekoa da populazio-baheketa programak KOMa garatzeko arrisku ertaineko populazioari zuzenduta daudela. Arrisku altuko populazioari bestelako jarduketa batzuk eskaini behar zaizkio, predisposizio genetikoa edo Lynch-en sindromea duten pertsonen edo familia sindromeak dituztenei adibidez, hala nola, jarraipena kontsulta espezializatuetan.

Hirugarren mailako prebentzioa

Behin diagnostikatuta, gaixotasuna tratatu behar da sendatzeko helburuarekin, biziraupena luzatzeko eta bizi-kalitatea hobetzeko helburuarekin edota baita errejidibak saihesteko.

KOMa tratatu eta sendatu ondoren berebiziko garrantzia dauka errejidiben edo kartzinoma metakronikoen⁶ garapena eta diagnostiko goiztiarra egitea. Ebakuntzaren ondoren pazienteari jarraipen berezia egiten zaio, baina horretaz gain bestelako interbentzio profilaktikoak egitea ere garrantzitsua da. Ez dago gai honen inguruan ebidentzia askorik, gaur egun eginda dauden ikerketak eta martxan daudenak paziente hauentzako interbentzio terapeutiko posibleen aurrean jarri gaitzakete.

Alde batetik, farmako ezberdinen efektuak aztertu dira. Estatinak KOMa duten pazienteetan minbiziaren aurka duten propietateak ikertu izan dira, eta haien erabilerak KOMaren arriskua murrizten duela ikusi da, baina KOM aurreratua duten pazienteetan soilik. Beraz, ezin izan da KOMaren prebentziorako efikaza dela probatu. Bestalde, badirudi aspirina eta antiinflamatorio ez-esteroideoak KOMa tratatu ondoren bertako

⁶ Kartzinoma metakronikoa: Histologikoki konfirmatu den tumore lesio gaiztoa, anastomosian kokatzen ez dena eta ebakuntza eta 12 hilabete baino lehenago agertzen dena (Borda *et al.*, 2009).

minbiziaren prebentzioan eragina izan dezakeela baina entsegu kliniko handiagoak behar dira haien eraginkortasuna frogatzeko. Ikusi dena zera da, aspirina egunero hartzea adenomen agerpenaren prebentzioan eragina izan dezakeela (KOMa izan duten pazienteetan), batez ere kolon proximaleko minbizietan; biziraupenaren luzapenarekin ere asoziatu egin da. Hala ere, arrisku-onurak ebaluatzerakoan kontuan hartu behar da aspirinak duen odoljarrio arriskua.

Beste alde batetik, jarduera fisikoa eta dieta osasungarria eragina daukate biziraupenaren hobekuntzan, gorputz masa indize baxua mantentzea ere berebiziko garrantzia du gene-predisposizioa duten pazienteetan (Lynch sindromea). Azkenik, II motako *Diabetes Mellitus*-a izateak biziraupena eta errejidiba gabeko biziraupena murrizten ditu koloneko minbiziaren kasuan eta III estadioko KOMa duten pazienteetan dietan karbohidratoen murrizpena onuragarria izan daitekeela ikusi da. Interbentzio hauetaz gain, tumorearen erauzketa eta urtebetera egiten den kolonoskopia ere gidetan gomendatzen dira lesio metakronikoak identifikatzeko (Ranadive eta Sussman, 2014).

1.2.9. Kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa programak

KOMaren baheketa programak ezarpen maila eta estruktura ezberdina izan ohi dituzte herrialde ezberdinetan. Europako kontseiluak 2017an publikatutako komisioak gomendatutako minbizi baheketaren inplementazio txostenaren arabera Europako 23 herrialdeetan programa inplementatu da edo diseinu fasean dago. Guztira 110 milioi pertsona baino gehiago bahetu izan dira populazioan oinarritutako programa hauen bidez eta gehienak GEO testarekin (Ponti, Anttila, Ronco, eta Senore, 2017). Arrisku ertaineko populazioarentzako baheketa probak hauek dira: urtero edo bi urtero GEO test immunokimikoa, sigmoidoskopia 5 urterik behin eta kolonoskopia 10 urterik behin. Navarro, Nicolas, Ferrandez eta Lanás-ek (2017) egindako berrikuspenean European martxan zeuden KOMaren baheketa programak aztertu zituen, 1.7 taulan agertzen dira herri bakoitzeko programaren ezaugarri eta emaitza nagusiak.

Espainiako Minbiziaren baheketa Programen Sarearen arabera (Salas, 2018), Espainian Autonomia Erkidego guztietan daude ezarrita KOMaren baheketa programak, eta 2017ko abenduaren 31rako estalduraren aurreikuspenari dagokionez Gaztela eta Leon, Valentzia, Errioxa, Nafarroan eta EAEn osoa izatea espero zen (Kantabria eta

Extremadurako datuak falta ziren). Guztietan populazio-xedea 50-69 urteko pertsonak dira (Errioxan eta Katalunian izan ezik, 69-74 eta 60-69 hurrenez hurren), testa 2 urteko tarteetan errepikatzen da eta test immunokimikoa erabiltzen da (ebaki-puntu berarekin, 20 µg Hb/g gorozki). Espainia osoa kontutan hartuta, eta Extremadura eta Kantabriako datuak falta direla, 2016 urteko estalduraren batezbestekoa %38,7 da eta parte-hartze tasa %45,5.

EAEn parte-hartzea 2017 urtean %72,3ra heldu zen (Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, 2019) (autonomia erkidegoen artean lehenengoa) eta 2014 urtean lortu zen estaldura osoa (Idigoras *et al.*, 2017). Positiboen tasari dagokionez, batezbestekoa %6,1 da eta %5,2 EAEn. Baheketa testa egin ondoren positibo diren kasuei kolonoskopia eskaintzen zaie eta proba egitea onartzen dutenen batezbestekoa %92,5. Kolonoskopia egin eta adenomak aurkitzen dira Espainian %32an eta EAEn %27an. Kolonoskopien %2,7an Espainian eta %2an EAEn KOMa detektatzen da (Salas, 2018).

1.7 taula

Europako KOMaren baheketa programen ezaugarri eta emaitza nagusiak. Navarro *et al.*(2017)-etik moldatua

Herria	Adina	Testa	Parte-hartzea
Herbehereak	55-75	GEOi	%68,2
Italia	50-69	GEOi	%54,4
Irlanda	50-74	GEOi	%51
Lituania	50-74	GEOi	%46
Kroazia	50-74	GEOg	%19,9
Txekiar errepublika	>50	GEOi/GEOg	%22,7
Eslovenia	50-69	GEOi	%60,4
Ingalaterra	60-69-	GEOg	%52
Frantzia	50-74	GEOg	%34,3
Espainia ^a	50-69	GEOi	%49,9
EAE	50-69	GEOi	%68,4

Laburdurak: Gorozkietan ezkutaturako odola detektatzeko test immunokimikoa (GEOi) eta gorozkietan ezkutaturako odola detektatzeko guaiako testa (GEOg).

^a Espainia osoan honako Autonomia Erkidegoetan izan ezik: Aragoi (60-69), Extremadura (60-64), eta Errioxa (50-74).

2. KOMaren baheketa programa Euskal Autonomia Erkidegoan

Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Sailak 2002-2010 Osasun Planean (2002), minbizia lehentasun esparrua ziren gaixotasun ez-transmitigarrien artean kokatu zuen, 2010 urterako tumore gaiztoengatiko hilkortasuna jaisteko helburuarekin. Helburu hori lortzeko jokabide edo ekintzen artean detekzio goiztiarrari (bigarren mailako prebentzioari) zegokionez, ordurako martxan zeuden jokabideak mantentzea eta efektibitatea egiaztatzen zuten interbentzioen balorazioa ezarri zen interbentzio estrategia moduan. Zehazki KOMaren kasuan, detekzio goiztiarra egiteko programen ezarpena baloratzen zen.

2003an Europako Kontseiluak populazio-baheketa programak ezartzeko eskakizunak ezarri zituen. Hain zuzen, umetoki-lepoko minbizirako umetoki-lepoko eta bagina zitologiak, bularreko minbizirako mamografiak eta KOMrako GEOi testak eskakizun horiek betetzen zituztela ezarri zuen. Zehazki KOMaren kasuan, baheketa 50-74 urte bitarteko emakumezko eta gizonezkoei zuzendutako baheketa gomendatzen zuen (Council of the European Union, 2013).

2006an Minbiziaren Aurkako Estrategia Nazionalean Espainian KOMaren populazio-baheketa programaren ikerketa pilotuak egitea gomendatu zen haren emaitzak sakonki analizatuz. 2009ko aktualizazioan KOMaren detekzio goiztiarraren onuren aldeko ebidentzia zientifikoa dela eta programak ezartzea gomendatu zen 50-69 urte bitarteko emakumezko eta gizonezkoei zuzenduta 2 urtero GEO proba erabiliz (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

2008ko maiatzean Eusko Legebiltzarrak KOM goiz detektatzeko programa baten ezarpena erabaki zuen eta haren diseinua eta antolakuntza erabaki eta gero 2009an pilotu-programa moduan 8 osasun-zentroetan inplementatu zen. Handik aurrera, emaitzak ikusita programa zabaltzen joan zen 2014 urtean gutxi gorabehera populazioaren %100eko estaldura lortuz (Portillo *et al.*, 2017).

2013-2020 osasun planean lehentasun-arloen artean gaixo dauden pertsonak jarri ziren eta honen barruan minbizia kokatu zen. Helburu moduan KOMaren baheketa programaren estaldura burutzea ezarri zen, parte-hartzea eta detekzio-tasa hobetuz

2020rako intzidentzia eta hilkortasunean hobekuntza ikusteko eta parte-hartzea %10ean hobetzeko helburuarekin (Eusko Jaurlaritza Osasun Saila, 2014). Bukatzeko, 2017-2020rako Osasun Sailak ezarritako ildo estrategikoen artean (Eusko Jaurlaritza Osasun Saila, 2017) bularreko minbiziaren eta KOMaren baheketa-programak egiten jarraitzea erabaki da.

2.1. Programaren ezaugarriak

Honako hauek dira EAEko programaren ezaugarriak, 2008an ezarritako irizpideen arabera:

- a) Xede populazioa: 50 eta 69 urte bitarteko gizon eta emakumezkoak.
- b) Maiztasuna: bi urtean behin.
- c) Baheketa-proba: GEOi kuantitatiboa.
- d) Eten-puntua: 20µg Hb/g gorozki eta lagin bakarra.
- e) Konfirmazio proba: Kolonoskopia sedazioarekin kasu positibo guztietan.
- f) Lehen Mailako Arretaren inplikazioa.
- g) Informazio-sistema interoperatiboa, historia klinikoarekin eta datu-base klinikoekin (prozeduren erregistroa, ospitaleko altak, ospitaleko tumoreen eta populazioaren eta hilkortasunaren erregistroak).
- h) Koordinazio zentro baten eraketa.
- i) Prozesuen eta emaitzen kalitate-sistema bat, zeinak aukera emango baitu aurretiaz Praktika Klinikoen Gidei jarraituz ezarri diren adierazleak modu sistematikoa eta jarraituan monitorizatu eta ebaluatzeko eta hobekuntza-neurriak martxan jartzeko.

2.2. Erabiltzen diren proba diagnostikoak

KOMaren baheketa programan proba diagnostiko bi erabiltzen dira, GOE test immunokimiko kuantitatiboa baheketarako eta sedazioarekin egindako kolonoskopia osoa baheketan positibo izan diren pazienteei behin betiko diagnostikoa egiteko. Jarraian proba biei buruzko zehaztasunak emango ditugu.

2.2.1. Gorozkietan Ezkutatutako Odola test immunokimiko kuantitatiboa (GEOi)

Programan erabiltzen den baheketarako testa da eta gorozkietan giza-jatorrizko odola detektatzen eta kuantifikatzen du. Baheketa-programa bat ezartzeko irizpideetariko bat erabiliko den proba edo testaren ezaugarriak dira, horien artean sentikortasuna eta espezifikotasuna. Sentikortasuna populazioan minbizi konkretu bat detektatzeko gaitasunari deritzo eta espezifikotasuna gaixorik ez dagoen populazioan proba negatiboa izateko gaitasunari. Espezifikotasuna altua bada, positibo-faltsu gutxi egongo dira eta sentikortasuna altua bada negatibo-faltsu gutxi. Negatibo-faltsuen efektua gaixotasunaren “infradiagnostikoa” da. Positibo-faltsuek ordea gaixorik ez dagoen populazioan antsietatea eragingo du eta kalteak beharrezkoak ez diren proba diagnostikoak egingo zaizkiolako (Champion eta Rawl, 2005). EAEko KOMaren baheketa programan GEO test immunokimiko kuantitatiboa erabiltzen da, sentikortasun eta espezifikotasun altuak dituen (Allison *et al.*, 2007; Zubero *et al.*, 2014). Zehazki, Allison *et al.*-ek (2007) GEOi-aren minbizia detektatzeko %81,8ko sentikortasuna eta %96,9ko espezifikotasuna ezarri zuten.

2.2.2. Kolonoskopia optikoa sedazioarekin

Behin baheketa positiboa denean behin betiko diagnostikoa egiteko erabiltzen den proba diagnostikoa da kolonoskopia optikoa. Honetaz gain, nabarmendu behar da lesioak tratatzeko ere balio duela. Halaber, kolon eta ondestean dauden lesio onbera zein gaiztoak ikuskatu eta geroago anatomia patologiko zerbitzuan analizatuko den lagin bat hartzeaz gain lesioa bera eta beharrezkoa izatekotan inguruko ehuna erauzi daiteke prozedura bitartean. Horrela, aldi berean gaixotasuna tratatu daiteke.

Kasu batzuetan kolonoskopia diagnostikoa egiten den bitartean KOMa edo haren lesio aurreneoplasikoak ere tratatu daitezke. Laginaren edo lesioaren ondorengo analisi anatomopatologikoaren ondoren askotan hauxe (kolonoskopia bidezko erauzketa) izango da tratamendu bakarra. Beste kasu batzuetan ordea, kirurgia edota kimioterapia eta erradioterapia erabili beharko dira gaixotasuna tratatzeko. Lesio aurreneoplasikoen erauzketak eragina izango du KOMaren intzidentzian eta hilkortasunean.

Kolonoskopia sedazioarekin egiteak pazientearen jasangarritasuna hobetzen du proba bitartean eta arreta espezializatuko zentroetan egiten da. Prozedura segurtasunez egin ahal izateko eta ahalik eta eraginkorren izateko baldintza batzuk bete behar dira: sedaziorako kontraindikaziorik ez egotea, odoljarioen arriskua kontrolatzea eta hestearen prestakuntza egokia izatea.

Kolonoskopia kalitatezkoa izan dadin iraupen egokia izan behar du, hestearen ikuskatze egoki eta osoa egin behar da eta baita beharrezkoa denean lesioen detekzioa eta erauzketa ere. Horretarako ezinbestekoa da hestearen prestakuntza egokia egitea kolona eta ondestea garbi ez ba daude mukosa osoa ikuskatzea ezinezkoa izango baita. Horrela egiten ez bada lesioak izkutatuz geratu daitezke edota proba errepikatu beharko da, probak eta sedazioak duten arrisku eta eragiten duten ezerosotasunarekin. Kolonoskopia egiteko pazienteak dieta berezia jarraitu behar du kolonoskopia egin baino 5 egun lehenago, eta agindutako farmakoak (libragarriak) modu egokian hartu beharko ditu.

Hala ere, kolonoskopia ez da albo ondorioz/arriskurik ez duen proba diagnostikoa. Hainbat konplikazio posible deskribatu izan dira, hala nola, heriotza, arnas-bihotz gelditzea, abdomeneko mina, hesteetako zulaketa, odoljarioa (batzuetan transfusioa behar izaten da), sindrome bagala, peritonitisa, etab (Ibáñez *et al.*, 2018; Segnan, Patnick, eta Karsa, 2010).

EAEko baheketa programaren ebaluazioaren emaitzak kontuan izanik, konplikazioak agertzeko hainbat arrisku faktore identifikatu ziren: gizonezkoa izatea, gabezia-indize⁷ ertaina, ASA II-III⁸, bihotz-gaixotasuna, aurreko aurreneko abdomeneko ebakuntza, dibertikulu gaixotasuna, farmako antiplaketarioak, koloneko garbiketa ezegokia, I estadioko adenokartzinoma izatea, polipoak izatea eskumako kolonean, polipoaren tamaina ≥ 10 mm-koa izatea, polipektomia, koloneko polipektomia konplexua eta endoskopia unitateetako I estadioko adenokartzinoma detekzio tasa. Hauetatik,

⁷ Gabezia-indizea (GI): gune geografiko baten barruan gabezia soziala edota materiala deskribatzeko indizea.

⁸ ASA: American Society of Anesthesiologists elkarteak egindako eta pazientearen egoera fisiologikoaren arabera kirurgia arriskua baloratzeko sailkapena. ASA II-III mailetan sailkatzen dira gaixotasun sistemiko arin-moderatua (II) eta bizitza arriskuan jartzen ez den gaixotasun sistemiko larria duten pazienteak (III).

erregresio logistikoa egin eta gero, gizonetzkoa izatea, ASA II-III, aurreneko abdomeneko ebakuntza, dibertikulu gaixotasuna, koloneko garbiketa ezegokia, I estadioko adenokartzinoma izatea, adenoma aurreratua izatea, polipoak izatea eskumako kolonean, polipektomia, koloneko polipektomia konplexua kolonoskopian konplikazioak izatearen faktore aurreikusleak direla ondorioztatu zen (Arana-Arri *et al.*, 2018).

EAEko programan GEOi positiboaren ondoren egindako kolonoskopien ondorengo konplikazioak jasotzen dira. 2009-2014 aldian egindako 39.254 kolonoskopietatik %1,1ean agertu ziren konplikazioak (hemorragia, zulaketa, sedazioa, “sedation analgesia”, polipektomiaren ondorengo sindromea⁹, diberticulitisa, peritonitisaren antzeko sindromea, abdomeneko mina, deserosotasuna, agitazioa, goragale eta okadak, saturazioaren beherakada edo bihotzaren erritmoaren asaldurak) (Arana-Arri *et al.*, 2018).

2.3. KOMaren baheketa programaren protokoloa

Behin xede-populazioa zehaztuta populazio horren biztanle guztien estaldura lortzeko helburuarekin programak honako urrats hauek ditu:

1. Xede-populazioa gonbidatzea. Baztertze irizpiderik betetzen ez duten eta datu-baseetan dauden pertsonak identifikatu ondoren parte hartzera gonbidatzen zaie. Hasteko, parte hartzera gonbidatzen zaie gutun batekin, programari buruzko informazioarekin, jarraibideekin eta gorozki-lagina biltzeko materiala eta jarraibideekin. Honetaz gain, lagina osasun-zentrorra nola eraman adierazten zaie. Osakidetza bermatzaile ez duten pertsonen lagina osasun-zentroan utzi beharrean posta bidez igor dezaten aurrez zigilatutako gutuna ere bidaliko zaie. Horrela, osasun estaldurarik ez duten pertsonak ere programan parte hartu ahal izango dute.
2. Lagina ematea. Gonbidatutako pertsonak haien erreferentziazko osasun-zentroan utzi beharko dute lagina, gonbidapen gutunean zehaztu moduan. Horretarako zentroan edukiontzi bereziak jartzen dira zabalik dagoen ordutegian eta zita hartu gabe parte-hartzaileak lagina utzi dezan. Osakidetzako estaldura ez duten pertsonak lagina postaz bidaliko dute. Hogeita hamabost egunetan laginik ez bada

⁹ Polipektomiaren ondorengo sindromea: kolonoskopia bidezko polipektomiaren ondoren azaltzen den abdomenteko mina.

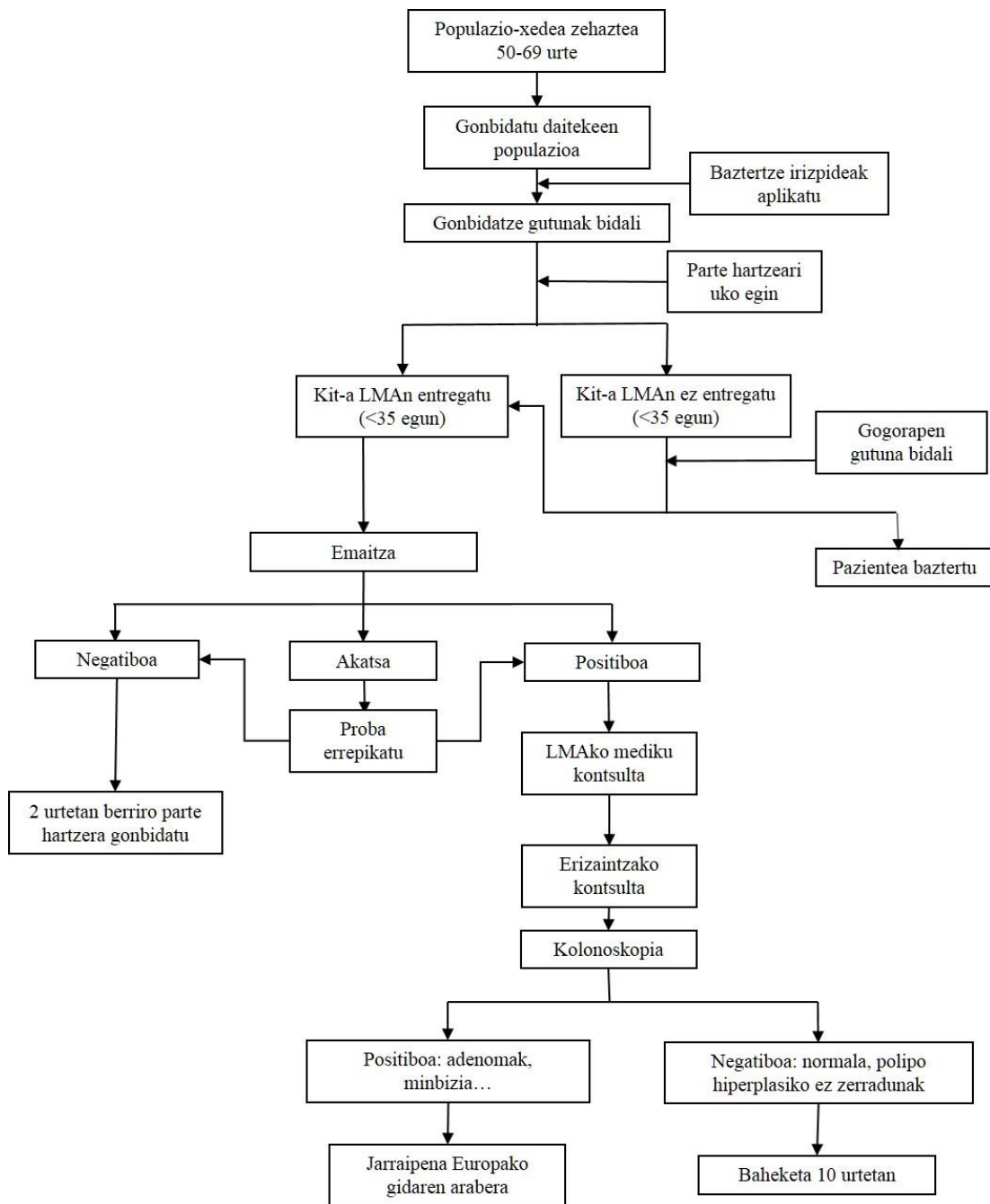
jasotzen beste gutun bat bidaliko zaie gogorarazteko. Lagin guztiak osasun zentroan erregistratu ondoren erreferentziazko laborategietara bidaliko dira prozesatuak izateko.

3. Emaizak kudeatzea. Emaizak gutun bidez jakinaraziko zaizkie parte hartu dutenei. Horretaz gain, haien Lehen Mailako Arretako (LMA) medikuak emaitza historia kliniko elektronikoa ikusi ahal izango du. Emaizta negatiboa den kasuetan bi urtetan berriro parte hartzera gonbidatuko zaie emaitza jasotzen duten gutunean (70 urte bete arte). Kasu batzuetan proba errepikatzeko beharra agertzen da (lagina galdu delako, gaizki erabili delako edota laborategiko kudeaketan arazoren bat egon delako), kasu hauetan beste gutun bat bidaltzen da, proba egiteko beste kit batekin proba errepikatu dezan. Emaizta positiboa denean LMAko medikuarengana jotzeko gomendatuko zaie pazienteei, bertan zehaztapen guztiak jasoko ditu eta kolonoskopia bat egiteko aginduko diola jakinarazten zaio. Emaizta positiboa izan duten pazienteak 30 egunen buruan LMAko medikuarengana ez badoaz zentro koordinatzaileak medikuari positibo izan diren pertsonen zerrenda bidaliko dio, pazientearekin harremanetan jar dadin. Medikuarengana ez joateko arrazoiak pazienteak hala erabakitzea, eskutitza ez jasotzea, kolonoskopiari uko egitea, kolonoskopia sare pribatuan egitea, gaixorik egotea, etab. izan daitezke. Medikuak arrazoa identifikatu eta zentro koordinatzaileari jakinaraziko dio.
4. Diagnostikoa konfirmatzea. Baheketa proban positiboak izan diren kasuetan ($\geq 20\mu\text{g}$ gorozki eta/edo $>100\text{ng}/100\text{ ml}$) diagnostikoa konfirmatu egin behar da eta horretarako kolonoskopia sedazioarekin egitea eskaintzen zaio pazienteari. Medikuak probari buruzko informazioa eman eta probaren onurak eta arriskuak azalduko dizkio, pazientearen historia klinikoa beteko du eta beharrezko ebakuntza-aurreko probak agindu eta baloratuko ditu kontraindikazioak dauden aztertzeke eta prestakuntza egokia egiteko (tratamendu farmakologikoaren kudeaketan adibidez). Horretaz gain, informatutako baimena azaldu eta betetzeko eskatuko dio pazienteari eta erizaintza kontsultara joateko aginduko dio. Erizainak kontsultan kolonoskopia egiteko prestakuntzari buruzko informazio guztia eman eta azalduko dio eta pazienteak dituen zalantzak argituko ditu, baita kolonoskopia eta ondorengo zainketei buruzko informazioa eman ere.

Pazientearen Arreta Eremuko (PAE) profesionalak zita guztiak kudeatuko dituzte. Kolonoskopiak arreta espezializatuan egiten dira, bertan patologia digestiboko unitatea kolonoskopiak egin eta emaitzak kudeatzeaz arduratzen da eta anatomia patologikoko zerbitzua kolonoskopian hartzen diren laginak analizatzeaz. Kolonoskopiaren behin betiko emaitza dagoenean jarraipena familia-medikuak egingo du anatomia patologikoko zerbitzuak emaitza ebaluatu eta jarraipena zehaztu ondoren. Bestelako tratamenduak egin behar direnean (ebakuntza, kimioterapia, etab.) edo jarraipen berezia egitea beharrezkoa denean prozesua arreta espezializatuan kudeatu eta egiten da. 1.6 irudian KOMaren baheketa programaren protokoloa zehazten dugu.

Kontuan hartu behar da programaren inplementazioa osasun zentroan hasten denetik bertan lan egiten duten profesional guztiak parte hartzen dutela. Alde batetik, pazienteek kontsultan bertan zalantzak argitzeko aukera dute eta bestetik gonbidapena jasotzen duten momentutik ere agertzen den edozein kezka argitzeko prest egoten dira LMAko profesionalak nahiz eta pazienteak horretarako zehazki kontsultara ez joan. Zortzigarren taulan (1.8) LMAko profesionalek baheketa programaren inplementazioan dituzten zereginak laburbiltzen ditugu.

Kolonoskopia egin eta gero emaitzen arabera pazienteari egingo zaion jarraipena ezberdina izango da, hau da, paziente batzuek baheketan sartuko dira berriro eta beste batzuei aurkitutako lesioaren arabera kolonoskopia urte batera, 3 urtetara edo 5 urtetara errepikatzea gomendatuko zaie. Jarraipena 1.7 irudian zehazten dugu.

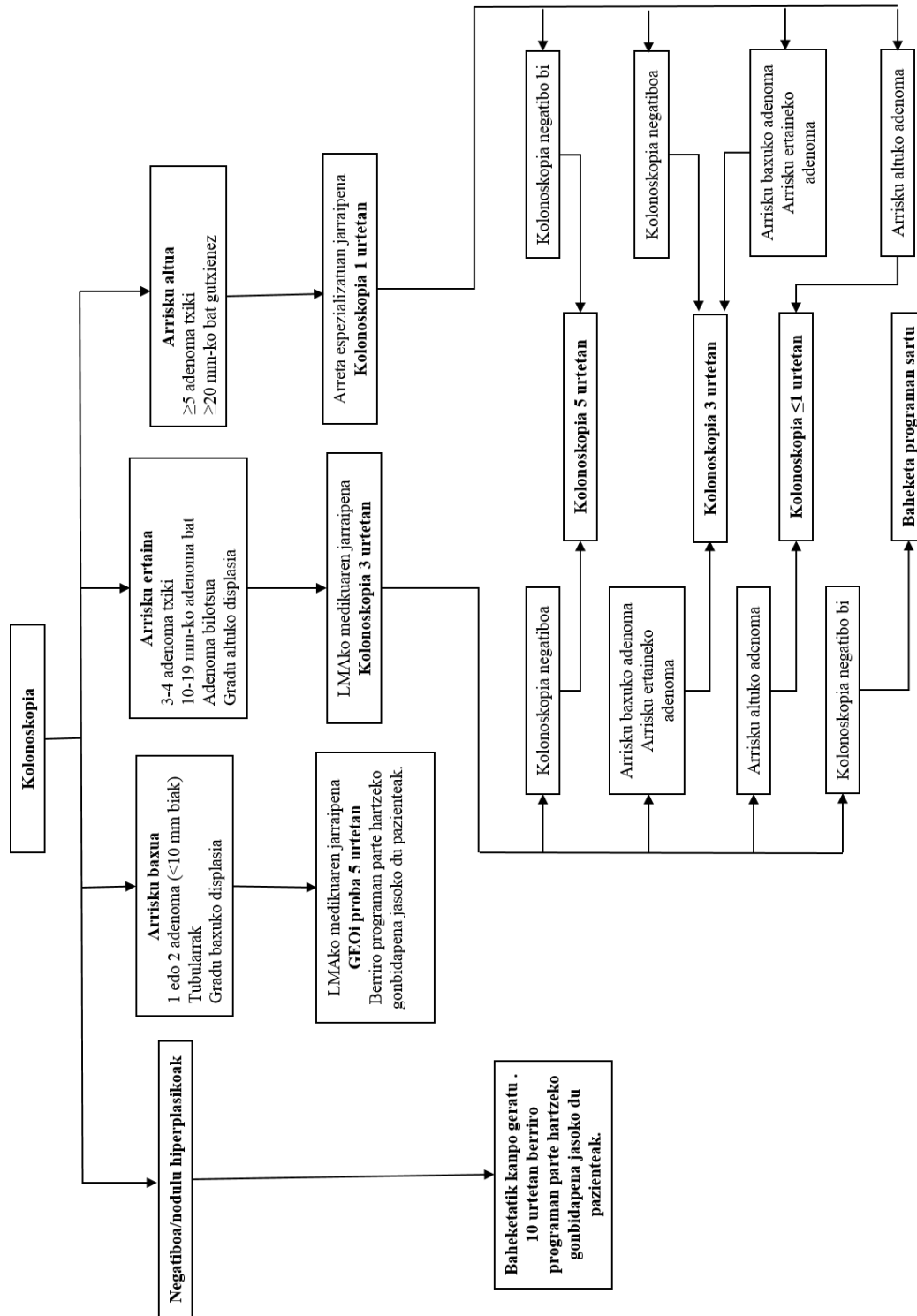


1.6 irudia. EAEko KOMaren baheketa programaren protokoloa.

1.8 taula

KOMaren baheketa programa inplementatzen duten LMAko profesionalen eginkizunak

Profesionala	Eginkizunak
Pazientearen Arreta Eremuko profesionalak	<p>Pazienteak izan ditzaketen zalantzak argitu edota erizain edo medikoarengana abiarazi</p> <p>Laginak jasotzeko edukiontziak ikusgarri dagoen leku batean jarri eta zaindu</p> <p>Laginen kudeaketa administratiboa egin (erregistroa)</p> <p>Zalantzak egotekotan koordinazio zentroarekin harremanetan jarri</p>
Erizainak	<p>Pazienteak izan ditzaketen zalantzak argitu edo beste profesionalengana abiarazi</p> <p>Laginak kudeatu</p> <p>Kolonoskopiarako prestakuntza pazienteari azaldu eta beharrezko farmakoak (libragarriak) eman, prestakuntza kolonoskopiarako hitzorduari egokitu behar zaio (libragarriak hartzeko denborak eta dieta denborak egokitu behar dira)</p> <p>Pazienteak kolonoskopiaren alta jaso eta gero jarraitu beharreko aholkuen orria azaldu eta pazienteari ematea.</p> <p>Zalantzak egotekotan koordinazio zentroarekin harremanetan jarri</p>
Medikuak	<p>Pazienteak izan ditzaketen zalantzak argitu edo beste profesionalengana abiarazi</p> <p>Pazienteari baheketaren emaitzak jakinarazi positiboak direnean</p> <p>Pazientearen historia klinikoa egin eta kolonoskopia agindu</p> <p>Pazienteari baimen informatua azaldu eta proba onartzekotan sinatu egiten duela bermatu</p> <p>Erizainarengana abiarazi kolonoskopiaren prestakuntzarako (kolonoskopia baino 7-10 egun lehenago)</p>



1.7 irudia. Programan kolonoskopiaren emaitzen arabera pazienteari gomendatutako jarraipena.

2.4. Lehen Mailako Arreta EAeko osasun sisteman (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud)

Programaren diseinua eta garapena ulertu ahal izateko eta oinarria LMA duela kontuan izanik ezinbestekoa da azken honen egitura eta ezaugarriak ezagutzea. Administratiboki EAE egoera soziosanitarioa kontuan hartuz hiru mugapen geografikoetan banatzen da (Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako osasun eremuak). Osasun eremuetan LMA Atentzio Espezializatuarekin eta Zerbitzu Soziosanitarioekin koordinatzen da. EAEn atentzio maila biak integratzen duten 13 ESI (Erakunde Sanitario Integratua) antolamendu-egitura daude, akutuentzako 13 ospitale, egonaldi ertain eta luzeko 2 ospitale, 153 osasun-zentro eta 160 kontsultategiz osatuak (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2018). LMAko taldea osasun eremuan LMAko zentroetan lan egiten duten osasun profesionalak eta osasunekoak ez direnak osatzen dute.

1978ko Alma-Ata deklarazioan, OMEk eta UNICEFek antolatutako Osasuneko Lehen Mailako Arretari buruzko Nazioarteko Lehenengo Konferentziaren esparruan landua, LMAREN definizioa ondorioztatu zen:

“Lehen Mailako Osasun Arreta komunitatearen indibiduo eta familia guztien esku jarritako osasun-asistentzia da, onargarriak diren baliabideekin, komunitatearen parte- hartze osoarekin eta komunitateak eta herriak jasan dezaketen kostuarekin. LMA Osasun Sistema Nazionalaren erdigunea den bitartean komunitateren garapen ekonomiko eta sozialaren parte izanik.” (Unicef eta Organización Mundial de la Salud, 1978, 3. orr).

Izan ere, Lehen Mailako Osasun Arreta 16/2003 Legea, maiatzaren 28koa, Estatuko Osasun Sistemaren Kohesioa eta Kalitateari buruzko legearen arabera oinarritzko eta lehenengo arreta maila da, pazientearen bizitza osoan arretaren jarraipena eta globaltasuna bermatzen duena, gestore eta kasuen koordinatzaile moduan jarduten duena. Osasunaren sustapen, osasun hezkuntza, gaixotasunaren prebentzioa, osasun arreta, osasunaren mantentzea era berreskuratzea jarduketak barne hartuz, baita errehabilitazio fisikoa eta gizarte lana ere.

LMAk komunitatearen kide guztiei oinarrizko osasun zerbitzuak ematen dizkie eta komunitateak osasun sistemarekin duen lehenengo kontaktu maila da. LMaren eraldaketa hasi zenetik, 80ko hamarkadan, EAEko osasun sisteman oinarrizko rola izan du Euskadin kalitatezko osasun arreta eskainiz. LMaren funtzioen artean nabarmendu behar da osasunaren sustapenerako eta gaixotasunaren prebentziorako zerbitzuen hornitzaile nagusia eta osasun sistemaren atea dela pazienteak behar duen arreta eskainiz edo beharrezkoa duen osasun zerbitzura orientatuz. LMAko taldea osatzen duten profesionalak familia-medikuak, pediatriak, erizainak eta administrariak dira.

EAEko LMAko profesionalak taldean lan egiten dute eta talde horren barruan funtzio ezberdinak dituzte. Pazienteen Arretarako Eremuetan dauden profesionalak eginkizun administratiboak dituzte (zitak, antolakuntza, kudeaketa, etab.), pazienteak osasun sistemarekin duten lehenengo kontaktua dira zerbitzuen inguruko zalantzak argitzeko, dagokion profesionalari deribatzen, etab. Erizainak eta medikuak kontsultan egiten dute lan osasunaren sustapenean eta gaixotasunaren prebentzio eta tratamenduan. Horretaz gain LMAko taldeak bestelako eginkizunak ditu bai osasun-zentroan eta baita komunitatean ere. Kontuan hartu beharrezkoa da LMaren gertutasuna, eta komunitatea eta zentroan lan egiten duten profesionalen artean gradualki ezartzen den konfiantza.

2.5. Programa LMAn inplementatzen duten profesionalen formakuntza

Europako giden arabera, KOMaren baheketa programetan beharrezkoa da diziplina anitzeko taldea osatzea eta talde hau osatzen duten profesionalen formakuntza espezifikoa bai LMAn eta bai arreta espezializatuan, bieran berebiziko garrantzia du profesionalen arteko komunikazioa. LMari dagokionez, profesional guztiak KOMaren baheketaren printzipioak ezagutzea beharrezkoa da, bereziki familia-medikuak eta erizainak programaren berri izan behar dute eta beharrezko formakuntza jaso behar dute, pazienteei erabakiak hartzeko informatutako erabakiak hartzen laguntzeko. Honetaz gain kontuan izan behar da formakuntza aldizkakoa izan behar dela programan dauden aldaketak edo hobekuntzen berri izateko. Orokorrean programaren inplementazioan parte hartzen duten profesionalak gai hauei buruzko ezagutza izan beharko lukete (Steele, Rey, eta Lambert, 2012):

- KOMaren epidemiologia (intzidentzia, pronostikoa eta hilkortasuna).

- Baheketaren teoriaren kontzeptu orokorra.
- Baheketaren terminologia (sentikortasuna, espezifikotasuna, etab).
- Baheketarako erabiltzen diren probak.
- Efektibitatearen ebaluazioa.

Jarraian LMAko profesionalak (pazientearen arretarako eremuko profesionalak, erizainak eta medikuak) Europako gidaren arabera izan behar dituzten gutxieneko formakuntza betekizunak azaltzen ditugu:

a) Pazientearen arretarako eremuko profesionalak:

- KOMa ulertzea, baheketaren onura eta kalte potentzialak eta kalitateak duen garrantzia,
- programaren oinarritzko ezagutza eta
- erabili behar duen oinarritzko teknologia eta terminologia ezagutzea.

b) LMAko medikuen formakuntza betekizunak:

- KOMaren ezagutza sakona (diagnostikoa, tratamendua, pronostikoa, estadiajea, estadioaren garrantzia diagnostikoaren momentuan),
- baheketa prozesuaren ezagutza eta ulermena (baheketa teoria, baheketaren onura eta arrisku potentzialak, kalitatearen garrantzia) eta
- baheketa programaren antolakuntza eta medikuaren rola ezagutzea.

c) Erizainen formakuntza betekizunak:

- KOMaren ezagutza sakona (diagnostikoa, tratamendua, pronostikoa, estadiajea, estadioaren garrantzia diagnostikoaren momentuan),
- baheketa prozesuaren ezagutza eta ulermena (baheketa teoria, baheketaren onura eta arrisku potentzialak, kalitatearen garrantzia) eta
- komunikazio trebetasun/konpetentzia aurreratuak.

Profesionalei eskaintzen zaizkien formakuntza jarduketak edo errekurtsuak

a) Formakuntza saioak

Aipatutako gidak ezartzen dutenaren arabera, EAeko KOMaren baheketa programaren barruan koordinazio zentroak LMAn programa inplementatzen duten profesionalentzako formakuntza saioak antolatzen ditu. Formakuntza saio hauek

zentroan programa inplementatu baino lehen ematen dira, zentroak programan parte hartzen duen bakoitzean (gutxi gorabehera bi urterik behin). Formakuntza osasun zentroetan bertan eta lan orduetan izatea profesionalen parte-hartzea errazten du. Saioa LMAko talde osoari eskaintzen zaio, boluntarioak izaten dira eta bertaratu direnei akreditazioa ematen zaie.

Saio hauek bi orduko iraupena izaten dute eta hainbat gai jorratzeaz gain eztabaida sustatzen da. Saioak etengabe moldatzen dira profesionalen beharren arabera. Hona hemen saioetan lantzen diren gaiak:

- Baheketa programaren oinarritzko kontzeptuak.
- Programaren emaitzak, gonbidatutako populazioa, parte-hartzea, emaitzak, aurkitu diren lesioak eta egindako kolonoskopien prestakuntza maila ¹⁰. Formakuntza jasotzen ari den zentroaren datu zehatzak eta programaren emaitza orokorrak.
- Programaren protokoloaren azalpena eta programa inplementatu zen azken alditik egon diren aldaketak. Protokolo horretan profesionalak duten eginkizun zehatzak (pazientearen arretarako eremukoak, erizainak eta medikuak). Atal honen barruan gonbidapen sistema eta laginen eta emaitzen kudeaketa prozesua aztertzen dira.
- Inplementazioak egon daitekeen arazo posibleak.
- Profesionalek dituzten kezkek jaso eta haien inguruan eztabaida sustatzen da.
- Profesionalen gogobetetze inkestak jasotzen dira, bertan formakuntza beharrak adierazteko aukera ematen zaie.

b) KOMaren prebentzio jardunaldiak

Aldizka KOMaren prebentzio jardunaldiak antolatzen ditu programaren koordinazio zentroak. Orain arte 2011, 2013, 2015 eta 2018 urteetan ospatu dira. Nazioarteko adituak eta EAEko Osasun sistemako profesionalak KOMaren baheketa

¹⁰ Kalitatezko kolonoskopia, kolon eta ondestearen ikuskatze osoa, egiteko berebiziko garrantzia du pazienteak prestakuntza egokia egitea. Pazienteari kolonoskopia egiten zaionean endoskopiako espezialistak prestakuntza hori nolakoa izan den txostenean adierazten du.

programaren inguruko ikerkuntza eta berrikuntzak aditzera ematen dituzte. LMAko osasun profesional guztiei parte hartzera gonbidatzen zaie.

c) KOMaren baheketa programaren web orria

Profesionalek eskuragarri daukate kontsultan Osakidetzako web atariaren barruan KOMaren baheketa programaren inguruko atala. Bertan profesionalek haien formakuntzarako, emaitzak ezagutzeko edota pazienteekin erabiltzeko hainbat errekurtso daukate, hala nola, programaren txostenak, emaitzak, bideoak (paziente eta profesionalentzako), prozedurak, bibliografia, pazientearentzako materiala, etab. (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2019). Ikusi 1.8 irudia.

2.6. Programaren emaitzak

Programaren inplementazioa EAEn 2009an hasi zenetik 2014rarte 924.416 pertsona gonbidatu dira eta parte-hartze tasaren batezbestekoa %68,4 izan da. Tasa hori urtero handituz joan da %58,1etik %70,3arte (urtero %2,2a). Horretaz gain, kolonoskopien onarpen-tasa %92a baino altuagoa izan zen, eta adenomak detektatu ziren kolonoskopien %23,9etan eta KOMa %3,4ean.

Datu horiek kontuan izanda, Idígoras *et al.*-ek Miscan-colon eredia erabiliz baheketa hasi eta 30 urtetara KOMaren intzidentziaren %16,3ko beherakada aurreikusten dute, eta hilkortasunaren kasuan %26,1ekoa (Idígoras *et al.*, 2017). Izan ere, programaren datuak kontuan izanda, hilkortasuna 5 urtetara %33,4a murriztu daitekeela ikusi da. Are gehiago, bost urtetara hilkortasunari erreparatzen diogunean baheketan detektatutako kasuen eta baheketatik kanpo detektatu direnen arteko ezberdintasuna %20 baino handiagoa da. Baheketaren bidez detektatzen diren minbizien %70 kasuetan hasierako faseetan daude (Idígoras *et al.*, 2019).

3. Doktorego tesiaren egitura



Tesi honetako testuingurua deskribatu eta gero hurrengo kapitulueta garapena nolakoa izango den azalduko dugu atal honetan. Bigarren kapitulan zehaztuko diren hipotesietan oinarrituz tesiaren helburuak azalduko ditugu. Prozesu osoan erabilitako metodologia orokorra hirugarren kapitulan deskribatuko dugu, baita erabili ditugun


tresnak ere. Helburuak lortzeko doktoregoan zehar egindako lana lau azpi-ikerketetan banandu dugu, bakoitza bere metodologia espezifikoarekin. Hurrengo kapituluetan, bosgarren, seigarren, zazpigarrenean eta zortzigarrenean hain zuzen ere, ikerketak deskribatuko ditugu.

Ikerketa bakoitzaren barruan helburuak eta metodologia zehazten ditugu. Ondoren, emaitzak azaldu eta eztabaidatu egiten ditugu. Azkenik, ikerketaren eztabaida orokor bat aurkeztuko dugu ondorioetara heldu baino lehen.

Zehaztu behar dugu tesi honen idazketarako zein bibliografia zitzatu eta erreferentziatzeko APA 6th edizioko estiloa jarraitu dugula, *Publication Manual of the American Psychological Association* liburuaren jarraibideen arabera (American Psychological Association, 2010).

Lan honetan agertzen diren irudi eta taulen zenbakinkuntza lehenengo kapituluaren zenbakia eta kapitulu horren barruan kokatzen den orden zenbakiarekin adierazten ditugu.



Kontaktua | Laguntza | Gunearen mapa | Erabilierraztasuna | Ohiko galderak

Herritarrak
Profesionalak
Enpresak
Nor gara

[Internet-zerbitzuak](#) | [Kongresu eta Jardunaldiak](#) | [Elkargo eta erakunde profesionalak](#) | [Argitalpenak](#) | [Intranet korporatiboa](#)

Hemen zaude: [Hasiera](#) > [Profesionalak](#) > Minbizia detektatzeko programak

Minbizia detektatzeko programak

- Kolon-ondesteetako minbiziaren baheketa-programa
- Bularreko minbizia goiz detektatzeko programa
- Umetoki-lepoko minbizia bahetzeko programa

Kolon-ondesteetako minbiziaren baheketa-programa

Kolon-ondesteetako Minbiziaren Baheketa Programa (KOMBP) 2008an onartu zen, Euskal Autonomia Erkidegoko Minbiziari buruzko Aholku Batzordeak proposatuta.

Populazio-oinarria

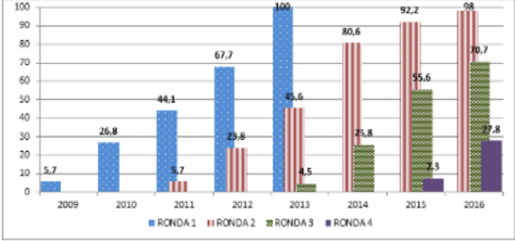
- > 50-69 urte (591.744 pertsona – Eustat 2011)
- > Bi urtero egiten den Test immunokimiko kuantitatiboa (FIT). Muga: 20µg Hb/g gorroziak. Kolonoskopia sedazioarekin baieztatuzko test gisa
- > Datu-base klinikoetara eta minbizi-erregistroetara lotutako informazio-sistemak
- > Lehen mailako arretaren inplikazioa
- > Koordinazio zentralizatua Monitorizazioa eta Ebaluazioa

Programaren helburuak 2009-2016

Gaitzotu aurreko lesioak zein gaitzoak detektatuta eta tratamendua emanda, kolon-ondesteetako minbiziaren intzidentzia eta heriotza-tasa murriztea.

Estandura 2009-2016

OSN % 31 Estandurarako Lehenengo Gonbidapenean 2015ean. Europako gidaren gomendioa > % 95



Year	Ronda 1 (%)	Ronda 2 (%)	Ronda 3 (%)	Ronda 4 (%)
2009	5.7			
2010	26.8			
2011	44.1	5.7		
2012	67.7	25.8		
2013	100	45.6	4.5	
2014		80.6	15.8	
2015		92.2	55.6	7.3
2016		98	66.7	27.8

BIDEOAK

- > Laginen kudeaketa
- > Positiboen kudeaketa
- > Kolonoskopiarako prestaketa
- > Anatomia Patologikoko laborategiko kolon-ondesteetako minbiziaren baheketa biopsien kudeaketa
- > Kolon-ondesteetako minbiziaren baheketa kolonoskopia
- > Lagina jasotzeko prozedura odola gorozkietan zahazteko



- + Programaren emaitza nagusiak
- + Emaitzen txostenak 2009-2016
- + Lotutako dokumentuak
- + Lotutako ikerketa-proiektuak
- + Lotutako argitalpenak
- + Lotura interesgarriak

1.8 irudia. KOMaren baheketa programaren atala Osakidetzako web atarian.

2. kapitulua

Hipotesiak eta helburuak

Hipotesiak eta helburuak

1. Hipotesiak

Minbizia goiz detektatzeko programak arrakasta izateko, halaber, minbiziaren intzidentzia eta hilkortasuna murrizteko, populazioaren parte-hartzea ezinbestekoa da, baita KOMaren kasuan ere. EAEn 2009 urtean inplementatuko KOMaren baheketa programaren arrakasta, gonbidatutako pertsonen parte-hartze tasa altua dela eta, hainbat faktoreen menpe dago; haien artean programa inplementatzen den testuinguruarekin erlazionatutakoak, Lehen Mailako Arreta hain zuzen ere. Izan ere, baheketa programak inplementatzerako ondoan hainbat diseinu ezberdin artean aukeratu zezakeen; besteak beste, farmazietan kitak jaso eta gero entregatzea, prozesu osoa korreo bidez egitea, etab. Baina, EAeko programa beste programetatik bereizten duen ezaugarrietako bat LMAREN inplikazioa da. Zehaztu beharrekoa da LMARI buruz hitz egiten dugunean, bertan lan egiten duten profesionaletaz eta zentroetako ezaugarri fisikoetaz ari garela.

Hau guztia kontuan izanda, gure hipotesiak hurrengoak dira:

1. Osasun sistemak Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programen parte-hartzean eragina dauka, eta honen barruan Lehen Mailako Arretak.
2. Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programa inplementatzen duten profesionalek programa ebaluatzeko eta hobetzeko baliagarria izan daitekeen informazioa daukate, haiek baitira programa inplementatzen dutenak eta pertsonekin kontaktu estuan daudenak.
3. Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Arretan lan egiten duten profesionalek Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan inplikazio gradu altua dute.
4. Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Arretaren barruan bai osasun zentroen ezaugarriak eta bai familia-medikuenak eragina daukate gonbidatutako pertsonen parte-hartzean.

2. Helburuak

1. Kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa programetan parte-hartzea errazten edo oztopatzen duten faktoreak identifikatzea eta laburbiltzea literaturan publikatuta dauden berrikuspenak aztertuz (sistematiko zein narratiboak).
2. Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programaren inplementazioa errazten edota oztopatzen duten faktoreak identifikatzea Lehen Mailako Arretan lan egiten duten profesionalen ikuspuntutik.
3. Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programa Lehen Mailako Arretan inplementatzen duten erizain eta medikuen ezaugarriak eta haien iritzia eta inplikazioa deskribatzea, bereziki formakuntza saioetan edota jardunaldi zientifikoetan parte hartzen duten eta programarekiko duten jarrera neurtuz.
4. Euskal Autonomia Erkidegoko Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan parte hartzea deskribatzea eta bertara gonbidatu diren pertsonen, haien familia-medikuaren eta osasun zentroaren ezaugarriak parte-hartzean duten eragina aztertzea.

3. kapitula

Materiala eta metodoak

Materiala eta metodoak

Tesi honen helburuei erantzuteko ikerketaren diseinuaren inguruan hausnarketa egin genuenean argi ikusi genuen gure ikerketa galderak erantzuteko hainbat metodologia konbinatu beharko genituela, ez zela nahikoa izango ikuspegi kuantitatibo zein kualitatibotik ekiteaz, baizik eta ikuspuntua zabalagoa izan beharko zela. Horretarako ondorioztatu genuen gai honetara metodologia mistotik hurbiltzea izango litzatekela egokiena. Jarraian metodologia mistoaren oinarriak azalduko ditugu eta baita ikerketan zehar erabilitako diseinuak ere. Ondoren erabilitako tresnak (galdetegiak, datu-baseak, aldagaiak, analisiak egiteko erabilitako metodoak, etab.) aurkeztuko ditugu.

1. Metodologia mistoa

Hasteko Metodologia Mistoa (MM) definitu behar dugu, horretara, Creswell eta Plano Clark-ek (2003) honako definizio hau proposatu zuten:

“A mixed methods study involves the collection or analysis of both quantitative and/or qualitative data in a single study in which the data are collected concurrently or sequentially, are given priority, and involve the integration of the data at one or more stages in the process of research.” (Creswell eta Plano Clark, 2003. 165. orr)

Honetaz aparte MMaren hainbat definizio daude, Teddlie eta Tashakkoriren arabera (2009), metodologia mistoak erabiltzen dituzten ikerketak ikuspuntu kuantitatiboa eta kualitatiboa konbinatzen dituzte ikerketa simple edo fase anitzetako ikerketaren metodologian. Leech eta Onwuegbuziek (2009) honela definitu zuten MMA: “datu kuantitatibo eta kualitatiboak ikerketa berean interpretatzea, edo paradigma¹¹ bera ikertzen duten hainbat ikerketetan”.

Aipatu beharrekoa da MMak ikuspegi kuantitatibo eta kualitatiboa elkartzen dituela nahiz eta bien oinarriak zeharo ezberdinak izan. Ikerketa kuantitatiboa positibismoan oinarritzen da, eta kausa-efektu erlazioa bilatzen du aldagaiak aukeratu eta populazioaren emaitzak orokortuz. Ikerketa kualitatiboa aldiz, konstruktibismoan

¹¹ Paradigma: “komunitate batek partekatzen dituen iritzi, balore, teknika, etab” (Kuhn, 1962)

oinarritzen da, zeinetan ezagutza esperientzietan oinarrituz eraikitzen den. Azkenik, biak elkartuz, MMak pragmatismoan oinarritzen da ondorioei begira, bi metodoak osagarriak (Hamui-Sutton, 2013).

MMaren ezaugarri nagusia ikerketa berean ikuspuntu kuantitatiboa eta kualitatiboa konbinatzea da, hainbat metodologia erabiltzen dira. Ez da bakarrik bi metodoen batuketa, baizik eta bien emaitzen konbinazioa ikuspegi biak elkar erlazionatzen direlarik (Hamui-Sutton, 2013). Horrela, bi metodologiaren onurak erabiltzen dira bakoitzaren mugak murriztuz ikerketa galderak erantzun ahal izateko eta ikerketa sendotuz (Creswell, Plano Clark, Gutmann, eta Hanson, 2003).

Ikerketa honetan MMA erabiltzeko arrazoi nagusia da metodo bakar bat ez dela nahikoa gure ikerketa galderak erantzuteko, horrela ikuspegia zabaltzen delako metodoen osagarritasuna dela eta, dimentsio “berriak” aurkitu daitezkelako edo ebidentziak konfirmatu egiteko aukera ematen digulako.

2. Diseinu orokorra

Diseinua konbergentea (Creswell eta Plano Clark, 2011) izan zen (diseinu edo metodologia biak aldi berean erabiltzen dira, datuen jasotzea eta analisisa batera egiten dira), horrela metodologia biei (kuantitatiboa eta kualitatiboa) lehentasun maila bera ematen zitzaie. Azkenik, emaitzak elkartzen eta konparatu genituen. 3.1 taulan diseinu bien ezaugarriak azaltzen ditugu.

Creswell eta Plano Clark-ek egindako MMen diseinuen sailkapenean elkarturiko triangulazio diseinuan¹² kokatzen da, honetan bi metodo ezberdin erabiltzen dira ikerketa baten emaitzak konfirmatzeko edo zeharka balioztatzeke. Diseinu honetan datu-bilketaren triangulazioa eta datuen banan-banako analisisa egiten da, azkenik integrazioa eztabaidan egiten da. 2.1 irudian diseinua bisualki azaltzen dugu.

Sarreran aipatu dugun bezala, tesi hau lau ikerketez osatuta dago. 3.2 taulan hauetariko ikerketa bakoitzaren ezaugarri nagusiak aurkezten ditugu, hala ere, ikerketa bakoitzaren metodologia zehatza dagokion kapituluan zehazten dugu (5-8 kapituluak).

¹² “Concurrent Traingulation Desing” (Creswell *et al.*, 2003)

3.1 taula

Metodologia kuantitatibo eta kualitatiboaren ezaugarri nagusiak. Creswell et al, 2003.-etik moldatua

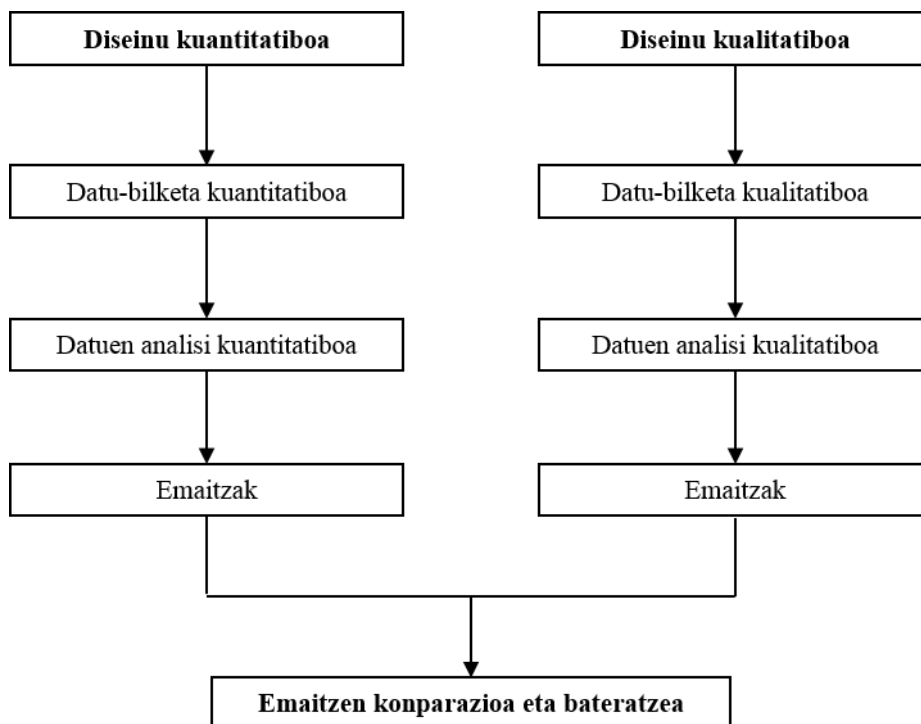
	Kuantitatiboa	Kualitatiboa
Ikerketa galdera	Ezagunak diren fenomenoak aztertzeko/konfirmatzekoa Emaizetan oinarrituta	Ezezagunak diren prozesu edo fenomenoaren azterketa Deskribatzailea
Datu-bilketa /metodologia	Tresnak Behaketa Dokumentuak Prozesu itxia Aldez aurretiko hipotesia	Elkarrizketak Talde fokalak Dokumentuak Behaketa Parte-hartzailea da protagonista Prozesu irekia
Datuen analisia /prozesua	Estatistika deskribatzailea, inferentzia	Deskribatzailea Gaiak eta kategoriak identifikatzea Kategorien arteko erlazioak aztertzea
Datuen interpretazioa	Populazioan orokortu Aurreikuspenak egin Teoria interpretatu	Testuinguruan kokatzea Interpretazioa pertsonala Orokortzerik ez

3. Etika batzordearen onespina

Tesi honetan garatzen dugun ikerkuntza proiektuak Euskal Autonomia Erkidegoko Ikerketa Klinikoetarako Batzorde Etikoaren, Eusko Jaurlaritzako Farmazia Zuzendaritzari atxikitakoa, aldeko txostena lortu zuen 2014ko urriaren 6an. Proiektuaren izenburua “Estudio de la influencia de los profesionales de Atención Primaria en la participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)” da. Aldeko txostena A eranskinean ikusi daiteke.

Baimen informatua

Bai galdetegiak betetzeko eta bai elkarrizketetan parte hartzeko profesionalek informazio orri bat (EAEko hizkuntza ofizial bietan) jaso zuten (B eta C eranskinak), eta elkarrizketen kasuan baimen informatua (D eranskina) sinatu egin zuten.



3.1 irudia. Elkarturiko triangulazio diseinuaren irudikapena (Creswell *et al.*, 2003).

3.2 taula

Tesia osatzen duten lau ikerketen helburuak eta diseinua

Helburua	Diseinua
1 KOMaren baheketa programetan parte-hartzea errazten edo oztopatzen duten faktoreak identifikatzea eta laburbiltzea	Berrikuspen sistematikoa
2 KOMaren baheketa programaren implementazioa errazten edota oztopatzen duten faktoreak identifikatzea LMAn lan egiten duten profesionalen ikuspuntutik	Ikerketa kualitatiboa (banakako eta taldekako elkarrizketak LMAko profesionalekin)
3 KOMaren baheketa programa LMAn inplementatzen duten erizain eta medikuen ezaugarriak eta haien inplikazioa deskribatzea	Ikerketa kuantitatiboa (LMAko erizain eta medikuei egindako galdetegia eta Osakidetzako profesionalen datu-basea)
4 EAEko KOMaren baheketa programan parte hartzera gonbidatu diren pertsonen, haien familia-mediku eta osasun zentroaren ezaugarriak parte-hartzean duten eragina aztertzea	Ikerketa kuantitatiboa (2009-2015 aldian parte hartzera gonbidatutako pertsonen datuak, haien familia medikuen datuak eta osasun zentroen ezaugarriak)

4. Datu bilketarako tresnak

Tesia osatzen duten ikerketa ezberdineratako hainbat metodologia erabili genituen eta horren arabera datu-bilketa tresna ezberdinak. Datu kuantitatiboak lortzeko Osakidetzako-Servicio Vasco de Salud-ek emandako LMAko profesionalen datu basea, LMAko profesionalak betetako galdetegi bat, KOMaren baheketa programaren parte-hartze datuak eta 2009-2015 aldian era longitudinalean jasotako programan parte hartzera gonbidatutako pertsonen datuak erabili genituen, baita osasun zentroen praktika onen adierazleak. Datu kualitatiboak lortzeko, banakako eta talde-elkarrizketetan LMAko profesionalak (erizainak, medikuak eta PAEko profesionalak) hartu zuten parte.

4.1. Berrikuspen sistematikoa

Laugarren kapituluan zehaztuko dugun bezala, berrikuspen sistematikoa egiteko literatura zientifikoaren hainbat datu-base erabili genituen (PubMed, EMBASE,

SCOPUS eta PsycINFO) eta ikerketen kalitatea neurtzeko CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) (E eranskina) eta FLC 2.0 (Fichas de Lectura Crítica) tresnekin.

4.2. Galdetegia

Ikerketa honetan erabilitako LMAko osasun profesionalek erantzundako galdetegia (F eranskina) *ad-hoc* diseinatu genuen ikerketa-galderak erantzun ahal izateko datuak lortzeko EAEko hizkuntza ofizial bietan. Galdetegiak ezberdinak izan ziren erizain eta familia-medikuentzako. Galdetegia betetzeko gonbidapena luzatu genien LMAn lan egiten zuten familia-mediku eta erizain guztiei korreo elektronikoz eta haien eguneroko lanean erabiltzen duten aplikazioa (Osabide-AP) erabiliz. Aplikazioan egunero agertzen zitzairen abisu bat parte hartzera gonbidatuz. Honetaz gain, Osakidetzako intranetean ere galdetegia betetzeko iragarkia eta beharrezko informazio guztia eskuragarri jarri genuen. Galdetegia aktibo egon zen bitartean (4 aste) parte-hartzea sustatzeko LMAko zentroetako unitate-buruei gutun bat bidali zitzairen langileen artean informazioa zabaldu zezaten.

Profesional bakoitzak erantzun bakarra ematen zuela bermatzeko, haien profil-profesional sarbidearekin bete behar zuten. Astero Osakidetzako zerbitzu orokorretatik galdetegiaren betetzean parte-hartzearen txosten bat jasotzen zuen ikerketa taldeko arduradunak.

Galdetegiak honako datu hauek jasotzen zituen: datu sozio-demografikoak (adina eta sexua), lantokia (osasun-zentroa, osasun-zentroaren ordutegia, kontsulta-ordutegia, profesionalaren lan-ordutegia), esperientzia (LMAn lanean ari diren denbora eta zentro horretan lanean ari diren denbora), espezialitatea medikuen kasuan, kupo-zenbakia¹³, KOMaren baheketa programako koordinazio-zentroak antolatutako formakuntzaren eta jardunaldien berri izatea eta asistentzia, programa inplementatzerakoan eskuragarri dauden on-line tresnak ezagutzea eta haien erabilera eta KOMaren baheketa programari ematen dioten garrantzia.

¹³ Kupo: medikuak esleituta dituen biztanleak; kupo-zenbakia: medikuak duen biztanle multzoaren kodea/zenbakia.

4.3. Osakidetzako langileen datu-basetik ateratako informazioa

Osakidetzako zerbitzu zentraletatik LMAn lan egiten zuten profesionalei buruzko datu anonimizatuak jaso genituen (adina, sexua, osasun-zentroa, kupoa, kontratu-mota, espezialitatea medikuen kasuan).

4.4. Elkarrizketetan parte hartu zuten profesionalen informazioa

Elkarrizketetan, bai indibidualetan eta bai talde-elkarrizketetan, parte hartu zutenek datu-inprimaki bat bete zuten (G eranskina).

4.5. Elkarrizketarako gidoia

Elkarrizketa indibidualak eta foku-taldeak egin genituen datu kualitatiboak lortzeko eta erdi-estrukturatutako gidioiak (H eranskina) prestatu genituen bietarako. Gidoiak lau atalez osatuta zeuden, hasierako agurra eta sarrera, galderak eta amaiera. Gidoi hauek ezberdinak izan ziren PAEko profesionalentzako, erizaintzako eta medikuentzako, profesional bakoitzak KOMaren baheketa programan daukan rola ezberdina bait da. Parte-hartzaile guztiei informazio-orria eta informatutako baimena aurretik bidali genien (hizkuntza ofizial bietan) eta elkarrizketaren egunean zalantzak argitu eta ikerketaren helburua eta datuen tratamendua azaldu genien. Ondoren, informatutako baimenak jaso eta elkarrizketak hasten ziren, audioak eta bideoak grabatu egin genituen transkripzioak egin ahal izateko. Elkarrizketa bitartean oharrak hartu genituen. Elkarrizketak gaztelaniaz egin ziren parte-hartzaileak horrela nahi izan zutelako.

4.6. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programaren parte-hartze datuak

KOMaren baheketa programaren datu-basetik Osakidetzako osasun-zentro guztietako parte-hartze tasak atera ziren, baita praktika onen adierazleak diren kolonoskopia-egite tasa, kolonoskopiarako prestakuntza egoki tasa eta pazienteen erregulartasun tasak ere.

4.7. Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan parte hartzera gonbidatutako herritarren datuak

KOMaren baheketa programaren datu-basetik 2009-2015 aldian era longitudinalean jasotako gonbidatutako pertsona guztiei buruzko datuak jaso genituen, parte hartzen zuten edo ez, ezaugarri soziodemografikoak, familia-medikua, osasun zentroa besteak beste.

Kapitulu honetako hirugarren taulan datu-base eta iturri ezberdinetatik programan 2009-2015 aldian parte hartzera gonbidatutako pertsonen buruz jasotako informazioa zehazten dugu. 3.4 taulan osasun profesionalei dagozkiona eta 3.5 taulan osasun zentroetakoa.

5. Datuen analisia

Lehenengo ikerketa berrikuspen sistematikoa izan zen (bosgarren kapitulua), bertan literaturan zegoen ebidentzia bilatu genuen eta emaitzen azalpen narratiboa eman genuen. Bigarren ikerketarako (seigarren kapitulua) diseinu kualitatiboa egin genuen eta elkarrizketa guztiak audio eta bideo grabaketen bitartez jaso eta transkribatu genituen. Ondoren Atlas.ti softwarea erabili genuen eduki-analisirako.

Datu kuantitatiboak lehenik Microsoft Excel ® formatuan jaso genituen. Hirugarren eta laugarren ikerketetan analisi deskribatzailea eta inferentziala egin genuen SPSS 25.0 softwarea erabiliz, ikerketa osorako $\alpha=0,05$ adierazgarritasun maila erabili genuen. Hirugarren ikerketan (zazpigarren kapitulua) 4.2 eta 4.3 ataletan deskribatutako galdetegia eta datu-basea erabili genituen eta laugarrenean (zortzigarren kapitulua) 4.2 ataletan deskribatutako galdetegia eta 4.6 eta 4.7 datu-baseak.

3.3 taula

Programan 2009-2015 aldian parte hartzera gonbidatutako pertsonen buruz jasotako informazioa

Gonbidatutako pertsonak		
Aldagaia	Definizioa	Kategoriak
Parte-hartzea	Programan parte hartu duten (GEO proba egin)	Ez Bai
Parte-hartzaile mota	Erregularitasunez parte hartzen duen	Ez parte-hartzailea: Populazio gonbidagarriko norbait, kita bere osasun-zentroan entregatu ez duena. Hasierako parte-hartzailea: lehenengoz gonbidatu denean parte hartu duen norbait. Parte-hartzaile erregularra: ondoz ondoko gonbidapenetan parte hartu duen norbait. Parte-hartzaile irregularra: programan aldizka parte hartzen duen norbait.
Sexua		Emakumezkoa Gizonezkoa
Adina		Aldagai jarraitua
Gabezia-indizea	MEDEA I proiektuaren metodologia jarraituta osagai nagusien analisia erabili zen, eremu txiki bakoitzetik hautatutako bost adierazle sozioekonomikotako informazioa sintetizatzeko: langabezia, prestakuntza ez-nahikoa, prestakuntza ez-nahikoa gazteetan, eskulangileak eta behin-behineko soldatapekoak (Domínguez-Berjón <i>et al.</i> , 2008).	

Gonbidatutako pertsonak (taularen jarraipena)		
Aldagaia	Definizioa	Kategoriak
GEO probaren emaitza		Negatiboa Positiboa
Kolonoskopia	Kolonoskopia egin duten GEO positiboa izan den kasuetan hestearen ikuskatze osoa egin den	Osoa: heste osoa ikuskatu da kolonoskopian balbula ileozekaleraino Osatu gabea: ezin izan da heste osoa ikuskatu
Prestakuntza	Kolonoskopiarako prestakuntzaren kalitatea: Boston eskalan oinarritutako irizpideak aplikatzen ditugu Boston eskalak kolonaren 3 segmentu ebaluatzen ditu (goranzkoa, zeharkakoa eta beheranzkoa), honen arabera: 0 puntu=gorozki solidoak; 1 puntu=zikintasuna edo likido opakua dago; 2 puntu=zikintasun apur bat dago, baina mukosa ondo ikus daiteke; 3 puntu=koloneko segmentu osoaren mukosa guztia ondo ikus daiteke hondar-zikintasunik gabe.	Bikaina/ona Desegokia: segmentu bateko puntuazioa 0 edo 1 bada edo guztizko puntuazioa 6 baino txikiagoa bada. Halakoetan, berriz egin behar da kolonoskopia.
Aurkikuntzak	Kolonoskopiaren emaitzak	Aurkikuntza nabarmenik ez ABA AAA KOM
Minbizia	Kolonoskopian KOMa detektatu den kasuetan, estadioa (INM kodifikazioa jarraituz, ikusi 1. kapitulua)	I-II III-IV

3.4 taula

Osasun profesionalei egindako galdeketatik eta Osakidetzako datu-baseetatik lortutako profesionalen ezaugarriak

Osasun Profesionalak		
Aldagaia	Definizioa	Kategoriak
Kategoria profesionala		Erizaina Medikua
Sexua		Emakumezkoa Gizonezkoa
Adina		Aldagai jarraitua
Lan-kontratu mota		Iraunkorra Ez iraunkorra
Espezialitatea	Espezialitatea lortzeko bidea	Familia-medikua BME izan eta gero (Barneko mediku egoiliarra) Beste espezialitateak edo TOGME (titulu ofizialik gabeko mediku espezialista) bidez espezialitatea lortutakoa
Esperientzia LMAn	LMAn ihardun duten denbora	Aldagai jarraitua
Profesionalaren ordutegia	Profesionalak lan egiten duen ordutegia	Goizez bakarrik Arratsaldez bakarrik Bietan
Txandakako ordutegia	Profesionalak txandaka lan egiten duen edo ordutegi finkoa daukan.	Finkoa Txandarik ez
Formakuntza	Programaren inguruko formakuntzara bertaratu den	Inoiz Behin ego gehiagotan
Plataforma ezagutzea	Profesionalak programak eskuragarri jartzen duen on-line plataformaren berri duen edo ez	Ez Bai

Osasun Profesionalak (taularen jarraipena)		
Aldagaia	Definizioa	Kategoriak
Plataforma erabiltzea	Profesionalak programak eskuragarri jartzen duen on-line plataforma erabiltzen duen	Ez Behar duenean
Programari ematen dion garrantzia	Osasun profesionalak KOMaren baheketa programari ematen dion garrantzia	Oso gutxi/gutxi Garrantzitsua Oso garrantzitsua

3.5 taula

Osasun profesionalei egindako galdeketatik eta Osakidetzako datu-baseetatik lortutako osasun zentroyen ezaugarriak

Osasun zentroak		
Aldagaia	Definizioa	Kategoriak
Ordutegia	Osasun zentroaren ordutegia	Goizez Egun osoa
Kokapena ^a	Osasun zentroaren kokapena	Landa-eremuan Hirian
Mota	Kokapen, estruktura eta profesional taldearen araberrako osasun zentroetako izendapena	Osasun zentroa edo anbulategia Kontsultategia
Parte-hartze tasa		Aldagai jarraitua
Kolonoskopiak egite-tasa (kuantitatiboa)	GEO positiboa izan dutenen artean kolonoskopia egiten duen pertsonen portzentajea.	Aldagai jarraitua
Kolonoskopien prestakuntza egoki-tasa (kuantitatiboa)	Kolonoskopia egiten dutenen artean kolonoskopiarako prestakuntzaren kalitate egokia/ona izan duten pertsonen portzentajea	Aldagai jarraitua

^a Herri bat "Landa eremuko herria" kontsideratu ahal izateko EUSTAT-en arabera, hiru baldintza hauetatik bi bete behar ditu: populazioa < 2500 biztanle edo/eta populazio-dentsitatea < 85 biztanle/km² edo/eta lehen sektorearen BPG¹⁴a (Barne Produktu Gordina) >= %10. Lehen sektorearen udal BPG-a lortzea ez zen posible izan eta EUSTAT-ekin kontsultatu eta gero, BEG (Balio Erantsi Gordina) erabili genuen, gehien hurbiltzen zen aldagaia zelako.

¹⁴ Barne Produktu Gordina (BPG): Barne Produktu Gordina (BPG) urtero kuantifikatzen da, "Kontu Ekonomikoak" sintesi eragiketaren bidez. Eragiketa horrek EAEko eragile ekonomikoen jardura jasotzen du, ondasun eta zerbitzuen ekoizpen arruntaren diru-balio osoa kontabilizatuz. Ekonomiaren bilakaera termino nominaletan eta kateatutako bolumen-indizeetan ezagutzea ahalbidetzen du; analisi ekonomikoa eskaintzaren, eskariaren eta errenten aldetik aurkezten du. Barne Produktu Gordina da, dudarik gabe, makromagnitudo ekonomikorik garrantzitsuen ekonomia baten ekoizpen-gaitasuna zenbatesteko.

Balio Erantsi Gordina (BEG): arlo ekonomiko bateko ekoizleek sortzen duten balio erantsia neurtzen duen makromagnitudo ekonomikoa da.

4. kapitulu

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan parte-hartzea errazten edo oztopatzen duten faktoreen identifikazioa

Kapitulu honetan garatutako lana *Medicina Clínica* aldizkarira bidali dugu.

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan parte-hartzea errazten edo oztopatzen duten faktoreen identifikazioa

KOMaren baheketa programen arrakasta ebaluatu ahal izateko beste faktore batzuen artean, hala nola detektatutako lesioak, emaitza positibo eta negatibo faltsuak, tarteko minbiziak, kostuak, etab. ezinbestekoa da parte-hartzea neurtzea, parte-hartze altua baita baheketa programa bat ezarri ahal izateko eta eraginkorra izateko baldintzetariko bat.

Gero eta parte-hartzea altuagoa izan programa arrakastatsuegia izango da, hau da, hilkortasuna murriztu eta biziraupena luzatuko dira, hauek baitira baheketa programaren helburu nagusiak. Izan ere, KOMaren baheketarako Europako Gidak hilkortasuna murrizteko programa ondo antolatuta egon behar dela eta parte-hartzea altua izan behar dela adierazten du bai hilkortasuna murrizteko (Subramanian, Klosterman, Amonkar, eta Hunt, 2004, Weller, 2009, von Karsa, Patnick, eta Segnan, 2012), baita kostu-eraginkorra eta osasun onurak lortu ahal izateko ere (Hewitson, Glasziou Paul, Irwig, Towler, eta Watson, 2007, Vijan, Hwang, Hofer, Hayward, Rodney, 2001).

Parte-hartzean faktore ezberdinak eragin dezakete, eta horregatik ezin da era isolatuan aztertu. Izan ere, programen emaitzak hobetu ahal izateko faktore horiek kontuan hartu behar izango dira. Faktore batzuk pertsonen parte-hartzea erraztuko duten bitartean beste batzuk zaildu egingo dute, oztopo izango dira.

Ikerketa honen helburua KOMaren baheketa programetan parte-hartzea errazten edo oztopatzen duten faktoreak identifikatzea eta laburbiltzea da literaturan publikatuta dauden berrikuspenak aztertuz (sistemiko zein narratiboak).

1. Metodologia

Lehenengoz literaturaren berrikuspen orokorra egin genuen, bilaketa-estrategia zehaztu ahal izateko. Termino “libreak” eta kontrolatuak erabili genituen, AND edo OR booleanoak erabiliz konbinatuak.

Bilaketaren helburua zehaztuta izanik estrategia diseinatu eta PUBMED, EMBASE, SCOPUS eta PsycINFO datu baseetan bilaketa sistematikoa egin zen, 2018ko

urria eta azaroan. Ez zen inolako mugarik jarri publikazio datari dagokionez, eta berrikuspenak baino ez ziren bilatu hauek bait dira beste ikerketa mota guztiak (entsegu klinikoak, kohorte ikerketak, kasu-kontrol, etab.) batera ikusteko eta ebaluatzeko tresna. Bilaketa estrategiarako "non-participation", "non participation", Participation, colorectal cancer screening, "crc screening" eta "bowel cancer screening" MeSH terminoak¹⁵ eta termino libreak erabili ziren.

Inklusio eta baztertze irizpideak

Diseinuari dagokionez berrikuspen narratiboak, berrikuspen sistematikoak eta meta analisiak sartu genituen. KOMaren baheketa programen parte-hartzean eragina duten faktoreak aztertu behar ziren eta populazioan oinarritutako programak edo oportunistak barne sartu ziren. Baita edozein baheketa-proba erabiltzen zutenak, hala nola gorozkietan ezkutatutako odola test immunokimikoa (GEOi), gorozkietan ezkutatutako odola guaiako testa (GEOg), sigmoidoskopia, kolonoskopia edo CT-kolonografia. Ez genuen populazioari buruzko mugarik ezarri, edozein herrialdeko edo kulturatako ikerketak onartu ziren.

Gaztelaniaz edo ingelesez idatzita ez zeuden ikerketak baztertu ziren, baita testu osoa eskuragarri izan ez genituenak ere, UPV/EHUko errekursoekin aukeratutako artikulu guztien testu osoa lortu ahal izan genuen. Berrikuspen honen helburuarekin bat ez zetozen ikerketak ere baztertu genituen.

Ikerketen datuak (egileak, data, ikerketaren helburuak, diseinua, berrikuspen-aldia, baheketa proba, aztertutako ikerketa motak, aztertutako ikerketa kopurua, ikerketaren emaitzak) horretarako diseinatutako tauletan erauzi ziren.

Aukeratutako ikerketen kalitatea neurtu ahal izateko alde batetik Critical Appraisal Skills Programme (2018) erabili genuen, zeinetan ikerketaren zehaztasuna, sinesgarritasuna eta egokitasuna ebaluatzen diren. Brennan *et al.*-en (2013) arabera hiru maila desberdinu ziren: 8-10 irizpide betetzea, 4-7 irizpide betetzea eta 3 irizpide edo

¹⁵ MeSH: *Medical Subject Headings*-en akronimoa. *National Library of Medicine*-ek erabiltzen duen hiztegi kontrolatua edo terminoen zerrenda.

gutxiago betetzea. Bestetik, OSTEBA FLC 2.0 aplikazioa ere erabili zen, ikerketen kalitatea baxua-ertaina-altua desberdinduz (López de Argumedo *et al.*, 2006).

2. Emaitzak

2.1. Bilaketa-estrategia eta hautespen irizpideak

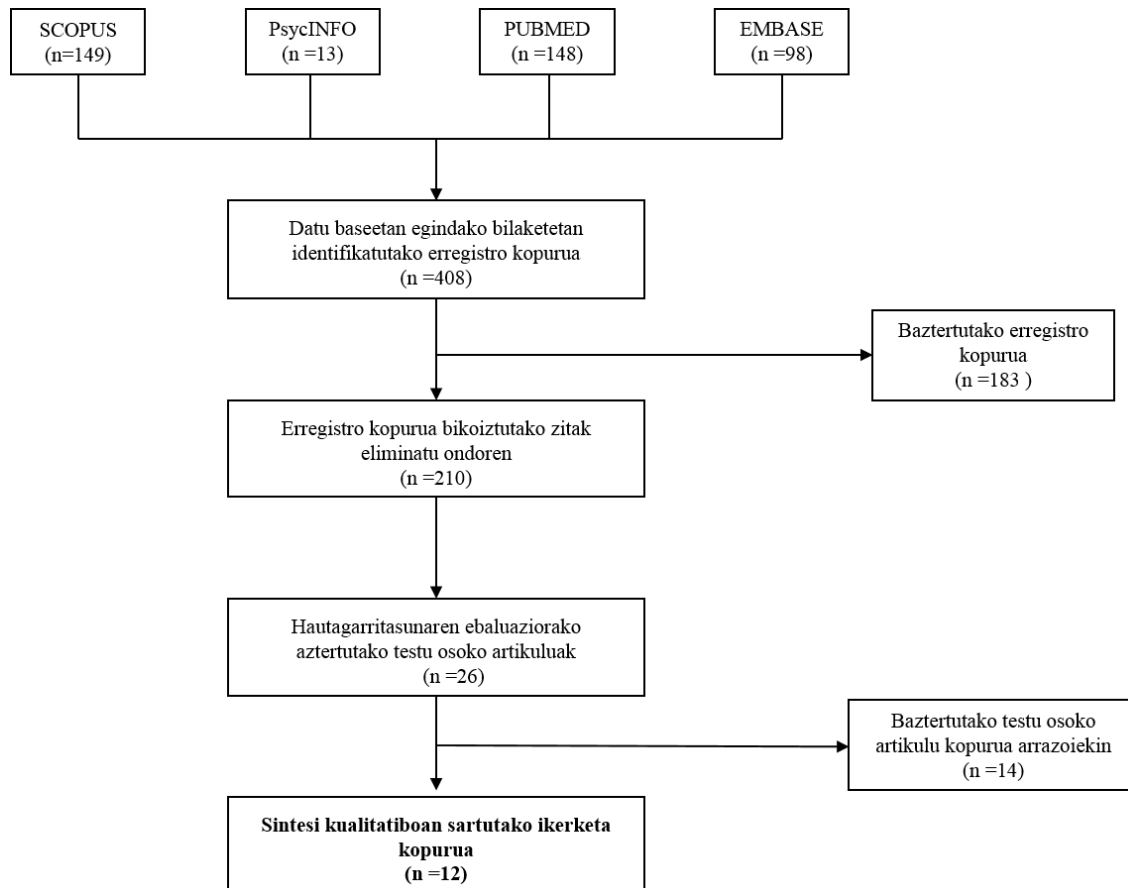
Hasierako bilaketan, orotara 3.694 ikerketa identifikatu genituen, 4.1 irudian ikerketen hautespen prozesua irudikatzen dugu PRISMA gidaren arabera (Moher, Liberati, Tetzlaff eta Altman, 2009). Berrikuspenean, berrikuspen sistematikoak eta meta analisiak ez zirenak baztertu ondoren, 408 ikerketa geratu ziren. Haietatik bikoiztutakoak baztertu eta 210 lortu genituen eta hauek izenburuz bahetu ondoren 26 ikerketekin geratu ginen testu osoko irakurketa egiteko. Azken hauetatik 14 baztertu ziren (7 berrikuspenak ez zirelako, 2 hizkuntzagatik, 1 testu osoa eskuragarri ez genuelako eta 4 helburuarekin bat ez zetozelako). Azkenik, 12 ikerketa aukeratu genituen sintesi kualitatiborako.

2.2. Ikerketen ezaugarriak

Inklusio irizpide guztiak betetzen zituzten ikerketetatik 3 berrikuspen narratibo (Gimeno García 2012, Power, Miles, Von Wagner, Robb, eta Wardle 2009, Rex 2002), 5 berrikuspen sistematiko (Guessous *et al.*, 2010, Honein-AbouHaidar *et al.* 2016, Vernon, 1997, Von Euler-Chelpin, Brasso, eta Lynge, 2010, Wools, Dapper, de Leeuw, 2016) eta metaanalisia gehitzen zuten 4 berrikuspen sistematiko (Clarke, Sharp, Osborne, eta Kearney, 2015, Khalid-De Bakker *et al.* 2011, Leung, Chow, Lo, So, Chan, 2016a, Vart, Banzi, eta Minozzi, 2012) zeuden. Guztietatik batek baino ez zituen ikerketa kualitatiboetako emaitzak aztertzen, beste guztiak datu kuantitatiboak zituzten ikerketekin eginda zeuden (parte-hartze tasak, aldagai sozioekonomikoak, inkestak...). Ikerketa guztien ezaugarriak eta emaitzak ebidentzia-tauletan aurkezten ditugu I eranskinean.

Kalitateari dagokionez, berrikuspen narratiboen kalitatea ez genuen neurtu, horretarako tresnarik ez baitago. Beste ikerketetarako CASP eta OSTEBA FLC 2.0 erramintak erabili genituen. Ostean (4.1 taulan) zehazten dugu ikerketen balorazioa CASP berrikuspen sistematikoetarako eta metaanalisien irakurketa kritikoa egiteko tresna (H. eranskina) erabiliz eta OSTEBA (López de Argumedo *et al.*, 2006) tresna

erabiliz. Bestetik aukeratutako ikerketa guztien ezaugarriak eta emaitzak laburbiltzen dituzten emaitza-taulak bete ziren (I eranskina).



4.1 irudia. Ikerketen hautespenezko prozesuaren irudikapena PRISMA gidaren arabera.

2.3. Parte-hartzean eragina duten faktoreak

Aukeratutako ikerketetan hainbat faktore identifikatzen dira, baina ikerketa hauen kalitatea ez da berdina eta beraz, ezin ditugu parekatu. Ondorioz, emaitzak ikerketaren kalitatearen arabera haintzat hartu behar dira (ikus 4.2 taula). Honein-AbouHaidar *et al.*-ek (2016) berrikuspen sistematiko kualitatiboa egin zuten eta bertan parte hartzeko faktore erraztaileak eta oztopoak identifikatu zituzten ikerketa kualitatibo eta metodo mistoak erabiltzen zituzten ikerketetatik. Kontuan hartu behar da ere berrikuspenetarako erabilitako ikerketa primarioak parte hartzen duten edo parte hartzen ez duten pertsonen ikuspegitik eginda daudela, ez dutela aztertzen zein den programa inplementatzen duten profesionalen ikuspegia.

4.1 taula

Aukeratutako ikerketen kalitatearen balorazioa

Ikerketa	CASP galdera										Puntuazioa ^a	OSTEBA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Clarke, 2015	B	B	?	B	B	?	B	B	B	B	8	ALTUA
Jimeno, 2012	B	B	E	E	?	B	E	B	E	B	5	^b
Guessous, 2010	B	B	?	E	B	?	E	B	B	B	6	ERTAINA
Honein-AbouHaidar (2016)	B	B	B	B	B	B	?	B	B	?	8	ALTUA
Khalid-de Bakker, 2011	B	B	B	E	B	B	B	B	B	B	9	ALTUA
Leung (2016)	B	B	B	?	?	?	B	B	B	B	7	ERTAINA
Power, 2009	B	B	E	E	B	?	E	E	B	B	5	^b
Rex, 2002	B	?	?	E	?	B	E	B	?	B	4	^b
Vart, 2012	B	B	?	B	B	B	B	B	B	B	9	ALTUA
Vernon, 1997	B	B	?	E	?	E	?	B	?	B	4	ERTAINA
Von Euler-Chelpin, 2009	B	B	B	E	B	B	?	B	?	B	7	ERTAINA
Wools, 2015	B	B	?	E	B	B	E	B	B	B	7	ERTAINA

Laburdurak: Bai (B), Ez (E) eta Ez dakit (?)

^a Puntuazio maximoa: 10 puntu.

^b Ikerketa ez da baloragarria kalitatea neurtzeko tresnarik ez dagoelako.

Ondoren aipatuko diren faktoreen deskribapena 4.3 taulan agertzen da laburbilduta. Faktore erraztaileen artean **baheketaren ezagutzarekin erlazionatutakoak** zeuden, programa ezagutzea eta programaren barnean haren helburua eta onurak, baita baheketa egiteko duen motibazioa eta erabiltzen den baheketa probaren aurreko jarrera. Honekin lotuta, baheketa ohiturarik ez izateak parte-hartzea mugatzen duela zehazten dute Honein-AbouHaidar *et al.*-ek. **Motibazioaren** barruan agertzen ziren osasuntsu egotearen bermea, bikoteak duen eragina parte hartzeko erabakian eta gaixotasuna hurbiletik ezagutu izana. Kontuan hartu behar da aldi berean

motibazioak kontrako efektua ere eragin dezakela oztopo bihurtuz. Hurbiletik KOMa ezagutzea eta eragiten duen sufrimendua ikusi izana, osasuntsu sentitzen den bitartean gaixotasuna diagnostikatzearen beldur izatea eta beste lehentasunak izateak motibazioa jaitsi dezakete. Ezagutza izatea erraztailea den heinean haren gabezia parte hartzeko oztopo ere bada, bestalde baheketaren onurak edota KOMaren arriskuak ez ezagutzea proba errefusatzeko eragin dezake. Wools *et al.*-ek (2016) KOMaren arrisku pertzepzioa ere faktore erraztaile moduan identifikatu zuten haien berrikuspen sistematikoan. Honekin lotuta gonbidatuak direnean urdail-hesteko patologiaren sintomarik ez izatea ere oztopo bat izan daiteke parte hartzeko (Power *et al.*, 2009, Vernon, 1997). Khalid-de Bakker *et al.*-ek (2011) faktore erraztaile moduan **barne kontrol locus altua** izatea nabarmendu zuten. Hain zuzen, ezaugarri hau duten pertsonak gertakariak haien ekintzen ondorioz gertatzen direnaren pertzepzioa daukate, haien bizitza kontrolatzen dutenaren pertzepzioa alegia. Honekin batera KOMa prebenigarria eta sendagarria dela jakitea ere agertzen dira.

Probarekin erlazionatuta dauden faktoreei erreparatzen badiegu, haren aurrean jarrera negatiboak izatea ere oztopoa izan daiteke, eta honetan kulturak era eragina izan dezake. Horrela proba egiteko gorozkiak manipulatu eta gorde behar izatea GEO proba erabiltzen denean, edo sigmoidoskopia edo kolonoskopiaren kasuan proba egiteko kokapen anatomikoa dela eta parte-hartzea mugatzen du (Honein-AbouHaidar *et al.*, 2016). Vart *et al.*-ek (2012) GEO proba aztertzerakoan ere hainbat faktore identifikatu zituzten, GEOi testa erabiltzen zuten programetan parte-hartzea altuagoa zela GEOg erabiltzen zutenekin konparatuz. GEOi egiteko lagin gutxiago hartu behar dira, dieta edo tratamendu farmakologikoan aldaketarik ez da egin behar, lagina lortzeko teknika errazagoa da eta gorozkiak ez dira manipulatu behar. Arrazoi horiek guztiak proba hau nahiago izatea bultzatzen du. Oztopo bakarra ordea, lagina hozkailuan gorde behar izatea izango litzateke.

Beste alde batetik **osasun alorrean alfabetatzea eta hizkuntzak** ere parte-hartzea zaildu dezakete baheketarako terminologia medikoa eta prozedura ulertu behar baitira. Faktore hauek eraldatu daitezke, horretan hezkuntza publikoak eta lehen mailako medikuak rol garrantzitsua izan dezakete (Honein-AbouHaidar *et al.*, 2016).

Hauetaz aparte **faktore soziodemografikoak** ere identifikatu dira. Khalid-de Bakker *et al.*-ek (2011) haien meta analisisian sexua eta egoera sozioekonomikoa identifikatu zituzten. Orokorrean, emakumezkoak gehiago hartzen dute parte KOMaren baheketa programetan, eta hau Clarke *et al.*-en (2015) meta analisisian konfirmatu egin zen. Horretaz gain zehaztu zuten hainbat faktore erraztaile zein oztopoen aurrean sexuaren arabera efektu ezberdina zegoela zehaztu zuten. Batetik, 40-75 urte bitartean gizonen parte-hartzea baxuagoa den bitartean, handik aurrera ez da ezberdintasunik somatzen. Bestetik programan parte hartzeko gonbidapen eskutitza bidaltzen zenean gizonek gehiago hartzen zuten parte eta testa/proba etxera bidaltzen zen kasuetan ordea emakumeek. Horrela, gonbidatutako pertsonen estrategia berdinen aurrean sexuaren arabera ezberdin erantzuten zutela ondorioztatzen zuten.

Bestetik **ezkonduta egotea edo bikotearekin bizitzea**, batez ere gizonaen kasuan, parte hartzeko faktore erraztailea moduan agertzen da (Von Euler-Chelpin, 2009). Faktore honen inguruan Vernon *et al.*-ek (2007) egindako berrikuspenean sendotasunik gabeko emaitzak agertzen ziren, hala ere geroago egindako hainbat berrikuspen narratiboetan (Gimeno 2012, Power 2009) faktore hau erraztaile moduan agertu zen.

Egoera sozioekonomikoari dagokionez Khalid-de Bakker *et al.*-ek (2011) egindako berrikuspen sistematikoan ikerketa desberdinetan emaitzak desberdinak zirela adierazi zuten. Ikerketa batzuetan maila altuak eragin positiboa zuela -zenbat eta maila sozioekonomiko altuagoa, hainbat eta parte-hartzea altuagoa- ondorioztatzen zen eta beste batzuetan eraginik ez zegoela. Hala ere, Wools *et al.*-ek (2015) diru sarrera baxuak eta heziketa maila baxua izatea parte hartzeko oztopo bezala identifikatu zuten.

Osasun sistemarekin erlazioa duten faktoreei dagokionez, baheketa probaren aurreko jarrerarekin erlazioa duten hainbat faktore identifikatu zituzten Honein-AbouHaidar *et al.*-ek (2016). Hain zuzen programan erabiltzen den baheketa probaren ezaugarriek, baita gonbidapena egiteko eta parte hartzeko metodoek ere. Khalid-de Bakker *et al.*-ek (2011) ondorioztatu zuten GEO proba egiteko gonbidapen eskutitzarekin batera kit-a bidaltzea, familia-medikuarekin erlazioa izatea eta aurrez aurreko gonbidapena jasotzeak parte-hartzea errazten zutela. Azken horrek garrantzi edo eragin

handiagoa dauka osasun-asegurua edo osasun-arreta unibertsala ez den lekuetan (Power, 2009).

Hauetaz gain, badaude bestelako berrikuspenetan identifikatu diren faktoreak ere. Hauetariko batzuk berrikuspen sistematikoetan agertzen direnekin bateratu daitezke, baina ikerketa horietan emaitzetarako erabilitako ikerketetan kalitaterik ez denez neurtu, ez da posible emaitza horien fidagarritasuna ezartzea, beraz, izendatu baino ez ditugu egingo. Erraztaileen artean beste prebentzio programetan ere parte-hartzea eta honekin lotuta jokabide osasuntsuak izatea agertzen dira. Azken horien artean esate baterako ez erretzea edo erretzaile-ohia izatea, osasun sistema maiz erabiltzea (txertoak, jarduera prebentiboak...) daude. Gaixotasun kronikoak izatea ere erraztailea da, izan ere paziente hauek osasun sistema gehiago erabiltzen dute eta bere osasunaren ardura gehiago daukate. Aldiz, norberaren osasunaren pertzepzio txarra izatea oztopo bihurtu daiteke (Wools, 2015). Fatalismoa ere oztopo moduan identifikatu izan da hainbat ikerketetan (Vernon 1997, Power 2009), dena den faktore honen inguruan gehiago ikertu beharko litzatekela aitortzen dute autoreek. Azkenik, kontuan hartu beharrekoa da orokorrean programan parte hartzera gonbidatuta dauden pertsonen parte hartzeko oztopo gutxi hautemateak faktore erraztailea gisa jokatzeko duela (Khalid-de Bakker, 2011). Ostean (4.2 taulan) aipatutako faktore guztiak laburbiltzen ditugu.

Azkenik, Leung *et al*-ek (2016b) populazio txinatarrarekin egindako berrikuspena aipatu behar da. Ikerketa honen testuingurua eta gure zeharo ezberdinak direla kontuan hartu behar da. Hala ere, aipatzekoa da ikerketa honen emaitzak eta identifikatutako faktoreak, populazioa zehazten ez duten beste berrikuspenetan ateratako emaitzekin bat datozeela. Salbuespen dira generoa, adina, familiar minbizia egotea, hautemandako osasun egoera, akulturazioa eta minbiziari beldur izatea; faktore hauetan emaitzak nahasiak edo ez-adierazgarriak izanik.

4.2 taula

Parte-hartzean eragina duten faktoreak berrikuspenaren kalitatearen arabera

Kalitate altuko berrikuspena
Programa ezagutzea
Programaren helburuak eta onurak ezagutzea
Programaren aurreko jarrerak
Baheketa egiteko motibazioa
Osasuntsu egotearen bermea
Bikoteak duen eragina
Gaixotasuna hurbiletik ezagutu izana
Gaixotasunaren beldur izatea
Bizitzan beste lehentasun batzuk izatea
Barne kontrol locus altua
KOMa aurreikusi daitekeela eta sendagarria dela ustea edo jakitea
Baheketa proba
Baheketa probaren ezaugarriak: gorozkiak manipulatu behar izatea, lagin kopurua, dieta edo tratamendu farmakologikoaren aldaketak egin behar izatea, lagina lortzeko teknika , probaren kontserbazioa
Osasun arloan alfabetatzea
Hizkuntza
Sexua
Egoera sozioekonomikoa
Adina
Programa: gonbidapen sistema, lagina hartzeko kit-a emateko modua (postaz),
Oztopo gutxi daudela ikustea
Kalitate ertain-baxuko berrikuspenak
Urdail-hesteko patologiaren sintomarik ez izatea
Osasun jokabidea: erretzea edota beste ohitura osasuntsuen aurrean
Beste prebentzio programetan parte-hartzea
Gaixotasun kronikoak izatea
Norberaren osasunaren pertzepzio txarra
Fatalismoa

3. Eztabaida

Orokorrean, aztertutako faktore guztiak hainbat kategorietan laburbildu daitezke, hala nola, faktore soziodemografikoak, psikologikoak, osasun-sistemaren ezaugarriak (baheketa programa, estaldura, hurbiltasuna, antolakuntza, medikuak...) eta pazientearen osasun egoera.

Berrikuspenen kalitatea anitza izan da, hortaz, haietatik atera daitezkeen konklusioak ere. Berrikuspen gehienetan ez da egin ikerketen irakurketa kritikorik. Hain zuzen, publikatutako emaitzen barne- (metodologia), kanpo-baliozkotasuna (emaitzak orokortu daitezkeen) edota erabilgarritasuna ez dira ebaluatu. Ondorioz, horietatik ateratzen den emaitza interpretatzerakoan kontuan hartu behar da. Beste batzuetan ordea, irakurketa kritiko hori egin da, eta ondorioz, bigarren horietatik atera diren emaitzak, beti ere beste baldintza batzuk betetzen ba dira, fidagarritzat hartu daitezke. Emaitzen kalitatea are handiagoa izan da meta analisisia era egokia egin den kasuetan. Horietan emaitzak askoz ere zehatzagoak dira, eta horretarako ikerketen heterogeneotasuna baxua izan behar da. Testu inguru honetan, orokorrean, heterogeneotasuna oso altua da, eta horregatik oso zaila da meta analisi bat egin ahal izatea, eta aldagai batzuetarako baino ezin izan da egin (parte-hartze-tasa, probaren ezaugarriak, sexua...). Beste alde batetik ikerketetan erabilitako datu iturriak fidagarritasun maila ezberdinak dauzkate. Parte-hartzea edo aldagai sozioekonomikoak era objektiboan neurtu daitezkeen bitartean; motibazioaren, iritzien edo jokabideen neurketa egiterakoan subjektibotasuna da ageri. Azken horiek ebaluatu ahal izateko ikerketa kualitatiboak erabili behar dira, inkestak, etab.

Identifikatu diren faktoreetatik batzuk aldagarriak dira (motibazioa, osasun jokabideak, ezagutza, maila sozioekonomikoa, etab.) eta beste batzuk ez (sexua, adina, etnia-arraza, etab.). Hala ere, aldagarriak ez diren faktoreetan eragiteko tresnak edo estrategiak garatu daitezke; ez faktorea bera aldatzeko, jakina, baizik eta faktore horrek dituen ondorioak aldatzeko. Horretarako osasunaren faktore erabakigarrien marko teorikoa erabili daiteke. Esate baterako, norbanakoak etnia-arraza aldatu ezin duen bitartean, etnia-arrazak dituen ondorioak edo konnotazioak (irisgarritasun eza edo maila edo gradu ezberdinetan etnia-arrazaren arabera, zailtasunak prozedurak egin edota prozesuak bukatzeko, etab.) osasun sistemaren politiken bitartez aldatu daitezke; pertsona guztien osasun zerbitzuetara duten irisgarritasuna bermatuz adibidez. Beraz, KOMaren baheketa programara mugatuz eta faktore horiei dagokionez, osasun-sistematik edo maila politikotik estrategiak garatu beharko liriateke beraien eragin negatiboa murrizten ahalegintzeko.

Aldagarriak diren faktoreen artean ere politikek eragina izan dezakete baina osasun-sistemako profesionalak ere esku-hartzeak garatu ditzakete haien eragina murrizten laguntzeko. Identifikatutako faktoretariko askok erlazioa daukate osasun arloko alfabetatze maila ezegokiekkin, hala nola osasun egoerari buruzko ezagutza maila baxua, hautemandako osasun maila baxua, prebentzio zerbitzuen erabilera eskasa, osasun zerbitzuak sarriegi erabiltzea, gaixotasunaren ezagutza maila baxua eta ospitalizazio maiztasun altuagoak (Suñer, Soler eta Santiñá Vila, 2013). Aurreko guztia kontutan hartuta, definizio guztien berrikuspen eta analisi baten ondoren, Sørensen *et al.*-ek (2012) osasun arloko alfabetatze terminoa modu honetara definitzen zuten:

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course” (Sørensen *et al.*, 2012)

Dudarik gabe LMA da alfabetatze prozesu hori lantzen den tokietariko bat. Hortaz, osasun alorrean alfabetatzearen eta prebentzio jardueren arteko erlazioa kontuan izanda, LMAko osasun profesionalen lanak rol garrantzitsua izan dezake, beste emaitzen artean, baheketa programetan parte-hartzea sustatzeko. EAEko KOMaren baheketa programaren kasuan hain zuzen, LMA inplementatzen da; beraz, bertan egiten den lana kontuan hartuz aztertu beharko litzateke nolako eragina duen programaren parte-hartze tasa altuetan.

5. kapitulua

EAEko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programan parte-hartzea errazten edo oztopatzen duten faktoreak programa implementatzen duten profesionalen ikuspegitik. Ikerketa kualitatiboa

Kapitulu honetan garatutako lana *Cancer Causes and Control* aldizkarira bidali dugu.

Emaitzen zati bat 2017ko azaroan Estokolmon ospatutako *10th European Public Health Conference. Sustaining resilient and healthy communities* kongresuan aurkeztu genuen.

Unanue S, Arana E, Portillo I eta Pérez I. (2017). How do primary care professionals influence the success of a screening program? A qualitative study. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_3). doi: doi.org/10.1093/eurpub/ckx186.175

**EAEko KOMaren baheketa programan parte-hartzea errazten edo oztopatzen duten faktoreak programa inplementatzen duten profesionalen ikuspegitik.
Ikerketa kualitatiboa**

Baheketa programa bat antolatzen denean, parte-hartze tasa altuak lortzea da erronka garrantzitsuenetarikoa, oinarrizkoa baita desiratutako emaitzak eta kontu-eraginkortasuna lortzeko (Zapka, Puleo, Vickers-Lahti eta Luckmann, 2002). Izan ere, baheketa programen antolamendu eredia parte-hartzean berebiziko eragina izan ohi du (Camilloni *et al.*, 2013, von Karsa *et al.*, 2013).

Dakigunez, LMAn lan egiten duten eta GEOi-a baheketa proba erabiltzen duten programa inplementatzen duten profesionalen garrantzia aztertzen duen ebidentzia eskasa da. Ikerketa gehienetan familia-medikuek parte-hartzean duten eragina zehazten da, baita positiboak konfirmatzeko kolonoskopia egitean ere baina ez da beste profesionalen inplikazioa aztertzen (Camilloni *et al.*, 2013, Davis *et al.*, 2012, Eisinger *et al.*, 2011, von Karsa *et al.*, 2013). Beste ikerketetan LMAko medikuen ikuspuntua aztertu da ikuspuntu kuantitatibotik, baheketari buruzko iritzia eta gomendatzen duten edo ez hain zuzen ere (Boyle *et al.*, 2003, Gimeno Garcia, 2012).

Metodologia kualitatiboak praktikan sakontzea eta pertzepzio edo usteak aztertzea baimentzen du. Hori dela eta, azpi-ikerketa honen helburua programaren inplementazioa errazten edota oztopatzen duten faktoreak ezagutzea da, LMAn lan egiten duten profesionalen ikuspuntutik, programa inplementatzen dutenenetik hain zuzen ere.

1. Metodologia

1.1. Laginaren ezaugarriak

Ikerketa foku-taldeetan eta banakako elkarrizketetan oinarritu zen. Guztira 4 foku-talde antolatu genituen, bakoitzean LMAko 8-10 langileek (PAEko profesionalak, erizainak eta medikuak) parte hartu zuten, eta 28 banakako elkarrizketa egin genituen 2015eko abendua eta 2016ko maiatza bitartean.

Parte-hartze tasa ezberdinak zituzten LMAko unitateak aukeratu genituen, lagina heterogeneoa izan zedin, profesionalen ikuspegitik adostasunak eta desadostasunak

aztertu ahal izateko. Parte-hartzaileak elur-pilota metodoaren bitartez aukeratu egin genituen, LMAko zentro bakoitzeko harremanetarako profesionalaren kolaborazioarekin baliatuz. Foku-taldeetan parte hartu zuten profesionalak elkar ezagutzen zuten, honek ideiak sortzeko edota eztabaidatzeko testuingurua errazten zuen (Kitzinger, 1994). Kapitulu honetako lehenengo eta bigarren tauletan (5.1 eta 5.2) parte-hartzaileen ezaugarriak laburbiltzen ditugu. Elkarrizketak egin genituen datuen asetzeari lotu arte. Lehenengo taulan (5.1) profesionalen kategoria, adina, sexua eta laneko datuak aurkezten ditugu. Bigarrenean ordea, programarekin erlazioa duten profesional hauen ezaugarriak zehazten ditugu.

Profesional batzuk banakako elkarrizketetan edo foku-taldeetan baino ez zuten parte hartu, beste batzuk ordea, bietan parte hartu zuten.

1.2. Banakako eta foku-taldeetarako erdi-egituratutako elkarrizketak

Elkarrizketa sakon eta foku-taldeetarako gidoiak diseinatu genituen, parte-hartze tasa altuak lortzeko eta programaren inplementazioan faktore erraztaileak eta oztupoak identifikatzeko helbururarekin, LMAn programa inplementatzen duten profesionalen ikuspegitik. Gidoia erdi-egituratua eta malgua zen, horrela elkarrizketetan datu-bilketa fase osoan zehar gai berriak ateratzea baimenduz. Ostean (5.3 taulan) elkarrizketetan jorratutako gaiak laburbiltzen dira. Elkarrizketak EAeko programari buruzko iritziaren inguruko galdera zabal batekin hasten ziren, eta orokorrean baheketa programen inguruko batekin. Honi esker hasierako gidoian sartu ez genituen gaiak gehitzeko aukera izan genuen, datu-bilketan fasean. Jorratutako gaiak berdinak izan ziren elkarrizketa guztietan, baina enfasi berezia jarri genuen elkarrizketatutako profesionalaren eta haren rolaren arabera (kategoria profesionalaren arabera). Banakako elkarrizketak ordu bateko iraupena izan zuten gutxi gorabehera eta foku-taldeak 100 minutukoa.

5.1 taula

Ikerketa kualitatiboan parte hartu zuen profesionalen ezaugarriak (taularen jarraipena hurrengo orrialdean dago)

	Kategoria	Sexua	Adina	Landa/ hiria	Ordutegia	Txanda	Esperientzia ^a	
							Zentroa	LMA
1	PAEp	Gi	63	Hiria	08:00-15:00	G	15	24
2	PAEp	E	56	Hiria	08:00-15:00	G	25	33
3	PAEp	E	62	Hiria	08:00-15:00	G-A	5	20
4	PAEp	E	48	Hiria	08:00-15:00	G	15	12
5	PAEp	E	52	Hiria	08:00-15:00	G	22	22
6	PAEp	E	58	Hiria	08:00-15:00	G	28	28
7	PAEp	E	37	Landa	08:00-15:00	G	2	5
8	PAEp	E	52	Hiria	08:00-15:00	G	3	6
9	PAEp	E	45	Hiria	08:00-15:00	G	6	11
10	PAEp	E	48	Hiria	08:00-15:00	G	12	12
11	Erizaina	E	58	Hiria	08:00-15:00	G	16	25
12	Erizaina	E	51	Hiria	08:00-15:00	G	20	20
13	Erizaina	E	47	Hiria	10:00-17:00	G-A	6	6
14	Erizaina	E	58	Hiria	08:00-15:00	G	24	24
15	Erizaina	E	33	Hiria	13:00-20:00	a	2	6
16	Erizaina	E	53	Landa	08:00-15:00	G	3	11
17	Erizaina	E	58	Hiria	13:00-20:00	A	1,5	2
18	Erizaina	E	56	Landa	08:00-15:00	G	12	20
19	Erizaina	E	38	Hiria	08:00-15:00	G	1	13
20	Erizaina	E	41	Hiria	08:00-15:00	G	1	6

	Kategoria	Sexua	Adina	Landa/ hiria	Ordutegia	Txanda	Esperientzia ^a	
							Zentroa	LMA
21	Erizaina	E	56	Hiria	13:00-20:00	A	5	15
22	Erizaina	E	59	Hiria	08:00-15:00	G	26	26
23	Erizaina	E	58	Hiria	08:00-15:00	G	4	10
24	Medikua	E	45	Hiria	10:00-17:00	G-A	5	15
25	Medikua	Gi	45	Hiria	08:00-15:00	G	0,5	16
26	Medikua	E	59	Hiria	08:00-15:00	G	32	35
27	Medikua	E	40	Hiria	13:00-20:00	A	2	15
28	Medikua	Gi	49	Hiria	08:00-15:00	G	8	18
29	Medikua	E	63	Hiria	08:00-15:00	G	22	38
30	Medikua	E	48	Landa	08:00-15:00	G	7	16
31	Medikua	E	47	Landa	08:00-15:00	G	5	10
32	Medikua	E	53	Hiria	13:00-17:40	A	3	24
33	Medikua	E	35	Landa	08:00-15:00	G	2	6
34	Medikua	E	47	Hiria	10:00-17:00	G-A	5	15
35	Medikua	G	59	Hiria	08:00-15:00	G	25	28
36	Medikua	E	59	Hiria	08:00-15:00	G	25	33
37	Medikua	E	58	Hiria	08:00-15:00	G	22	33
38	Medikua	Gi	57	Hiria	08:00-15:00	G	22	27

Laburdurak: Pazientearen Arreta Eremuko profesionala (PAEp), Emakumezkoa (E), Gizona (Gi), Goizez (G), Arratsaldez (A), Lanaldi zatitua, goizez eta arratsaldez (G-A)

^a Esperientzia urteetan adierazten dugu

5.2 taula

Ikerketa kualitatiboan parte hartu zuen profesionalen ezaugarriak (taularen jarraipena hurrengo orrialdean dago)

	Kategoria	Azkeneko formakuntza (data)	LMAko unitatearen parte-hartze tasa	Azkeneko formakuntzaren data
1	PAEp	2013	Ertaina	2013
2	PAEp	2014	Altua	2014
3	PAEp	2015	Baxua	2015
4	PAEp	2015	Altua	2015
5	PAEp	2015	Altua	2015
6	PAEp	2013	Altua	2013
7	PAEp	-	Altua	-
8	PAEp	2014	Baxua	2014
9	PAEp	-	Baxua	-
10	PAEp	-	Baxua	-
11	Erizaina	-	Altua	-
12	Erizaina	2014	Baxua	2014
13	Erizaina	2012	Altua	2012
14	Erizaina	2012	Altua	2012
15	Erizaina	2015	Altua	2015
16	Erizaina	2013	Altua	2013
17	Erizaina	2015	Baxua	2015
18	Erizaina	2015	Altua	2015
19	Erizaina	2013	Altua	2013

	Kategoria	Azkeneko formakuntza (data)	LMako unitatearen parte-hartze tasa	Azkeneko formakuntzaren data
20	Erizaina	-	Altua	-
21	Erizaina	-	Baxua	-
22	Erizaina	2016	Baxua	2016
23	Erizaina	2015	Baxua	2015
24	Medikua	2014	Altua	2014
25	Medikua	2015	Baxua	2015
26	Medikua	2012	Altua	2012
27	Medikua	-	Baxua	-
28	Medikua	2014	Altua	2014
29	Medikua	2012	Baxua	2012
30	Medikua	2012	Altua	2012
31	Medikua	2013	Altua	2013
32	Medikua	2014	Baxua	2014
33	Medikua	-	Altua	-
34	Medikua	2012	Altua	2012
35	Medikua	2012	Altua	2012
36	Medikua	2015	Baxua	2015
37	Medikua	2015	Baxua	2015
38	Medikua	2016	Baxua	2016

Laburdurak: Pazientearen Arreta Eremuko profesionala (PAEp)

5.3 taula

Elkarrizketetan eta foku-taldeetan erabilitako gai orokorren gidoia

Gai orokorrak

Baheketa programei buruzko iritzia

EAEko KOMaren baheketa programari buruzko iritzia

LMAREN rola EAEko baheketa programan

Langileen rola edo funtzioa programan

Langileen jarrera programaren aurrean

Baheketa programarekin edo KOMarekin izandako esperientzia

Pazientearen jarrera eta erreakzioak KOMaren baheketa programarekiko

Programaren inplementaziorako faktore erraztaileak eta oztopoak

1.3. Datuen analisisia

Elkarrizketak grabatu eta hitzez hitzezko transkripzioa egin genuen. Analisisirako Atlas.ti 5 softwarea erabili genuen. Datuak interpretatzeko, eduki-analisisia egin genuen osasun profesionalen ikuspuntua bilatuz (Morse eta Field, 1995).

Giorgik (2000) proposatutako metodoa jarraituz indukzio analisisia egin genuen. Bi ikertzaileek nor bere aldetik datuak aztertu eta kodifikazio prozesua egin zuten eta kode horiek azterketaren helburuetarako adierazgarriak ziren gaietan multzokatu genituen (5.4 taula). Kategoriak ikerketa-taldean eztabaidatu ziren eta desadostasunak kontsentsuz ebatzi genituen.

2. Emaitzak

Eduki-analiritik hiru kategoria nagusi sortu ziren: 1) programaren inplementazioarekin elkartutako faktoreak; 2) parte hartzera gonbidatutako pertsonekin erlazionatutako faktoreak; eta 3) programarekin eta osasun sistemarekin erlazionatutako faktoreak. Gai eta azpi-gai hauek deskribatzeko hitzez-hitzezko aipamenak aurkezten ditugu atal honetan. Orokorrean, programa inplementatzen duten langile askok iritzi berdina daukate hainbat kontuetan, nahiz eta programan daukaten rola ezberdina izan. Hala ere, pertsonen hobebharrez aritzen dira, haien osasuna hobetzeko.

5.4 taula

Analisiaren estruktura gai eta azpi-gaietan sailkatuta

1.- Programaren inplementazioarekin elkartutako faktoreak

Herritarren eta profesionalen arteko erlazio estuak profesionalen konpromisoa programarekiko indartzen du

Formakuntza eta koordinazio zentroarekin kontaktuan egotea oinarritzkoak dira

Profesionalek programaren parte garrantzitsua direla sentitzen dute

Zailtasunak agertzen direnean profesionalen jarrera da gakoa, ahaleginak egiten dituzte pertsonak parte hartzeko eta prozesua ahalik eta errazena izateko

Langileek pertsonak erabakiak hartzerakoan independenteak ez izatea eta prozesua behar bezala ez jarraitzeagatik kezkatzen dira. Pertsona independentea izateko ahaleginak egiten dituzte

Langileek programaren iritzi positiboa daukate

Minbiziarekin aurreko esperientziak izatea langileak proaktiboagoak izatea eragiten du

2.- Parte-hartzera gonbidatuta dauden pertsonekin erlazonatutako faktoreak

Langileetan eta osasun sisteman konfiantza daukate pazienteek

Pertsonak parte hartzeko daukaten beldurra oztopo bat da

Emakumezkoak gehiago hartzen dute parte eta askotan haien bikotearen baheketaren erantzukizuna hartzen dute

Minbizia komunikabideetan tratatzea eta ohiko elkarrizketetan agertzea baheketaren alde ona nabarmentzeko lagungarria da

Kalteberak diren pertsonak parte hartzeko zailtasun gehiago daukate

3.- KOMaren baheketa programa eta Osasun Sistemaren ezaugarriak

Aldi baterako lan-kontratuak dauzkaten profesionalek zailtasunak dituzte programa inplementatzeko

Baheketa proba erraza eta ez-erasokorra da, eta lesioak fase goiztiarrean detektatu daitezke

LMAREN gertutasuna eta irisgarritasuna oinarritzkoak dira

Lan-kargaren igoerak eta protokolo ezberdinak egoteak programaren inplementazioa oztopatzen dute

Koordinazio zentroak lana errazten du

Programa hobetzen ari da

2.1. Programa inplementatzen duten langileekin erlazonatutako faktoreak

Herritarren eta profesionalen arteko erlazio estuak profesionalen konpromisoa programarekiko indartzen du

PAEko profesionalak Osasun sistemaren sarbidea dira eta biztanleekin erlazio estua daukate. Pazienteek informazio eske joaten zaizkie, baita aholku bila ere. Antzera gertatzen da erizain eta medikuekin ere, pazienteekin konfiantzan oinarritutako erlazio estua daukate ere. Langileak baheketa prozesuan inplikaturik daude eta hau arrakastarako gakoa kontsideratzen da. Horrela, kezkatu egiten dira baheketan positiboak agertzen direnean eta lasaitu egiten dira emaitzak negatiboak direnean, lesio onberak aurkitzen direnean edo pronostikoa ona denean.

“A este no debería de tocarle esto ¿no? porque igual, ha tenido más cosas... conoces las situaciones personales que pasan, entonces el impacto emocional es inevitable. Inevitable. Yo lo siento” (26 parte-hartzailea)

Formakuntza eta koordinazio zentroarekin kontaktuan egotea oinarritzkoak dira

Langile guztiek ez dituzte zehatz-mehatz ezagutzen programaren emaitzak (parte-hartzea, emaitza positiboen tasak, etab.), baina inpresioa ona dutela diote. Informazio horrek haien eguneroko lanerako motibazioa areagotzen du. Erizainek eta medikuek datu zehatzak ezagutzen dituztela, herritarrei informatzeko tresna oso baliagarria dela uste dute, programaren alderdi onak ikusi ahal izateko.

Programaren emaitzak koordinazio zentroak langileei eskaintako formakuntzaren barruan sartuta daude eta, horregatik, prestakuntza hau ezinbestekoa dela uste dute profesionalek. Emaitzei buruzko datuak eskaintzeaz gain, baheketa prozesuari buruzko formakuntzak koordinazio zentroarekin elkarreragiteko aukera ematen duela azpimarratzen dute, haien kolaborazioa eskaintzeko aukera emanez programa hobetzeko edo kezkak ebazteko. Elkarrekintza hori bereziki interesgarria da erizaintzako, kolonoskopiarako prestakuntza egokia izateko jarraibideak irakatsi behar dietelako pazienteei. Prestakuntza egokiak probaren kalitatea bermatuko du eta prozedura errepikatzea beharrezkoa izatea saihestuko da, probak eragindako deserosotasuna eta arriskuak ekidituz.

“Pero cuando tu recibes la información de los resultados, como son muy buenos los de participación y... pues intentas colaborar en el programa.” (35 parte-hartzailea)

“Le doy mucha importancia a que la gente participe. Porque una vez que se ha decidido a hacerlo...hay que... y sobre todo por eso. A pesar de que luego si salen para hacer que luego son falsos positivos, pero si pillas... ya merece la pena. Y en el inicio, la prueba de inicio no les supone nada.” (31 parte-hartzailea)

“Hablas sobre hipótesis, yo creo que no va a pasar nada, yo creo que todo va a salir bien... pero si tú tienes datos le dices, mira cómo el año pasado se hicieron 300 personas la colonoscopia en ___ y solo hubo una complicación... Solo hubo 5 cánceres, y eso al paciente...” (34 parte-hartzailea)

Profesionalek programaren parte garrantzitsua dela sentitzen dute

Langileen ustez, programan duten eginkizuna garrantzitsua da; parte hartzen dute, haien ikuspuntua kontuan hartzen da eta horrek motibazioa indartzen du. Erizainak adierazten dute haiek direla kolonoskopiaren prestaketan pazientari hezkuntza emateko profesional egokienak.

“Yo creo que somos una cadena y somos un eslabón.” (6 parte-hartzailea)

“Creo que es mi trabajo entonces yo lo que procuro es hacerlo lo mejor posible, tener la máxima información posible, sino la tengo intentar buscarla donde sea fiable para que le pueda dar al paciente, que no de vueltas, que no sienta igual que la información que me han dado no es buena y no me puedo fiar”(5 parte-hartzailea)

“Te gusta oír que lo que has estado tú, en lo que has formado parte, ha dado resultado. Sí que cuando veo en las historias preparación...a me suena, a este creo que le di yo...”(17 parte-hartzailea)

Zailtasunak agertzen direnean profesionalen jarrera da gakoa, ahaleginak egiten dituzte pertsonak parte hartzeko eta prozesua ahalik eta errazena izateko

Langileek parte-hartze tasa onak lortzeaz arduratzen dira. Aldi berean herritarrak programa ongi onartzen dutela uste dute. Osasun sisteman sartzeko zailtasunak dituzten pertsonen parte-hartzea errazten saiatzen dira, hauek parte-hartzeko aukera izan dezaten aktiboki aritzen dira. Adibidez, auzoan bizi diren immigranteak eta helbidez aldatzen direnak ez dituzte programak bidalitako gutunak jasotzen. Hau ez da bakarrik parte hartzeko gonbidapenarekin gertatzen, emaitzekin ere gertatzen da. Horrela, pertsona kalteberak jarduketa prebentiboetan orokorrean parte hartzeko ahaleginak egiten dituzte, KOMaren baheketa programan ez ezik, beste batzuetan ere.

Emaitza positiboen kasuan, langileek hitzorduak bizkortzen eta emaitzak arinago kudeatzen saiatzen dira gaixoaren antsietatea gutxitzeko asmoz.

“Creo que en ese sentido, los programas preventivos tienen un gran valor. A veces nos supone más trabajo, si... Siempre he creído que el programa es fantástico. Y así lo vendo...” (30 parte-hartzailea)

“si el paciente tiene dificultades para venir a consulta o hacer la prueba... tienes que hacer lo posible para facilitarles que participen... y todo desde aquí” (32 parte-hartzailea)

“siempre intentamos incluir a la gente en el programa, y conseguir la mayor participación posible” (19 parte-hartzailea)

Langileek pertsonak erabakiak hartzerakoan independenteak ez izateagatik eta prozesua behar bezala ez jarraitzeagatik kezkatzen dira. Pertsona independentea izateko ahaleginak egiten dituzte

Medikuak aipatutako zailtasunetariko bat da pertsonak independenteki erabakiak hartzea, baheketaren onurak eta arriskuak baloratuz, baina ez ohi dira prest egoten. Gainera, profesionalek era oso ezberdinean kudeatzen dute pertsonen erabakitzeaskatasuna. Zenbait pertsonen parte hartzearen zuzenean animatzen diete; beste batzuek ordea, haien erabaki propioak hartu behar dituztela uste dute. Dena den, pertsona batzuek nahiago dute osasun-profesionalek parte hartu behar duten ala ez erabakitzea.

Erizainak laginak era egokian biltzeaz eta kolonoskopiaren prestaketa modu egokian burutzeaz kezkatzen dira. Beti daude hurbiltzen zaizkien pertsonen zalantzak argitzeko prest, baita hitzordutik kanpo ere, herritarren kezkak maiz agertzen direlako kontsultaren ondoren. Batzuetan, lasaitu behar dituzte urduri daudelako.

*“no andamos muy holgados de tiempo como para andar viendo videos”
(25 parte-hartzailea)*

“Si, sí. Yo creo que es importante primero porque todo lo que es la preparación se la damos nosotros, aunque hay bastantes a los que ya les han dado las hojas en el anestesista o cuando han estado en digestivo...hay muchos que ya vienen con los papeles para firmar, el consentimiento... pero claro, les dan tanta información que luego terminan en la consulta de enfermería “mira esto...esta hoja y esta otra y...” o si le mandan hacer un preoperatorio. “¿Para qué te vas a hacer un preoperatorio? Es que me van a hacer una prueba para mirarme el colon”; entonces, ya sabes que le van a hacer una colonoscopia. Ahí también...” ¿ya sabes cómo tienes que hacer la preparación? O como no. Pues sí, ya me han dicho, me han explicado...” ah, pues si tienes cualquier duda vienes y te la explicamos.” (20 parte-hartzailea)

“Porque también es importante que el paciente sea responsable de su salud. Entonces también que estemos siempre por detrás no sé... Hay un perfil de paciente que pueda que sí, porque sea olvidadizo o despistado, pero hay gente que es consciente. Es libre. Es libre de decir “pues a mí dejadme en paz” y es totalmente respetable.” (28 parte-hartzailea)

“Queda dentro de la responsabilidad del paciente que es libre de acordarse o no, o si se la quiere hacer o no, que también es libre en eso.” (28 parte-hartzailea)

Langileek programaren iritzi positiboa daukate

PAEko profesionalek prebentzio jarduketa edo programa guztiak herritarrentzako onuragarriak direla uste dute. Erizainek eta medikuek ere hori uste dute, nahiz eta batzuetan, osasuntsu dauden pertsonak gaixo bihurtzearen beldur sentitzen duten. Izan ere, positibo-faltsuak ere agertu daitezke. Horrek pertsonaren bizitzan eragiten duela uste dute, baina aldi berean programa bera eta emaitzak jasotzearen beharraz jabetzen dira ebaluazio egokia egin ahal izateko.

“No creo que este sea un programa mas, no es un programa que haya que hacer porque queda bien, creo que el beneficio es real” (18 parte-hartzailea)

“Para mi, todo lo que sea detectar precozmente es muy importante, muy, muy importante...” (14 parte-hartzailea)

“Pero creo que es un buen programa, ya me entiedes, solo pienso en el beneficio para el paciente...” (11 parte-hartzailea)

Minbiziarekin aurreko esperientziak izatea langileak proaktiboagoak izatea eragiten du

Langileek minbiziarekin edo baheketarekin duten aurreneko esperientziak haien programarekiko jarreran eragina izan dezakeela aitortzen dute, bereziki pertsonen parte hartzera animatzen dietelarik. Paziente konkretuen kasuak oroitzen ohi dituzte, baheketa proba positiboa izan ondoren lesio gaiztoak diagnostikatu zaizkien pazienteak adibidez, kasu hauetan baheketa barik pronostikoa asko ere txarragoa izan zatekeela uste dute eta horretan oinarritzen dira baheketaren alde egiteko. Langile horiek bereziki proaktiboak dira herritarren parte-hartzea sustatuz.

“gente a la que le ha dado positivo...que ha tenido que pasar por todo el proceso, hay mucha gente conocida, con lo cual sí que te satisface de alguna forma que se haya detectado en este programa y que se le haya cogido a tiempo las cosas. Entonces pues sí, si...” (5 parte-hartzailea)

“Lo que pasa es que he visto muchos pacientes con bolsa en su tiempo. Con una evolución bastante difíciles, complicadas y con baja calidad de vida. Entonces quizá pienso que el tema de la bolsa tiene mucha transcendencia ¿no? El ver que puede disminuir tu calidad de vida, verte con una bolsa, etc. Pienso que el haber visto pacientes durante mis años de ejercicio, que son bastantes, pienso que sí, que quizá te da... Eso y luego el que sea una evolución crónica, es decir, el que sea una enfermedad de tipo cronicada. Puede haber algunos que vayan con una evolución negativa y tengan un inmediato final. Pero bueno, quizás más los años de vida que tienes con esa bolsa de colostomía quizás haga que de alguna manera digas esto merece la pena” (26 parte-hartzailea)

“Yo en una ocasión no sé...nunca digo...no sé... los médicos no estamos para contar nuestra historia aquí, pero en una ocasión me vi obligada no, pero bueno, me pareció que era oportuno decir mira: yo he pasado por ello, y estupendo. Que no pasa nada, mira yo misma... muy bien.” (32 parte-hartzailea)

2.2. Parte-hartzera gonbidatuta dauden pertsonekin erlazionatutako faktoreak

Langileetan eta osasun sisteman konfiantza daukate herritarrek

Langileen ustez, herritarrak osasun sisteman eta profesionalen iritzia asko estimatzen dute, hau landa-eremuan hirietan baino ageriagoa dela uste dute.

“Bueno, de alguna forma en el cupo tienes pacientes que... solo se hacen las cosas si les dices que se las tienen que hacer, tienes que hacerte esto, ni se lo cuestionan.” (35 parte-hartzailea)

“Los pacientes son bastante dependientes de la opinión del médico. Yo, aunque pienso que sí, quiero que me confirme y que me diga que sí.” (24 parte-hartzailea)

“Al final sí que animamos, luego la decisión será de la persona. Le recomendamos que lo haga, después ya, que decida.” (15 parte-hartzailea)

“Con las complicaciones, leemos todo el consentimiento informado que tiene y van entendiendo. Pero bueno, yo creo que con los consentimientos está pasando un poco, que todo el mundo lo de “sí, sí. Lo de siempre” que es un poco el peligro que hay. Pero bueno.” (30 parte-hartzailea)

Pertsonak parte hartzeko daukaten beldurra oztopo bat da

Pazienteek baheketaren emaitzei eta kolonoskopiaren emaitzari, deserosotasun eta konplikazio potentzialei dioten beldurra oztopo moduan ikusten dute langileek, baita baheketaren erabilgarritasunaren inguruko zalantzak ere. Horri dagokionez, langileek herritarrei informazioa ematen eta kezkek kudeatzen eta argitzen saiatzen dira. Baheketan emaitza positibo baten aurrean pazienteak oso era ezberdinetan erreakzionatzen dute kontsultan. Medikuek kezka eta emaitzen beldurra igartzen dute. Batzuetan, pazienteak kolonoskopia ez egitea baloratzen dute eta medikuek, behin baheketa proba positiboa izanda, konfirmazio kolonoskopia egiteak duen garrantziaz ohartarazten saiatzen dira.

“Vienen con miedo. Reciben eso y, sobre todo; si tienen gente cercana con la patología familia, amigo o gente cercana y han vivido, que tengan un cáncer de colon, vienen con miedo. Sí. Dicen: a mí me van a encontrar algo y ¿Qué? ¿Si me encuentran... y tal...?” (27 parte-hartzailea)

“Pero yo creo que la mayoría está bastante concienciada; así como los primeros años tenían alguna duda más... pero luego siempre han oído que a alguno le han detectado algo, le quitaron algún pólipo y ahora le hacen cada no sé cuánto... yo creo que es una dinámica en la que han entrado muchos pacientes y bien muchos.” (20 parte-hartzailea)

“De hecho, mucha gente no quiere tampoco que les expliques” (28 parte-hartzailea)

Emakumezkoak gehiago hartzen dute parte eta askotan haien bikotearen baheketaren erantzukizuna hartzen dute

Emakumezkoak prozesuan bakarrik parte hartzen duten bitartean, ez da gauza bera gertatzen gizonezkoen kasuan. Gizonezkoak normalean bikotearekin joaten dira mediku eta erizaintzako kontsultetara. Gainera, ohikoa da gizonezkoak emakumezkoari uztea bere baheketaren erantzukizuna, kolonoskopiarako prestakuntza bereziki.

Emakumezkoak prebentzio jarduketetan parte hartzera ohitua egoteak gako faktorea dela uste dute medikuek, gonbidatutako pertsonak berak, baita bere bikoteak, parte hartzeko. Hala ere, emakumezkoak ere batzutan profesionalen aholkua eskatzen dute haien bikotearentzako.

“Los hombres, para hacerse la prueba igual... ¿para qué me voy a hacer? Vienen muchas veces insistiendo por la mujer, la mujer dice “a Jose Luis le ha llegado, pero no quiere hacer, ¿Qué te parece?” (11 parte-hartzailea)

“Es que con la salud pasa, no solo con el cribado del cáncer colorrectal. En muchos casos son las mujeres que vienen a decirte que mi marido diabético no hace la dieta. No toma la medicación. Pero... si no viene el paciente pues...” (27 parte-hartzailea)

Minbizia komunikabideetan tratatzea eta ohiko elkarrizketetan agertzea baheketaren alde ona nabarmentzeko lagungarria da

Langileek “minbizia” hitzak duen konnotazio negatiboaren aurka borrokatu behar dute. Bestalde, badaude herritarren parte-hartzea sustatzen duten faktoreak ere. Programari buruzko publizitatea eta herritarrak haien elkarrizketetan jorratzen ohi duten gai bat izatea lagungarria izan daiteke, baita pertsona ospetsuak minbiziarekin edo baheketarekin izandako esperientzia partekatu izana ere.

Populazioak orokorrean programa ezagutzen duela uste dute langileak. Pertsona asko programaz galdezka aritzen dira, agian momentu horretan haien zentroan inplementatzen ari ez den arren.

“Yo creo que mucho el boca a boca entre ellos. La gente habla del protocolo y yo creo que incluso viene gente que... pues porque le he comentado un familiar o le ha comentado un amigo que... pues le ha llegado la carta a casa y le han explicado un poco de qué es el tema entonces, ha venido gente de informarse” (27 parte-hartzailea)

Kalteberak diren pertsonak parte hartzeko zailtasun gehiago dauzkate

Kalteberak diren pertsonak zailtasunak izan ohi dituzte baheketa prozesua burutzeko hainbat arrazoiengatik. Alde batetik, herritar horiek bizilekua maiz aldatzen dute. Horrela, haiekin komunikatzea zailagoa izaten da programan helbidea erabiltzen baita harremanetarako. Hori dela eta, langileak zailtasun gehiago izaten dituzte bai lagina jasotzeko, baita kolonoskopia prestatu eta egiteko ere, eta ondorioz kezkatu egiten dira. Beste alde batetik, pertsona hauentzako prebentzio jarduketak orokorrean, eta KOMaren baheketa haien artean, lehenetsun bat ez direla nabarmentzen dute. Horretaz gain, prozesua ulertzea zaila egiten zaien pertsonak, eta heziketa maila baxua dutenek bereziki interes gutxiago dutela somatzen dute.

“en este cupo hay mucha población flotante, Igual están empadronados aquí un año luego se van a otro barrio...” (38 parte-hartzailea)

“Igual a su llegada su lugar de empadronamiento es aquí... Y al de poco cambian de zona” (22 parte-hartzailea)

“Igual, no coinciden muchas veces los datos, si va por empadronamiento muchas veces unos están empadronados en un sitio, pero viven en otro, entonces ahí, esas cartas, se pierden.” (10 parte-hartzailea)

“Estamos hablando de ese tipo población que cuando le llega una carta para hacerse un análisis de sangre oculta en heces seguramente no es lo que más les preocupa” (23 parte-hartzailea)

2.3. KOMaren baheketa programa eta osasun sistemaren ezaugarriak

Aldi baterako lan-kontratuak dauzkaten profesionalak zailtasunak dituzte programa inplementatzeko

Langileek behin-behineko kontratuak izatea eta mugikortasuna programaren inplementaziorako oztopo moduan ikusten dute. Nahiz eta formakuntza LMAko unitate guztietan eskaini programa inplementatu baino lehen profesional batzuk ezin izan dira bertaratu momentu horretan ez direlako bertan lanean egon, baina ordea inplementazioa ematen denean bai. Kontuan hartu behar da ere protokoloak ezberdinak izan daitezkeela zentroaren arabera eta zentro ezberdinetatik mugitzen diren profesionalak zailtasunak izan ditzaketela.

“Para el que está trabajando siempre, si es suficiente, pero... yo siempre digo lo mismo, la sustituta o sustituto que viene, a toda esa gente no se le ha formado. Vienen, se encuentran con que tienen que dar una preparación de colonoscopia y claro, si es centro de referencia te cambia pues porque ya aquí hay otro problema o lo que sea como ya te cambia todo y ya te pierdes, no sabes muy bien de lo que tienes que explicar. Entonces, claro, ahí también al final hay un problema.” (15 parte-hartzailea)

Baheketa proba erraza eta ez-erasokorra da, eta lesioak fase goiztiarrean detektatu daitezke

EAEko KOMaren baheketa programaren ezaugarriak inplementazioa errazten dutela uste dute profesionalak. Bereziki GEO probaren ezaugarriak gakoa direla parte-hartzea gomendatzeko, proba ez-erasokorra dela eta albo-ondorioz ez duela nabarmentzen dute. Kolonoskopiari dagokioke, sedazioaren garrantzia ere azpimarratzen dute. Horretaz gain, KOMaren garapena motela izatea, eta ondorioz,

detekzio goiztiarrak pronostikoan duen eragin positiboa, parte-hartzea sustatzeko beste argudio indartsua bat kontsideratzen dute.

“Nosotros siempre tratamos de convencerles, que viene bien, animate a hacerlo...si no tienes, nada. Si no igual se te puede detectar en una fase muy inicial...y esto puede ser positivo. Alguno sí que viene con la duda.” (8 parte-hartzailea)

“Yo les explico muchas veces con un papel donde les dibujo una especie de champiñón que es lo que les digo. Que salen en el intestino que son los adenomas, que como los médicos somos muy raros y les ponemos uno nombres muy raros, pero que en realidad son como champiñones. Y que esos champiñones si los vamos dejando mucho tiempo, han estudiado, que en diez años pueden volverse malos. Entonces, tenemos diez años para quitarlos. Y que este programa lo que pretende es pillar esos champiñones. Y quitárselos a quien lo tiene. Si se quita ya no hay nada que rascar.” “No vienen nerviosos. Y cuando vienen les digo: lo que tienes que estar es contento. Porque te han pillado algo, que en no sabemos en cuanto tiempo, pero tenías una probabilidad muy grande de terminar con la cosa bastante fea. Y les intento que vean lo positivo de ello y que ahora cumplan con todos los protocolos, con todos los controles que les vayan a poner.” (30 parte-hartzailea)

LMAn gertutasuna eta irisgarritasuna oinarritzkoak dira

Profesionalek programa LMAn inplementatzea oinarritzkoa dela uste dute. Paziente eta profesionalen arteko konfiantza-erlazioa bereziki ezartzen da LMAn, gehienetan KOMaren programarekin kontaktua izan baino lehen, eta honek herritarraren irisgarritasuna eta parte-hartzea erraztu dezake. Erlazio hau bereziki estua da osasun zentro txikietan edo landa-eremuetan, egoera hauetan profesionalen inplikazioa herritarren osasunean altua izan ohi da. Erizain eta medikuen aburuz, honegatik prebentzio jarduketak LMAn inplementatzea da egokiena, eta pazientearen jarraipen estua baimentzen duelako, KOMaren baheketa programan bereziki pazienteak eta

familiak emaitzen kudeaketarako profesionalen laguntza behar izaten dutelako. LMAko langileak haiek osasun hezkuntza emateko trebetasuna dutela uste dute.

“sí que se ve gente que no es la habitual de todos los días del ambulatorio” (5 parte-hartzailea)

Lan-kargaren igoerak eta protokolo ezberdinak egoteak programaren inplementazioa oztopatzen dute

Programa inplementatzerako orduan kolonoskopiarako prestakuntza protokolo ezberdinak egotea oztopo bat izan dela aitortzen duten erizainak. Aldi berean, programa inplementatzen hasi zenetik egoera hobetu egin dela adierazten dute, protokoloak argiagoak direla hain zuzen ere. osasun zentroetako lan-kargari dagokionez, programa inplementatzen ari denean areagotu egiten dela nabaritzen dute, baina hala ere, lan hori onargarria dela deritze haien pazienteentzako dituen onurak ikusita. Programa inplementatzen ematen duten denbora inbertsio bezala ikusten dute, esfortzuak merezi duela uste dutelako. Pazienteek programa ezagutzen dutenean eta zentroetan protokoloa integratuta dagoenean Lan-kargaren igoera progresiboki errazago kudeatzen dela azpimarratzen dute, horrela prozesua errazten delarik.

“Claro ya la gente ya sabe que existe ese programa,” pues sí es verdad, lo que me mandaron hace 2 años... Vuelven otra vez.” Entonces, es mucho menos... El primer año si era mucho más explicar la dinámica de cómo tiene que hacer y de... Ahora ya es menos” (2 parte-hartzailea)

“Pero bueno, dentro de lo que es la carga cuando estás haciéndolo cómo sabes que eso tiene un resultado y va a ser algo positivo... además, pues bueno, te lo tomas, yo por lo menos, de otra manera que otras cargas que tenemos de tipo administrativo o... Entonces pues bueno. Pienso que dedicar tiempo a explicar y eso, yo me encuentro bien haciéndolo, aunque me supone una sobrecarga” (27 parte-hartzailea)

Koordinazio zentroak lana errazten du

Koordinazio zentroa existitzea eta harekin kontaktuan jartzea erraza izatea garrantzitsua da LMAko profesionalentzako, arazoak agertzen direnean arin erantzun ahal izatea baimentzen baitu. Gainera, programaren arduradunak pertsonalki ezagutzeak eta haiekin kontaktu estua izateak langileak programaren parte sentiarazten ditu, eta hortaz, haien iritzia haintzat hartzea eskertzen dute. Pazientearen Arretarako Eremuko profesionalek alderdi hau nabarmentzen dute.

“Es fácil contactar con el programa y eso ayuda” (8 parte-hartzailea)

“Y es muy fluido. No tenemos ningún problema en levantar el teléfono si queremos que sea algo rápido para solucionar un problema puntual o por si son algunas dudas pues tenemos el correo electrónico otras formas de comunicarnos con los responsables de esto” (6 parte-hartzailea)

“Me parece que funciona fenomenal... oye mira, necesitamos esto... o cualquier duda que tenemos como por ejemplo con los desplazados, gente que igual no tiene apuntadas las direcciones, oye, que no me llega...” (8 parte-hartzailea)

Programa hobetzen ari da

Programaren inplementazioan izandako esperientziak hobekuntzak egin ahal izateko balio izan duela azpimarratzen dute langileek, inplementazioa erraztu duten aldaketak ezarriz. LMAko ohiko erabiltzaileak ez diren pertsonetan lesioak detektatzeko balio izan duela nabarmentzen profesionalek eta hori oso positibotzat jotzen dute.

Medikuek uste dute programak nabarmenki hobera egin duela eta hasierako ahuleziak zuzendu egin direla. Bereziki, gastroenterologia unitateekin koordinazioa hobetu dela uste dute, kolonoskopia egiteko hitzorduak eta emaitzen kudeaketa erraztuz. Pazienteak emaitzak arin jasotzearen garrantzia azpimarratzen dute, horrela emaitzak jaso bitartean sentitzen duten antsietatea murrizten delako.

“Pero muchas veces ya vienen ellos con los resultados de la colonoscopia que les han dicho que les han quitado un pólipo... O que tiene buena pinta y que no se preocupe... En ese sentido, del informe verbal, yo creo que tranquiliza mucho.” (25 parte-hartzailea)

3. Eztabaida

KOMaren baheketa programaren diseinu eta ebaluaziorako ezinbestekoa da populazioak parte hartzeko aurkitzen dituen faktore erraztaileak eta oztopoak identifikatzea, programa bera LMAn inplementatzen duten profesionalen ikuspegitik, eta horrek eragin zuzena izango du detekzio goiztiarraren tasan. Prozesuaren ikuspegi orokorra izatea, prozesuan parte hartzen duten agenteena barne, informazio iturri oso baliagarria da parte-hartze tasa altuagoak helburu duten estrategien diseinuan. Hau guztia, eta populazioaren ikuspegia gehituz, tasak hobetzeko funtsezko faktorea da programaren arrakastarako. Izan ere, GEOi-a erabiltzen duten KOMaren baheketa programak hilkortasunaren murrizketarekin erlazionatuta daude (Zorzi *et al.*, 2015).

LMako profesionalek hiru maila ezberdinetan identifikatu zituzten faktore erraztaileak eta oztopoak elkarrizketetan, hala nola, programa inplementatzen duten profesionalekin, herritarrekin eta Osasun sistemarekin erlazionatutakoak. Parte-hartzea errazten duten faktoreen artean honako hauetan laburbildu genitzake: konpromisoa herritarrei parte hartzera animatuz, profesionalen edota pazienteen aurreko esperientzia positiboak minbizi edota baheketarekin, herritarrak osasun sisteman duten konfiantza, programaren ezaugarriak (beste faktoreen artean etengabeko hobekuntzak eta probaren ezaugarriak) eta programa LMAn inplementatzearekin erlazionatutako irisgarritasuna. Oztopoen artean pertsonen erabakitzeke independentzia eza, emaitzen beldur izatea, populazioaren zati baten kalteberatasuna eta profesionalen lan ezegonkortasuna daude.

KOMaren baheketa programetan parte hartzera gonbidatutako herritarrek parte ez hartzearen faktoreak hainbat ikerketetan aztertu dira familia-medikuen ikuspegitik (Benito *et al.*, 2018, Hall *et al.*, 2015). EAeko programaren ezaugarriak direla eta, berebiziko garrantzia dauka erizainen eta Pazientearen Arreta Eremuko profesionalen ikuspuntuak, herritarrekin prozesuan zehar kontaktu estua bait daukate. Medikuen gomendioak parte-hartzea errazten duela hainbat ikerketetan ondorioztatu da (Janz, Wren,

Schottenfeld, eta Guire, 2003, Zapka *et al.*, 2002). Baina aldi berean ikusi da baita, askotan ez dela gonbidapena jasotzen dutenean herritarrek hitzordua eskatzen dutela, baizik eta beste arrazoiengatik osasun zentrora doazenean ekiten diotela gaiari, eta horren ondorioz medikuaren errekomendazio zuzena jasotzeko aukerak murriztuz. Izan ere, Hall *et al.* (2015)-ek pazienteek medikuaren gomendioa jaso izan balute parte-hartuko zutela adierazten dute. Gure ikerketako emaitzetariko bat zera da, erizainak eta Pazientearen Arreta Eremuko profesionalak programaren parte izateak herritarrentzako erraztasun bat izan zela. Besteak beste irisgarriago daudelako, eta horregatik herritarren ardurak edota zalantzak argitzeko aukera gehiago daukatelako eta horrek parte-hartzea erraztu egiten du (Aubin-Auger *et al.*, 2011).

Profesionalek identifikatutako faktoreetako asko gonbidatutako baina parte hartu ez duten pertsonekin egindako aurreko ikerketen emaitzekin bat datoz, hala nola faktore psikosozialak (nahiz eta baheketaren iritzi positiboa izan parte ez hartzea gaixotasunari edo gaixo egoteari beldur izatea), faktore kulturalak (probaren onespena) eta aurreko esperientzia (beldurrak) (Hall *et al.*, 2015).

Gonbidatuta dauden pertsonen egoera sozioekonomiko eta lehenasunein dagokionez, beste osasun arazo batzuk izatea edo partaidetza estresa saihesteko nahia aipatu ditzakegu. Nabarmentzekoa da erizainak eta Pazientearen Arreta Eremuko profesionalek uste dutela herritarrak gonbidatzen zaien momentuan gaixo ez sentitzea eta beraien egunerokotasunean beste lehenasun batzuk izatea, parte hartzeko oztopo handiak direla (Clavarino *et al.*, 2004, Hall *et al.*, 2015). Parte hartzeko oztopoen azterketan, Aubin-Auger *et al.* (2011)-ek aipatzen dute medikuaren prestakuntza espezifikoren beharra. Gure ikerketan, langileek jasotzen duten prestakuntza erregularraren garrantzia azpimarratzen dute, baita koordinazio zentroarekin harremanetan jartzeko erraztasuna ere (inplementazioan zehar agertzen diren arazoak ebazteko eta inplementazioa errazteko).

Berrikuspen sistematiko batean, Clarke *et al.* (2015)-ek gizonezkoen artean emandako parte-hartze tasa txikiagoa ikusi zuten. Antzera gertatzen da ere EAEko baheketa programan, parte-hartze tasak nabarmenki altuagoak izan ziren emakumezkoen artean (%67,1 emakumezkoen artean eta %61,4 gizonezkoen artean, 2009-2011 aldian)

(Portillo *et al.*, 2013). Gure ikerketan parte hartu zuten profesionalen pertzepzioa ikerketa hauekin bat dator. Gainera, LMAko profesionalek emakumezkoen rola azpimarratzen dute haien eta familiakoen osasunean, askotan haiek bait dira bikotearen parte-hartzea sustatzen dutenak, hasierako proban baita kolonoskopian ere. Kolonoskopiarako prestakuntzaren ardura hartzen ohi dute. Ondorioz, interesgarria litzateke emakumezkoak gizonezkoen osasunean duten garrantzia aztertzea eta honek haien osasunean duen eragina ere.

Gure ikerketaren mugetariko bat aukeratutako laginaren adierazgarritasuna izan liteke, arazo hori konpontzeko, profesionalen profil ezberdinak aukeratu genituen, eta baita ezaugarri ezberdinak zituztenak ere (sexua, adina, txandaka egotea, LMAn duten esperientzia eta osasun zentro mota ezberdinak).

Ikerketa honetan analisi kuantitatibotik lortutako emaitzak parte-hartzearen faktore erraztaile edo oztopoei dagokionez programaren arrakastaren adierazleekin bat hobekuntzak ezartzeko eta programaren efizientzia handitzeko tresna baliagarriak izan litezke.

6. kapitulua

Lehen Mailako Arretako osasun profesionalen inplikazioa Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa Programaren implementazioan

Kapitulu honetan garatutako lana *Preventive Medicine* aldizkarira bidali dugu.

Emaitzen zati bat 2017ko azaroan Estokolmon ospatutako *10th European Public Health Conference. Sustaining resilient and healthy communities* kongresuan aurkeztu genuen eta 2018ko irailean Lisboan ospatutako *XXXVI Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)* y *XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)*n.

Arana-Arri E, Portillo I., Idígoras I. eta Unanue S. (2017). Involvement of primary care professionals in a population based colorectal cancer screening programme. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_3). doi: 10.1093/eurpub/ckx189.081

Unanue-Arza S, Arostegui Madariaga I, Arana-Arri E, Idígoras Rubio I eta Portillo Villares I. Implicación de enfermeras y médicos en el Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de Euskadi. *Gac Sanit.*2018;32 Supl C:7-140

Lehen Mailako Arretako osasun profesionalen inplikazioa Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa Programaren inplementazioan

2008an Eusko Jaurlaritzak onartutako KOMaren baheketa programa 2009an pilotu moduan jarri zen martxan eta handik gerora LMA oinarri EAEko %100aren populazio estaldura lortu da Europako gidak gomendatzen dituen parte-hartze tasak aise gaudituz (Idígoras, 2017). EAEko programak dituen berezitasunetariko bat da LMAN oinarritzen dela eta erizainak eta medikuak duten rola berebiziko garrantzia duela haren inplementazioan.

Europako gidak (Steele, Rey, eta Lambert, 2012) programa inplementatzen duten profesionalen formakuntzaren garrantzia nabarmentzen du haiek programaren emaitzen berri izan dezaten, herritarrei informatutako erabakiak hartzen laguntzeko tresnak garatu ditzaten eta baheketaren protokoloei buruz informatzeko. EAEn programa LMAko zentro bakoitzean inplementatu baino lehen formakuntza saio bat eskaintzen zaio diziplina anitzeko taldeari gai haiek guztiak jorratzeko. Aldi berean, programaren inplementazioan lagungarri izan daitezkeen hainbat errekurtso (bideoak, dokumentuak, artikulu zientifikoak, txostenak...) eskuragarri dituzte. Honetaz gain aldizka LMAko profesional guztiei eskaintzen zaizkien jardunaldi zientifikoak antolatzen dira KOMaren baheketaren inguruko azkenengo aurrerakuntzak zabaltzeko.

Oinarrizkoa da LMAko profesionalen, erizain eta medikuen, rola analizatzea baheketa prozesuan herritarrekin kontaktuan dauden profesionalak diren heinean, hasierako gonbidapenetik diagnostikoa konfirmatzen duten proben emaitzen kudeaketaraino. Honetaz gain, programaren parte-hartze tasa altuak direla eta, garrantzitsua da haien inplikazioa kontuan hartzea parte-hartzea hobetzeko helburuarekin profesional hauei zuzendutako jarduketa eraginkorrak diseinatzeko.

Ikerketa honen helburua LMAN programa inplementatzen duten erizain eta medikuen ezaugarriak eta inplikazioa deskribatzea da, formakuntza saioetan edota jardunaldi zientifikoetan parte-hartzea eta programarekiko duten jarrera neurtuz.

Alde batetik, etengabeko formakuntzan, on-line errekurtsoen ezagutzan eta erabileran, jardunaldi zientifikoetara bertaratzean eta programari ematen dioten

garrantzian sexuaren, kategoria profesionalaren eta adinaren arabera ezberdintasunak aztertzea da bigarren mailako helburua.

Bestetik, galdetegi erantzun zuten eta ez zutenen sexua, adina, kategoria profesionala, lan-kontratu mota eta profesionalak lan egiten duten zentroaren parte-hartze tasa aztertuko ditugu.

1. Metodologia

1.1. Ikerketaren diseinua eta parte-hartzaileak

2016ko maiatza eta ekainean EAEko LMAko zentroetan zeharkako ikerketa deskribatzaile bat egin genuen. Programa inplementatzen zuten LMAko osasun profesional guztiei *ad-hoc* diseinatutako galdetegi batean parte hartzeko gonbidapena luzatu genien haien posta elektronikoko korporatiboaren bidez. Horretaz gain, Osabide-AP¹⁶ programan abisuak jarri ziren, profesionalak programan sartzerakoan agertzen zirenak zain zegoen eginkizun baten antzera, eta Osakidetzako intranetean ere informazio guztia eskuragarri jarri zen. Bidalitako mezuan ikerketari buruzko informazioa eskaintzen genuen helburuak azalduz eta erizain eta medikuei borondatez parte hartzera gonbidatzen zitzairen. Parte hartzea onartzerakoan galdetegi betetzeko formulariora bideratzen zitzairen. Galdetegiaren %50a baino gehiago bete zuten profesional guztiak ikerketaren barnean sartu ziren.

1.2. Galdetegia

Jarraian ikertzaileok diseinatutako galdetegiaren erantzunak aztertuko ditugu, EAEko hizkuntza ofizial bietan idatzi genuena. Galdetegian ezaugarri soziodemografikoei buruzko informazioa (adina eta sexua), lan-esperientziari buruzkoa (LMAn esperientzia, lanpostuaren egonkortasuna...) eta programan duten inplikazioari buruzkoa (formakuntza saioretara edo jardunaldi zientifikoetara joatea, on-line plataformari buruzko ezagutza eta erabiltzea eta nolako garrantzia zuen programa haietzako) bildu genuen. Ikusi F eranskina.

¹⁶ Osabide-AP. LMAn erabiltzen den datu-basea, pazienteen historia klinikoak eta datu administratiboak barnebiltzen dituena.

Galdetegiaren erantzunak Microsoft Excel formatuan jaso ziren eta Osakidetzako Zerbitzu Zentralak emandako profesionalen informazio administratiboarekin elkartu genituen.

1.3. Analisi estatistikoa

Lagina deskribatzeko aldagai kategorikoetarako portzentajeak eta maiztasunak erabili genituen eta batezbestekoa (\bar{x}) eta desbideratze estandarra (DE) aldagai jarraituetarako. Horrela, galdetegia erantzun zutenen eta erantzun ez zutenen arteko ezaugarriak alderatu genituen. Erantzunak sexuaren, kategoria profesionalaren, esperientziaren eta adinaren arabera aztertu genituen. Osasun profesionalak lan egiten duten zentroaren parte-hartze tasa EAEkoaren batezbestekoarekin konparatu genuen (Idígoras, 2017).

Aldagai kategorikoen arteko asoziazioa ezartzeko Pearson-en khi karratua estatistikoa erabili genuen, edo Fisher froga gelaxka guztietan zoriz espero den maiztasunaren balioak 5 baino txikiagoa zenean. Adina aldagaia normaltasunez banatzen ez zenez, prozedura ez-parametrikokoak erabili genituen, Mann-Whitney eta Kruskal-Wallis hain zuzen ere. Konfiantza tarteak (KT) kalkulatu genituen %95eko konfiantza-mailarekin eta emaitzak estatistikoki adierazgarriak kontsideratu genituen $P < 0,05$ zenean.

Aldagai bakarreko analisisian adierazgarriak izan ziren aldagaiekin aldagai anitzeko analisia burutu genuen, erregresio logistiko anizkoitza hain zuzen ere. Erregresio logistikoaren emaitzak koefizienteen estimazioak (beta), bere desbideratze estandarrek (DE), Odds-Ratioak (betaren esponentziala) eta horien %95eko konfiantza-tarteak dira. Ereduen doikuntza-egokitasuna Hosmer-Lemeshow testa erabiliz aztertzen dugu eta helburu den kasuetan ereduaren auresateko gaitasuna ROC kurbaren azpiko azaleraren bidez adierazten dugu.

2. Emaitzak

Mila berrehun eta hamasei osasun profesionalek erantzun zuten galdetegia, 616 (%51) mediku eta 600 (%49) erizain, gehienak emakumezkoak izan ziren (%78). Erantzun tasa globala %28koa izan zen. Jarraian galdetegia erantzun eta ez zutenen

ezaugarriak, galdetegiaren erantzunak eta erantzunak sexuaren araberako azterketaren emaitzak azalduko ditugu.

2.1. Parte-hartzea

Galdetegian parte-hartzearen analisisian kategoria profesionala, adina, sexua eta profesionalaren lan-kontratu mota aztertu genituen. Ostean (6.1 taulan) lagin osoaren, LMAn lan egiten duten erizain eta mediku guztien, ezaugarri orokorrak azaltzen ditugu. Kategoria profesionalari dagokionez, erizainen %24ak eta medikuen %34ak erantzun zuen galdetegia. Hortaz, galdetegia erantzutea eta kategoria profesionalaren arteko erlazioa adierazgarria izan zen ($P < 0,001$). Sexuari dagokionez, emakumezkoen %27ak erantzun zuen, gizonezkoen artean portzentajea %33ekoa izan zen. Kasu honetan ere sexua eta galdetegia erantzutearen arteko erlazioa adierazgarria izan zen ($P < 0,001$). Profesionalek duten lan-kontratu mota ere adierazgarriki erlazionatzen zen galdetegia erantzutearekin, horrela kontratu finkoa zutenen %35ak erantzun zuen bitartean kontratu iraunkorrik ez zutenen %17ak baino ez zuen erantzun eta erlazioa adierazgarria izan zen ($P < 0,001$). Azkenik, batezbesteko adinari dagokionez adierazgarriki altuagoa da galdetegia erantzun zutenen artean erantzun ez zutenena baino ($\bar{x} = 51,3$ vs. $\bar{x} = 48,6$ hurrenez hurren).

LMako unitatearen baheketan duen parte-hartze tasa orokorra ere galdetegia erantzutearekin erlazioa izan zezakeen aztertu zen programaren EAEko batezbesteko parte-hartze tasarekin alderatuz (Idígoras, 2017). Batezbestekoa baino parte-hartze tasa altuagoa zuten zentroetan lan egiten zuten profesionalen %27ak galdetegia erantzun zuen eta batezbestekoa baino baxuagoa zuten zentroetan lan egiten zutenen %31ak.

6.1 taulan ikusi dezakegun moduan, galdetegia erantzun eta erantzun ez dutenen ezaugarriak aztertzerakoan, erantzun dutenen portzentajea altuagoa izan zen gizonezkoetan emakumezkoetan baino (%33 vs. %27), medikuen artean erizainen artean baino (%34 vs. %24), lan kontratu mota zutenen artean kontratu ez-iraunkorra zutenen artean baino (%35 vs. %17) eta parte-hartzea batezbestekoa baino baxuagoa zuten zentroetako profesionalek tasa altuenetakoak baino (%31 vs. %27). Alde hauek kasu guztietan adierazgarriak dira.

6.1 taula

Osakidetzako LMAko osasun profesionalen ezaugarri orokorrak

	Totala N=4.298	Galdetegia erantzun n=1.216 (28,3)	Galdetegia ez erantzun n=3.082 (71,7)	<i>P</i> ^a
Sexua				
Emakumezkoa	3.505 (81,5)	951 (27,1)	2.554 (72,9)	<0,001
Gizonezkoa	793(18,5)	265 (33,4)	528 (66,6)	
Adina: \bar{x} (DE)	49,34 (11,35)	51,3 (9,34)	48,6 (11,97)	<0,001
Kategoria profesionala				
Erizaina	2.506 (58,3)	600 (23,9)	1.906 (76,1)	<0,001
Medikua	1.792 (41,7)	616 (34,4)	1.176 (65,6)	
Lan-kontratu mota ^b				
Iraunkorra	2.758 (64,3)	956 (34,7)	1.802 (65,3)	<0,001
Ez-iraunkorra	1.531 (35,7)	257 (16,8)	1.274 (83,2)	
Zentroaren parte- hartzea programan				
<%68,4	1.405 (32,7)	431 (30,7)	974 (69,3)	0,016
>%68,4	2.893 (67,3)	785 (27,1)	2.108 (72,9)	

Taula honetan aldagai kategorikoetarako maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta lerro-portzentajeak talde bakoitzerako.

Laburdurak: Derbideratze Estandarra (DE)

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearson-en khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili genituen.

^b “Lan-kontratu mota” aldagaian N=4289, 9 balio galdu egon ziren.

Erregresio logistiko anizkoitz eredu bat eraiki genuen aldagai guztiekin, adina, kategoria profesionala eta lan-kontratu mota biltzen zituen eredua hain zuzen ere. Galdetegia erantzuteko probabilitateari dagokionez, medikuek erizainek baino 1,7 aldiz gehiago erantzun zuten (OR=1,71 eta %95 KT=(1,49–1,97) *P*<0.001) adin eta lan-kontratu mota bera izanda. Lan-kontratua aztertzerakoan, kontratu iraunkorra zuten profesionalen erantzuteko probabilitatea hirukoiztu egiten da kategoria profesional eta adin berean kontratu iraunkorra ez dutenekin alderatuz (OR=3,1 eta %95 KT=(2,54–3,78); *P*<0.001). Adinari erreparatuz, hamar urte gehiagorekin %10eko murrizpena ematen da (OR=0,99 eta %95 KT=(0,98–1); *P*=0,014). Osasun profesionalak lan egiten duten osasun zentroak programan duen parte-hartze tasa EAeko batezbestekoa baino

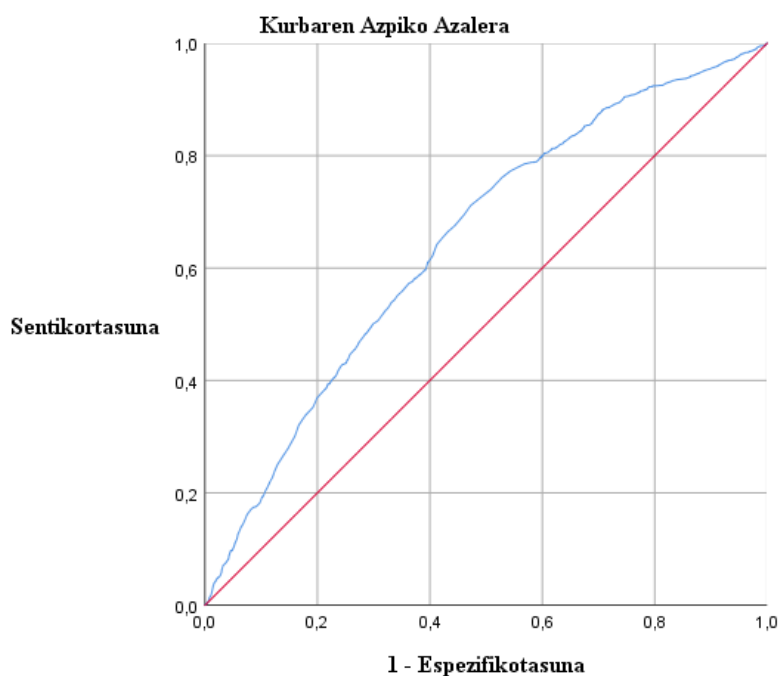
baxuagoa denean bertan lan egiten duten profesionalak galdetegia betetzeko probabilitatea 1,2 alditakoa da (OR=1,99 eta %95 KT=(1,03-1,38); $P=0,016$). Emaizak 6.2 taulan azaltzen ditugu. Ereduaren kurbaren azpiko azalera 0,648 izan zen (%95KT=(0,630-0,666), $P<0,001$), ikusi lehenengo irudia. Doitutako eredia Hosmer-Lemeshow probaren arabera ez dago ondo kalibratua (khi karratua=20,316, $P=0,009$).

6.2 taula

Erregresio logistiko anizkoitza galdetegian parte-hartzea emaitza-aldagaia izanik

	Beta	DE	P	OR=exp(beta)	%95 KT
Medikua	0,538	0,071	<0,001	1,713	(1,491–1,968)
Kontratu mota iraunkorra	1,131	0,102	<0,001	3,099	(2,535–3,787)
Adina	-0,010	0,004	0,014	0,990	(0,981–0,998)
Osasun zentroaren parte- hartzea <%64,8	-0,177	0,073	0,016	1,193	(1,033–1,378)

Laburdurak: Desbideratze estandarra (DE), Odds Ratio (OR), Konfiantza-tartea (KT)



6.1 irudia. Galdetegian parte-hartzeari dagokion erregresio logistiko bidezko ereduaren ROC kurbaren azpiko azalera

2.2. Galdetegia

Galdetegia erantzun zutenei erreparatuz, galdetegian aztertzen genituen aldagaiei dagozkien analisiaren emaitzak azalduko ditugu. Ostean (6.3 taulan) galdetegia bete zuten osasun profesionalen ezaugarri orokorrak azaltzen ditugu. Erantzun zutenen gehiengoa (%78) emakumezkoak izan ziren, lan-kontratu finkoarekin (%79) eta goizez egiten zuten lan (%70) inolako errotazio barik (%78), haien batezbesteko adina 51 urtekoa izan zen ($DE=9,3$). Erdiak gutxi gorabehera 20 urte baino gutxiagoko esperientzia zeukan (%54) eta goizeko zortziretatik arratsaldeko hirurak arte zabalik zegoen LMAko osasun zentro baten egiten zuen lan (%48). Erantzuleen %64ak EAEko batezbestekoa baino altuagoa den parte-hartzea zuen osasun zentro batean egiten zuen lan.

Datuak kategoría profesionalaren (erizaina eta medikua) arabera aztertu genituenean estatistikoki adierazgarriak ziren aldeak ikusi genituen adinean ($\bar{x}=50,2$ vs. $\bar{x}=52,3$), sexuan (erantzun zutenen artean erizainen %92a emakumezkoa izan zen eta medikuen artean %65a), LMAn lanean zirauten denboran (erizainen %33ak eta medikuen %58ak 20 urte baino gehiagoko esperientzia zuen LMAn), lan egiten zuten LMAko zentroaren ordutegian (erizainen artean %50ak goizez zabalik zegoen zentro baten egiten zuen lan eta medikuen %45ak) eta lan-ordutegian (erizainen artean %85ak ez du txandarik egiten eta medikuen %72ak). Ikusi 6.3 taula.

Profesionalek lan egiten zuten osasun zentroaren parte-hartzeari dagokionez, ez genituen estatistikoki adierazgarriak ziren aldeak ikusi sexuaren, adinaren, lan-esperientziaren edo kategoría profesionalaren arabera aztertu genuenean. Galdetegia erantzun zutenen gehiengoak KOMaren baheketa programa “oso garrantzitsua” edo “garrantzitsua” zela uste zuen (%76 eta %23 hurrenez hurren). Programari emandako garrantziari dagokionez, estatistikoki adierazgarriak genituen aldeak ikusi ziren erizain eta medikuen artean ($P<0,001$); medikuen artean %71ak oso garrantzitsua zela adierazi zuen bitartean erizainen artean portzentajea %81ekoa izan zen. Sexuaren, adinaren eta lan-esperientziari dagokionez aldeak ez ziren estatistikoki adierazgarriak izan. Ikusi 6.4 taula.

Programaren koordinazio zentroak formakuntza antolatzen du programa inplementatu baino lehen LMAko zentro guztietan. Egindako formakuntzari eta programari ematen dioten garrantziaren analisiaren emaitzak kapitulu honetako laugarren taulan erakusten ditugu. Estatistikoki adierazgarriak ziren aldeak ikusi genituen formakuntzaren analisisian sexuan, adinean, kategoria profesionalean eta lan-esperientzian. Ildo beretik, gizonezkoen %92ak gutxienez behin formakuntza egin zuen bitartean emakumezkoen artean portzentajea %84ra jaisten zen ($P=0,001$). Formakuntzara inoiz joan zirenen batezbesteko adina altuagoa zen ($\bar{x}=52,5$ eta %95 KT=(52,0–53,0)) inoiz ez joan ez zirenena baino ($\bar{x}=44,1$ eta %95 KT (42,4–45,8)) ($P<0,001$). Formakuntzara inoiz joan ez zirenen portzentajea %11koa zen medikuen artean eta %18koa erizainen artean ($P=0,002$) eta LMAN lan-esperientzia luzeagoa duten profesionalen artean (20 urte baino gehiago) inoiz formakuntzara joan zirenak gehiago ziren esperientzia laburragoa zutenak baino (%93 vs. %79) ($P<0,001$). Ikusi 6.5 taula.

Aldagai bakarreko analisisian profesionalak egiten duten formakuntza eta adina, sexua eta LMAN lan egiten dirauten denbora adierazgarriki erlazionatzen zirenez aldagai anitzeko erregresio logistikoa planteatu genuen. Aldagai guztiak kontuan izanik, profesionalaren adina izan zen formakuntzarekin adierazgarritasuna mantendu zuen bakarra. Profesionalen adina urte betez igotzerakoan formakuntza egiteko probabilitatea %8a igotzen zen (OR=1,09 eta %95 KT=(1,07–1,11)).

Koordinazio zentroak antolatutako jardunaldi zientifikoei dagokionez haien berri izatea eta bertaratzea aztertu genituen (6.6 eta 6.7 taulak). Osasun profesionalen artean %63ak haien berri zuen eta %34ak gutxienez behin joan zen. Bestalde, ez genituen kategoria profesionalaren arabera alderik ikusi haien ospatzearen berri izateari buruz galdetzerakoan (erizainen %64a eta medikuen %62a).

6.3. taula

Galdetegia erantzun zuten LMAko osasun profesionalen ezaugarri orokorrak

	Totala (N=1216)	Medikuak n=616 (50,7)	Erizainak n=600 (49,3)	P ^a
Sexua				
Emakumezkoa	951 (78,2)	398 (64,6)	553 (92,2)	<0,001
Gizonezkoa	265 (21,8)	218 (35,4)	47 (7,8)	
Adina: \bar{x} eta DE	51,3 (9,3)	52,3 (8,48)	50,16 (10,05)	<0,001
LMA zentroa				
Ertaina-handia	1.104 (90,8)	562 (91,2)	542 (90,3)	0,587
Txikia	112 (9,2)	54 (8,8)	58 (9,7)	
Lan-kontratu mota				
Finkoa	956 (78,8)	478 (77,6)	478 (79,7)	0,178
Ez finkoa	257 (21,2)	135 (21,9)	122 (20,3)	
Zentroaren parte-hartzea baheketan^b				
< %68.4	431 (35,4)	217 (35,2)	214 (35,7)	0,873
≥ %68.4	785 (64,6)	399 (64,8)	386 (64,3)	
Esperientzia LMAn				
< 20 urte	660 (54,4)	260 (42,3)	400 (66,9)	<0,001
≥ 20 urte	553 (45,6)	355 (57,7)	198 (33,1)	
LMAko zentroaren ordutegia				
08:00-15:00	579 (47,7)	279 (45,4)	300 (50,1)	<0,001
08:00-20:00	474 (39,1)	277 (45,1)	197 (32,9)	
08:00-17:00	69 (5,7)	37 (6,0)	32 (5,3)	
Besteak	91 (7,5)	21 (3,4)	70 (11,7)	
Profesionalaren lan- ordutegia				
Goizez	829 (70,3)	412 (68,8)	417 (71,9)	0,213
Arratsaldez	307 (26,0)	160 (26,7)	141 (25,3)	
Biak	43 (3,6)	27 (4,5)	16 (2,8)	
Txandakako ordutegia				
Txandarik ez	889 (78,4)	423 (71,8)	466 (85,5)	<0,001
Txandakakoa	245 (21,6)	166 (28,2)	79 (14,5)	

Taula honetan maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu aldagai guztietarako adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta kategoria profesionalerako modalitate bakoitzeko portzentajea (zutabe-portzentajea).

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA)

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen Khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili dira.

^b Zentroaren parte-hartzearen batezbestekoa baheketa programaren batezbesteko parte-hartzearekin alderatu dugu.

6.4. taula

Profesionalek KOMaren baheketa programari ematen zioten garrantzia

	N	Garrantzia			<i>P</i> ^a
		Ez da garrantzitsua n (%)	Garrantzitsua n (%)	Oso garrantzitsua n (%)	
Totala	1189	16 (1,3)	274 (22,8)	910 (75,8)	
Sexua					
Gizonezkoa	1189	5 (1,9)	59 (22,7)	196 (75,4)	0,606
Emakumezkoa		11 (1,2)	215 (22,9)	714 (76,0)	
Kategoria profesionala					
Medikua	1189	5 (0,8)	173 (28,5)	428 (70,6)	< 0,001
Erizaina		11 (1,9)	101 (17,0)	482 (81,1)	
Esperientzia LMAn					
<20 urte	1186	11 (1,7)	158 (24,2)	483 (74,1)	0,203
≥20 urte		5 (0,9)	115 (21,1)	425 (78,0)	
Adina: \bar{x} eta DE	1189	47,5 (12,4)	50,6 (9,2)	51,5 (9,3)	0,126

Taula honetan aldagai kategorikoetarako maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten dira eta lerro-portzentajeak talde bakoitzerako.

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA)

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa eta Mann-Whitney erabili dira.

6.5 taula

Profesionalek programaren barruan egiten duten formakuntza

	Formakuntza			<i>P</i> ^a
	N	Inoiz n (%)	Behin edo gehiagotan n (%)	
Totala	1189	173 (14,6)	1016 (85,4)	
Sexua				
Gizonezkoa	1189	21 (8,0)	240 (92,0)	0,001
Emakumezkoa		152 (16,4)	776 (83,6)	
Kategoria profesionala				
Medikua	1189	69 (11,4)	536 (88,6)	0,002
Erizaina		104 (17,8)	480 (82,2)	
Esperientzia LMA ⁿ				
<20 urte	1186	135 (21,1)	506 (78,9)	< 0,001
≥20 urte		38 (7,0)	507 (93,0)	
Adina: \bar{x} eta DE	1189	44,1 (11,2)	52,54 (8,3)	< 0,001

Taula honetan aldagai kategorikoetarako maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta lerro-portzentajeak talde bakoitzerako.

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA)

^a*P* baloreak kalkulatzeko Pearson-en khi-karratu testa eta Mann-Whitney erabili dira.

Jardunaldietara bertaratzean ere alde adierazgarriak ikusi genituen, jardunaldietara inoiz joan zirenen artean erizainen portzentajea altuagoa zen medikuen bano (%40 vs. %29 hurrenez hurren) ($P < 0,001$). Adinaren arabera bietan aldeak estatistikoki adierazgarriak izan ziren, jardunaldien berri izatean eta jardunaldietara joatean ($P < 0,001$); oro har, haien berri zuten eta joaten ziren profesionalen batezbesteko adina 3 urte altuagoa zen jakin ez edo joan ez zirenen bano (berri izatean batezbesteko adina 49,0 vs. 52,8 eta joatean 50,2 vs. 53,4). Nahiz eta lan esperientzia luzeago zutenak estatistikoki adierazgarria zen portzentaje altuagoan jardunaldien berri izan esperientzia laburragoa zutenak bano (%67 vs. %60; $P = 0,014$), ez zen estatistikoki adierazgarria zen alderik ikusi, ezta jardunaldietara inoiz joan ez zirenen artean ere ($P = 0,08$). Sexuaren arabera ere aldeak ez ziren estatistikoki adierazgarriak izan jardunaldien berri izatean ezta bertaratzean ere ez.

6.6 taula

Profesionalek KOMaren baheketa programaren koordinazio zentroak antolatutako jardunaldi zientifikoaren berri izatea

	Jardunaldien berri izatea			<i>P</i> ^a
	N	Ez	Bai	
Totala	1214	452 (37,2)	762 (62,8)	
Sexua				
Gizonezkoa	1081	21 (44,7)	26 (55,3)	0,335
Emakumezkoa		207 (37,6)	344 (62,4)	
Kategoria profesionala				
Medikua	1214	224 (36,4)	392 (63,6)	0,525
Erizaina		228 (38,1)	370 (61,9)	
Esperientzia LMA ⁿ				
<20 urte	1211	266 (40,4)	393 (59,6)	0,014
≥20 urte		185 (33,5)	367 (66,5)	
Adina: \bar{x} eta DE	1065	49,0 (10,296)	52,6 (8,411)	< 0,001

Taula honetan maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta lerro-portzentajeak talde bakoitzerako.

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA)

^a*P* baloreak kalkulatzeko Pearson-en khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili ditugu.

Pazientearen heziketan oso erabilgarria izan daitekeen on-line plataforma bat eskuragarri dago KOMaren baheketa programan, bai profesional eta bai herritarrentzako. Plataformari buruzko ezagutza eta erabileraren analisisien emaitza 8. taulan agertzen da. Osasun profesionalen %81ak plataforma ezagutzen zuen eta %82ak behar zuenean erabiltzen zuen. Ez ziren estatistikoki adierazgarriak ziren aldeak ikusi erizain eta medikuen artean ez ezagutzen (medikuen %79 eta erizainen %82, $P=0,137$) ezta erabiltzen dutenen portzentajearen ere (%80 vs. %84 hurrenez hurren, $P=0,101$). Plataforma ezagutzen zutenen adinari dagokionez, ezagutzen zutenen batezbestekoa ezagutzen ez zutenena baino adierazgarriki altuagoa izan zen ($\bar{x}=51,8$ eta $49,3$ hurrenez hurren) eta aldea estatistikoki adierazgarria ($P<0,001$); eredu bera errepikatzen zen plataformaren erabilera analizatzerakoan ($\bar{x}=51,7$ eta $\bar{x}=50,2$ hurrenez hurren eta $P=0,037$). Sexuaren arabera ez genuen ezberdintasunik ikusi. Ikusi 6.8 eta 6.9 taulak.

6.7 taula

Profesionalek KOMaren baheketa programaren koordinazio zentroak antolatutako jardunaldi zientifikoetara joatea

	Jardunaldietara joatea			<i>P</i> ^a
	N	Inoiz	Behin edo gehiagotan	
Totala		700 (65,7)	365 (34,3)	
Sexua				
Gizonezkoa	1065	159 (64,9)	86 (35,1)	0,755
Emakumezkoa		541 (66,0)	279 (34,0)	
Kategoria profesionala				
Medikua	1065	411 (70,6)	171 (29,4)	< 0,001
Erizaina		289 (59,8)	194 (40,2)	
Esperientzia LMA ⁿ				
<20 urte	1063	387 (68,1)	181 (31,9)	0,080
≥20 urte		312 (63,0)	183 (37,0)	
Adina: \bar{x} eta DE	1065	50,2 (9,831)	53,4 (7,765)	< 0,001

Taula honetan maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta lerro-portzentajeak talde bakoitzerako.

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA).

^a*P* baloreak kalkulatzeko Pearson-en khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili ditugu.

Jardunaldietan parte-hartzeari dagokionez, honen eta kategoria profesionalaren eta adinaren arteko erlazioa adierazgarria izanik erregresio logistiko anizkoitzeko eredu bat egin genuen. Horrela medikuak jardunaldietara joateko probabilitatea erizainen probabilitatearen bikoitza dela ikusi genuen adin bererako (OR=1,78 eta %95 KT=(1,37–2,31)). Adinari dagokionez, urte bakoitzeko jardunaldietara joateko probabilitatea %5a igotzen da (OR=1,05 eta %95 KT=(1,03–1,06)). Ikusi 6.10 taula. Ereduaren ROC kurbaren azpiko azalera 0,658 izan zen (%95 KT=(0,612–0,704), *P*<0,001), ikusi kapitulu honetako bigarren irudia. Hosmer-Lemeshow arabera eredia ondo kalibratuta dago (khi karratua=8,332, *P*=0,402).

6.8 taula

Profesionalen KOMaren baheketa programari buruzko on-line plataformaren ezagutza

	On-line errekurtsioak ezagutzea			<i>P</i> ^a
	N	Ez	Bai	
Totala		235 (19.5)	972 (80.5)	
Sexua				
Gizonezkoa	1207	47 (17.8)	217 (82.2)	0.439
Emakumezkoa		188 (19.9)	755 (80.1)	
Kategoria profesionala				
Medikua	1207	129 (21.1)	481 (78.9)	0.137
Erizaina		106 (17.8)	491 (82.2)	
Esperientzia LMA ⁿ				
<20 urte	1204	108 (18.7)	470 (81.3)	0.482
≥20 urte		81 (17.0)	395 (83.0)	
Adina: \bar{x} eta DE	1207	49.3 (9.9)	51.8 (9.2)	< 0.001

Lerroetarako maiztasunak eta portzentajeak erakusten ditugu, adinean izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra).

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA).

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearson khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili ditugu.

2.3. Erantzuleen ezaugarriak sexuaren arabera

Galdetegia erantzun zuten profesionalen lagina sexuaren arabera aztertu genuen, bai lagin osoa, baita kategoria profesional bakoitzean ere (erizainak eta medikuak). Kapitulu honen hamaikagarren taulan (6.11) ikusi daitezke talde osoaren analisiaren emaitzak. Lan-kontratu iraunkorra zuten profesionalen portzentajea altuagoa izan zen gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino (%86 vs. %77; $P=0,001$). Gizonezkoen artean ere 20 urte baino gehiagoko esperientzia zutenen portzentajea altuagoa izan zen (%69 vs. %39,1; $P<0,001$). Lan ordutegiari dagokionez, kontsulta goizez soilik zeukatenean portzentajea altuagoa zen gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino (%79 vs. %68; $P=0,001$). Goizez bakarrik zabalik dagoen zentro batean lan egiten zuten gizonezkoen portzentajea altuagoa izan zen emakumezkoena baino (%52 vs. %46; $P=0,014$). Azkenik, formakuntza saioretara inoiz joan zirenen portzentajea altuagoa zen gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino (%92 vs. %84; $P=0,001$).

6.9 taula

Profesionalen KOMaren baheketa programari buruzko on-line plataformaren erabilera

	On-line errekurtsok erabiltzea			<i>P</i> ^a
	N	Ez	Bai	
Totala		189 (17.9)	867 (82.1)	
Sexua				
Gizonezkoa	1056	41 (17.7)	190 (82.3)	0.947
Emakumezkoa		148 (17.9)	677 (82.1)	
Kategoria profesionala				
Medikua	1056	104 (19.8)	420 (80.2)	0.101
Erizaina		85 (16.0)	447 (84.0)	
Esperientzia LMA ⁿ				
<20 urte	1054	108 (18.7)	470 (81.3)	0.482
≥20 urte		81 (17.0)	8395 (83.0)	
Adina: \bar{x} eta DE	1056	50,2 (9.5)	51,7 (9.3)	0.037

Lerroetarako maiztasunak eta portzentajeak erakusten ditugu, adinean izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra).

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA).

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearson khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili ditugu.

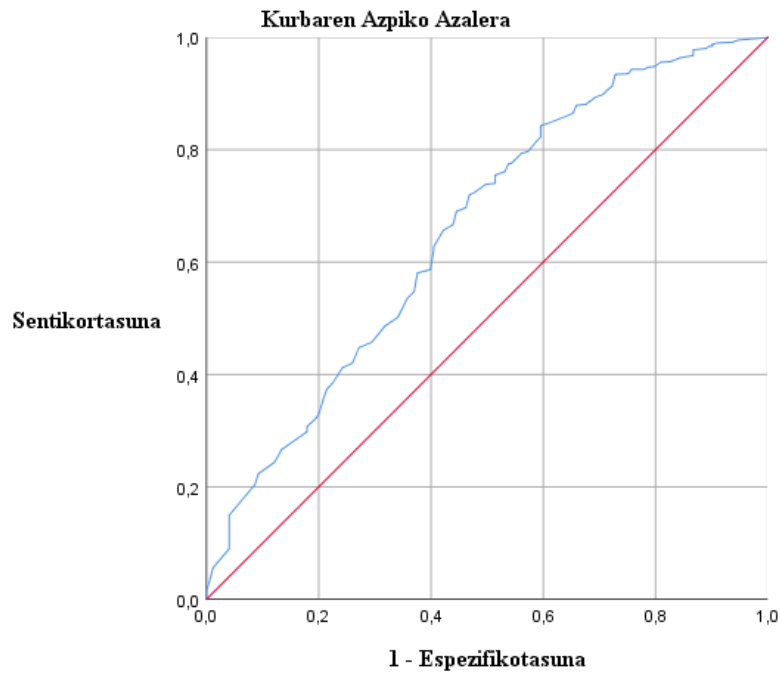
6.10 taula

Jardunaldi zientifikoetara joateko probabilitatea kalkulatzeko egindako erregresio logistikoaren emaitzak

	Beta	DE	<i>P</i>	OR=exp(beta)	%95 KT
Medikua	0,577	0,133	<0,001	1,781	(1,371–2,313)
Erizaina	–	–	–	–	–
Adina (urteak)	0,577	0,133	<0,001	1,045	(1,029–1,061)

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), konfiantza-tartea (KT)

Osasun profesional guztien analisisia egin eta gero erizainak eta medikuak bereiztu genituen. Aipatu behar da erizainen artean ez genuela estatistikoki adierazgarriak ziren alderik ikusi. Ikusi 6.12 taula.



6.2 irudia. Formakuntza egiteari dagokion erregresio logistiko bidezko ereduaren ROC kurbaren azpiko azalera.

6.11 taula

LMAko profesionalen ezaugarriak sexuaren arabera sailkatuta (taularen jarraipena hurrengo orrialdean dago)

	Faltakoak N=1216 n (%)	Emakumezkoak N=951 n (%)	Gizonak N=265 n (%)	P ^a
Osasun zentroaren parte-hartzea				
< %68,4		350 (36,8)	81 (30,6)	0,060
≥ %68,4		601 (63,2)	184 (69,4)	
LMA zentroaren tamaina				
Ertaina-handia		863 (90,7)	241 (90,9)	0,922
Txikia		88 (9,3)	24 (9,1)	
Lan-kontratu mota				
Iraunkorra		729 (76,7)	227 (86,3)	0,001
Ez-iraunkorra		221 (23,3)	36 (13,7)	
Esperientzia LMAn	3 (0,2)			
<20 urte		577 (60,9)	83 (31,3)	<0,001
≥20 urte		371 (39,1)	182 (68,7)	
Zentroaren ordutegia	3 (0,2)			
08:00-15:00		440 (46,4)	139 (52,5)	0,014
08:00-20:00		378 (39,9)	96 (36,2)	
08:00-17:00		49 (5,2)	20 (7,5)	
Besteak		81 (8,5)	10 (3,8)	
Kontsulta ordutegia	37 (3)			
Goizez		626 (67,8)	203 (79,3)	0,001
Arratsaldez		264 (28,6)	43 (16,8)	
Biak		33 (3,6)	10 (3,9)	
Profesionalaren ordutegia	82 (6,8)			
Txandakakoa		192 (21,8)	53 (21,0)	0,802
Finkoa		690 (78,2)	199 (79,0)	
Jardunaldien berri izatea	2 (0,16)			
Ez		358 (37,7)	94 (35,5)	0,503
Bai		591 (62,3)	171 (64,5)	

	Faltakoak N=1216 n (%)	Emakumezkoak N=951 n (%)	Gizonak N=265 n (%)	<i>P</i> ^a
Jardunaldietara joatea	151 (12,4)			
Ez		541 (66,0)	159 (64,9)	0,755
Bai		279 (34,0)	86 (35,1)	
Plataforma ezagutzea	9 (0,7)			
Ez		188 (19,9)	47 (17,8)	0,439
Bai		755 (80,1)	217 (82,2)	
Plataforma erabiltzea	160 (13,2)			
Ez		148 (17,9)	41 (17,7)	0,947
Behar duenean		677 (82,1)	190 (82,3)	
Formakuntza saioetara joatea	27 (2,2)			
Inoiz		152 (16,4)	21 (8,0)	0,001
Behin edo behin baino gehiagotan		776 (83,6)	240 (92,0)	
Programari ematen dion garrantzia	16 (1,3)			
Oso gutxi/gutxi		11 (1,2)	5 (1,9)	0,606
Garrantzitsua		215 (22,9)	59 (22,7)	
Oso garrantzitsua		714 (76,0)	196 (75,4)	

Taula honetan maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, aldagai guztietarako adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta sexu bakoitzerako zutabe-portzentajeak.

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA)

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili genituen.

6.12 taula

Erizainen ezaugarriak sexuaren arabera sailkatuta (taularen jarraipena hurrengo bi orrialdeetan dago)

	Faltakoak N (%)	Totala N=600	Emakumezkoak N=553 n(%)	Gizonak N=47 n(%)	<i>P</i> ^a
Osasun zentroaren parte-hartzea		600			0,940
< %68,4		214 (35,7)	197 (35,6)	17 (36,2)	
≥ %68,4		386 (64,3)	356 (64,4)	30 (63,8)	
LMA zentroaren tamaina		600			0,797
Ertain-handia		542 (90,3)	500 (90,4)	42 (89,4)	
Txikia		58 (9,7)	53 (90,6)	5 (10,6)	
Lan-kontratua		600			0,334
Finkoa		478 (79,7)	438 (79,2)	40 (84,1)	
Ez finkoa		122 (20,3)	115 (20,8)	7 (14,9)	
Esperientzia LMAn	2 (0,3)	598			0,267
<20 urte		400 (66,9)	372 (67,5)	28 (59,6)	
≥20 urte		198 (33,1)	179 (32,5)	19 (40,4)	
Zentroaren ordutegia	1 (1,7)	599			0,9232
08:00-15:00		300 (50,1)	275 (49,8)	25 (53,2)	
08:00-20:00		197 (32,9)	183 (33,2)	14 (29,8)	
08:00-17:00		32 (5,3)	29 (5,3)	3 (6,4)	
Besteak		70 (11,7)	65 (11,8)	5 (10,6)	
Kontsulta ordutegia	20 (3,3)	580			0,999
Goizez		417 (71,9)	384 (71,8)	33 (73,3)	
Arratsaldez		147 (25,3)	136 (35,4)	11 (24,4)	
Biak		16 (2,8)	15 (2,8)	1 (2,2)	

	Faltakoak N (%)	Totala N=600	Emakumezkoak N=553 n(%)	Gizonak N=47 n(%)	<i>P</i> ^a
Profesionalaren ordutegia	55 (9,2)	545			0,916
Txandakakoa		79 (14,5)	73 (14,5)	6 (14,0)	
Finkoa		466 (85,5)	429 (85,5)	37 (86,0)	
Jardunaldien berri izatea	2 (0,3)	598			0,335
Ez		228 (38,1)	207 (37,6)	21 (44,7)	
Bai		370 (61,9)	344 (62,4)	26 (55,3)	
Jardunaldietara joatea	117 (19,5)	483			0,256
Ez		289 (59,8)	269 (60,6)	20 (51,3)	
Bai		194 (40,2)	175 (39,4)	19 (48,7)	
Plataforma ezagutzea	3 (0,5)	597			0,351
Ez		106 (17,8)	100 (18,2)	6 (12,8)	
Bai			450 (81,8)	41 (87,2)	
Plataforma erabiltzea	68 (12,7)	532			0,955
Ez		85 (16,0)	78 (16,0)	7 (16,3)	
Behar duenean		447 (84,0)	411 (84,0)	36 (83,7)	
Formakuntza saioetara joatea	12 (2)	584			0,379
Inoiz		104 (17,8)	98 (18,2)	6 (13,0)	
Behin edo behin baino gehiagotan		480 (82,2)	440 (81,8)	40 (87,0)	

	Faltakoak N (%)	Totala N=600	Emakumezkoak N=553 n(%)	Gizonak N=47 n(%)	<i>P</i> ^a
Programari ematen dion garrantzia	6 (1)	594			0,4521
Oso gutxi/gutxi		11 (1,9)	10 (1,8)	1 (2,2)	
Garrantzitsua		101 (17,0)	96 (17,5)	5 (10,9)	
Oso garrantzitsua		482 (81,1)	442 (80,7)	40 (87,0)	

Taula honetan maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, aldagai guztietarako adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta sexu bakoitzerako zutabe-portzentajeak.

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA)

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili genituen.

Medikuen ezaugarriak 6.13 taulan azaltzen ditugu. EAEko programaren parte-hartzea baino altuagoa zuten zentroetan gizonezkoen portzentajea altuagoa izan zen emakumezkoena baino (%71 vs. %62 eta $P=0,024$). Lan kontratu iraunkorra duten gizonezkoen portzentajea altuagoa da gizonezkoetan ere (%87 vs. %73 eta $P<0,001$), LMA 20 urte baino gehiago lanean aritu ziren gizonezkoen portzentajea altuagoa da gizonezkoen artean emakumezkoen artean baino (%75 vs. %48 eta $P<0,001$). Kontsulta goizez zeukaten gizonezkoen portzentajea altuagoa da (%71 vs. %62 eta $P<0,001$). Formakuntzari dagokionez, behin edo gehiagotan formakuntzara joan zirenen portzentajea gizonezkoetan altuagoa da emakumezkoetan baino (%93 vs. %86 eta $P=0,011$). Azkenik, nabarmendu behar da ba daudela programari ematen dioten garrantzian ezberdintasunak ere. Gizonezkoen %73a oso garrantzitsua kontsideratzen dute programa eta portzentaje hori %69koa izan zen emakumezkoen artean ($P<0,001$).

6.13 taula

Medikuen ezaugarriak sexuaren arabera sailkatuta (taularen jarraipena hurrengo bi orrialdeetan dago)

	Faltakoak N (%)	Totala N=616	Emakumezkoak N=398 n(%)	Gizonak N=218 n(%)	<i>P</i> ^a
Osasun zentroaren parte-hartzea					0,024
< %68,4		217 (35,2)	153 (38,4)	64 (39,4)	
≥ %68,4		399 (64,8)	245 (61,6)	154 (70,6)	
LMA zentroaren tamaina					0,974
Ertain-handi		562 (91,2)	363 (91,2)	199 (91,3)	
Txikia		54 (8,8)	35 (8,8)	19 (8,7)	
Lan-kontratu mota	3 (0,5)				<0,001
Iraunkorra		478 (78,0)	291 (73,3)	187 (86,6)	
Ez-iraunkor		135 (22,0)	106 (26,7)	29 (13,4)	
Esperientzia LMAn	1 (0,2)				<0,001
<20 urte		260 (42,3)	205 (51,6)	55 (25,2)	
≥20 urte		355 (57,7)	192 (48,4)	163 (74,8)	
Zentroaren ordutegia	2 (0,3)				0,013
08:00-15:00		279 (45,4)	165 (41,7)	114 (52,3)	
08:00-20:00		277 (45,1)	195 (49,2)	82 (37,6)	
08:00-17:00		37 (6,0)	20 (5,1)	17 (7,8)	
Besteak		21 (3,4)	16 (4,0)	5 (2,3)	

	Faltakoak N(%)	Totala N=616	Emakumezkoak N=398 n(%)	Gizonak N=218 N(%)	<i>P</i> ^a
Kontsulta ordutegia					<0,001
Goizez	1 (0,2)	412 (68.8)	242 (62.4)	170 (70.6)	
Arratsaldez		160 (26.7)	128 (33.0)	32 (15.2)	
Biak		27 (4.5)	18 (4.6)	9 (4.3)	
Profesionalaren ordutegia	11 (1,8)		308 (64.5)	209 (35.5)	0.023
Txandaka		166 (28.2)	119 (31.3)	47 (22.5)	
Finkoa		423 (71.8)	261 (68.7)	162 (77.5)	
Jardunaldien berri izatea					0.272
Ez		224 (36.4)	151 (37.9)	73 (33.5)	
Bai		392 (63.6)	247 (62.1)	145 (66.5)	
Jardunaldietara joatea	34 (5,5)				0.218
Ez		411 (70.6)	272 (72.3)	139 (67.5)	
Bai		171(29.4)	104 (27.7)	67 (32.5)	
Plataforma ezagutzea	6 (0,9)		393	217	0.311
Ez		129 (21.1)	88 (22.4)	41 (18.9)	
Bai		481 (78.9)	305 (77.6)	176 (81.1)	
Plataforma erabiltzea	92 (14,9)		336	188	0.449
Ez		104 (19.8)	70 (20.8)	34 (18.1)	
Behar duenean		420 (80.2)	266 (79.2)	154 (81.9)	
Formakuntza saiotara joatea	11 (1,8)		390	215	0.011
Inoiz		69 (11.4)	54 (13.8)	15 (7.0)	
Behin edo behin baino gehiagotan		536 (88.6)	336 (86.2)	200 (93.0)	

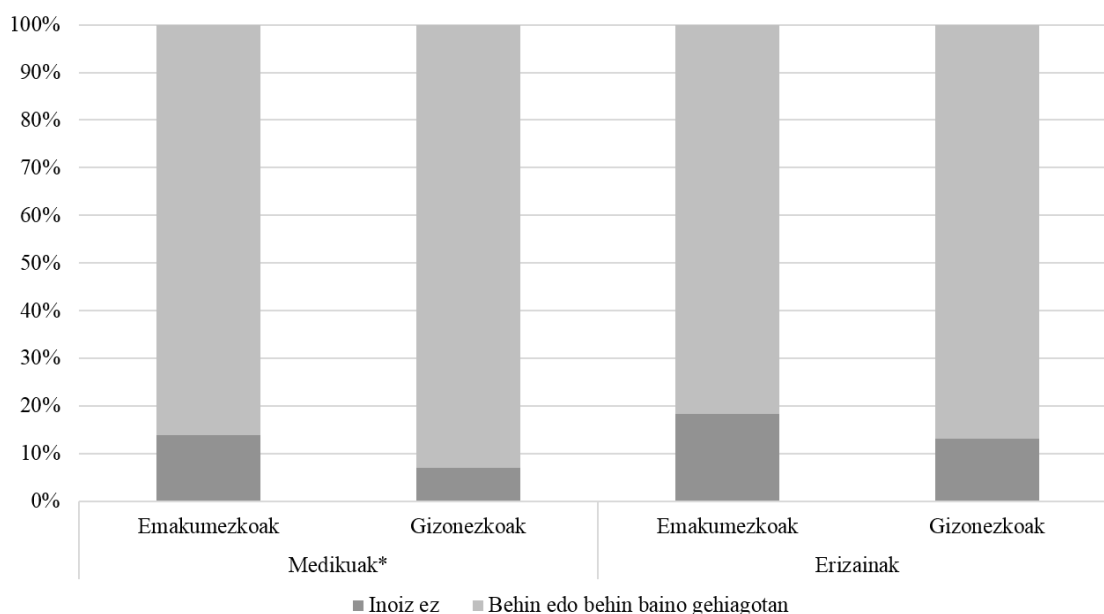
	Faltakoak N (%)	Totala N=616	Emakumezkoak N=398 n(%)	Gizonak N=218 n(%)	<i>P</i> ^a
Programari ematen dion garrantzia	10 (1,6)		392	214	<0,001
Oso gutxi		5 (0.8)	1 (0.3)	4 (1.9)	
Garrantzitsu		173 (28.5)	119 (30.4)	54 (25.2)	
Oso garrantzitsua		428 (70.6)	272 (69.4)	156 (72.9)	

Taula honetan maiztasunak eta portzentajeak adierazten ditugu, aldagai guztietarako adinerako izan ezik (batezbestekoa eta desbideratze estandarra). Lagin osorako portzentaje totalak adierazten ditugu eta sexu bakoitzerako zutabe-portzentajeak.

Laburdurak: desbideratze estandarra (DE), Lehen Mailako Arreta (LMA)

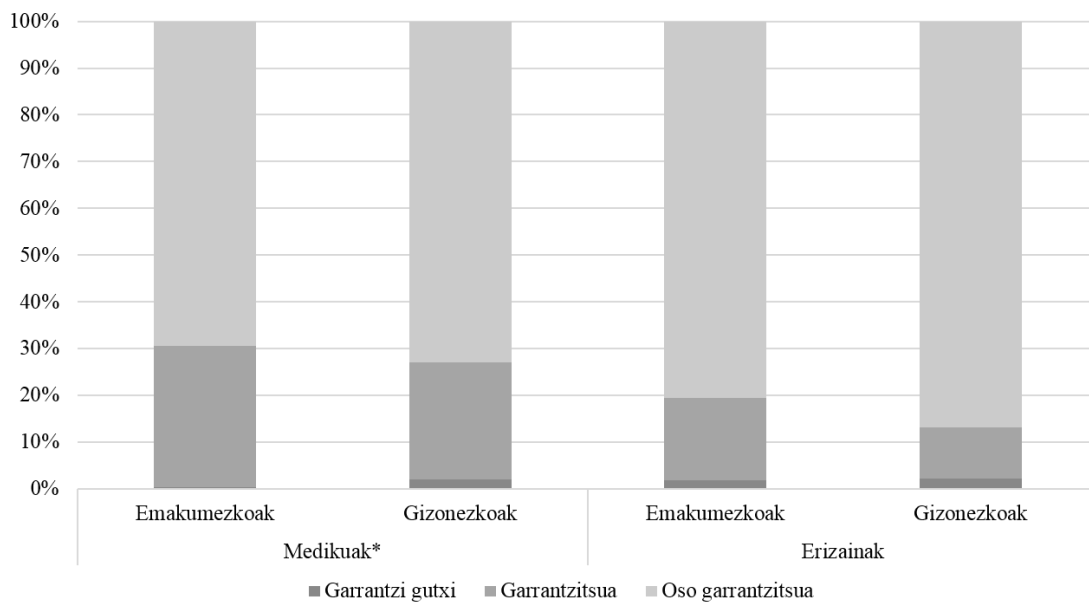
^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa eta Mann-Whitney testa erabili genituen.

Bukatzeko, 6.2 irudian ikusi ditzakegu emakumezko eta gizonezkoen arteko ezberdintasunak formakuntzara bertaratzea aztertzen dugunean kategoria profesional bakoitzaren barruan. 6.3 irudian ere aldeak ikusi daitezke baina kasu honetan programari ematen dioten garrantziari dagokionez.



* Diferentzia estatistikoki adierazgarria ($P < 0,001$)

6.3 irudia. Formakuntza jardueratara joatea kategoria profesionala eta sexuaren arabera.



* Diferentzia estatistikoki adierazgarria ($P < 0,001$)

6.4 irudia. Profesionalek programari ematen dioten garrantzia kategoria profesionala eta sexuaren arabera.

3. Eztabaida

Ikerketa honetan KOMaren baheketa programa inplementatzen duten profesionalen inplikazioa deskribatzen dugu. Emaitzak LMAn lan egiten duten profesionalen lagin handi batetan oinarritzen dira. Erizainen artean programak duen garrantzia, programak antolatzen dituen jardunaldietan bertaratzea eta on-line eskuragarri dagoen plataformaren ezagutza maila altuagoa izan zen medikuen artean baino. Orokorrean profesional zaharrenak programaren inguruan inplikazio eta kontzientzia maila handiagoa dutela gazteak baino ikusi dugu. LMAn esperientzia luzea izateak formakuntza jarduketetan parte-hartzea, jardunaldi zientifiko eta errekurtsioen erabilera altuagoan eragina duela ikusi genuen ere. Sexuaren arabeko analisian orokorrean ez genuen alde adierazgarririk ikusi.

EAEko KOMaren baheketa programaren oinarria LMAn kokatzen da. Ondorioz, LMAn lan egiten duten profesionalak funtsezkoak dira programak arrakasta izareko. Izan ere, literaturan deskribatu da osasun profesionalen gomendioa pazienteak baheketa programetan parte-hartzeko orduan, faktore aurreale bat izan daitekeela. Zehazki, paziente eta medikuaren arteko eztabaida parte-hartze tasa altuekin erlazionatu da, eta

aldi berean pazienteak parte hartzeko oztopoen artean eztabaidarako aukerarik ez izatea identifikatu dute osasun hornitzaileen mailan.

Bereziki erizainek duten osasun aholkularitzarekin lotutako eginkizunak berebiziko garrantzia dauka programaren inplementazioan. Medikuekin batera, herritarrekin konfiantzazko erlazio estua mantentzen duen taldea osatzen dute. Hain zuzen ere, Lafata *et al.*-ek (2014) medikuen aholkua programan parte hartzeko faktore zentralen artean deskribatu zuten. Era berean, aholkuak hurrengoko gonbidapenetan ere parte hartzen jarraitzean eragina dauka, atxikiduran hain zuzen ere, aholkurik jasotzen ez dutenekin konparatuz (Zapka, Puleo, Vickers-Lahti, eta Luckmann, 2002). Osasun profesionalak baheketa prozesua osatzen duten etapa guztietan zehar ematen diote arreta pertsonari. Gonbidapena jaso eta parte hartzeko erabakian eta lagina entregatzean, probaren emaitza positiboa izan eta gero behin betiko diagnostikoa egitea edo ez egitea (kolonoskopia) erabakitzerakoan eta beharrezko jarraibideekin edota behin betiko diagnostikoaren kudeaketan parte hartzen dute. Peterson *et al.*-ek (2016) egindako berrikuspen sistematikoan osasun zerbitzuen hornitzaile mailaren barruan profesionala eta pazientearen arteko komunikazioa aztertu zuten. KOMaren baheketan zehazki, parte hartzera animatzea, eta informatutako eta pazientearekin partekatutako erabakiak hartzea programan parte hartzearekin positiboki korrelazionatzen zela ondorioztatu zuten. Izan ere, aurretik aipatutako pazienteak eta profesionalaren arteko komunikazioa, gomendio sinpletik haratago, baheketa programan atxikidura egokia izateko beharrezko faktore bezala identifikatu da. Gainera, profesionala eta pazientearen arteko eztabaidaren sakontasunak eta kalitateak pazientearen erabakian rol garrantzitsua betetzen du (Peterson *et al.*, 2016).

Populazio baheketa programarako Espainiako erreferentziazko dokumentuan parte hartzeko erabakia informatua izan behar dela ezartzen du. Hortaz, beharrezkoa da gai honen inguruan informazio fidagarria izatea, hobe ebidentzia zientifikoan oinarrituta badago (Grupo de trabajo de la ponencia de cribado de la Comisión de Salud Pública, 2011). LMAko profesionala da programaren onurei buruz pazienteak informatzeko eginkizuna duena. Zentzu honetan, profesional hauentzako programak duen garrantzia eta formakuntza jarduketetan borondatez parte hartzea programaren arrakastarako funtsezko faktorea izan liteke.

Alde batetik, osasun profesionalen formakuntza egokia jarduketa prebentiboetan, hala nola baheketan, KOMan ere garrantzitsua da, baheketa programaren printzipioak ezagutu ditzaten (Grupo de trabajo de la ponencia de cribado de la Comisión de Salud Pública, 2011). Steele *et al.*, -ek (2012) programaren implementazioa baino lehen diziplina anitzeko formakuntza gomendatzen du. Bestetik, formakuntza oso garrantzitsua da paziente eta profesionalen arteko komunikazioa egokia izateko, bereziki pazienteei gomendioak egiterako momentuan. Formakuntzak profesionalaren kompetentziak eta baheketari buruzko ezagutza hobetu ditzake, baita baheketa programen abantailen eta desabantailen ezagutza ere (kalte potentzialak, banakako arrisku faktoreak...) (Peterson *et al.*, 2016). Honek pazientearen partaidetzarekin erabakiak hartzea eramango gintuzke, pazientean zentratutako ikuspuntutik prebentzioa egitera (Guessous *et al.*, 2010).

Ikerketa honen muga nagusia da, profesionalak formakuntza jaso arren, KOMari eta baheketari buruzko ezagutza eta kompetentziak garatu ote dituzten jakitea. Hortaz, profesional hauen ezagutza eta kompetentziak formakuntzaren ondoren neurtzeko tresnak diseinatzea beharrezkoa izango litzateke, eta are gehiago, hauen erlazioa programaren parte-hartze tasekin. Hala eta guztiz, oso zaila izango litzateke programaren implementazioa profesional zehatzen ezaugarriekin erlazionatzea. Kontuan hartu behar dugu LMAko talde osoak hartzen duela parte programaren implementazioan eta aldi berean herritarrak taldearen edozein kidearekin duela kontaktua, egoera ezberdinetan (hitzorduarekin, hitzordu barik, korridorean, kalean, etab.). Ondorioz, ikerketa honen emaitzak erabilgarriak izan daitezke baita osasun sistemaren kudeaketaren ardura eta profesionalen formakuntzaren ardura dutenentzako jarduketa hauetan hobekuntzak diseinatzeko. Ikerketa honen muga gehigarri bat erantzun-tasa baxua eduki duela izan da. Galdetegi labur bat diseinatu zen, betetzea sustatzeko, baina profesionalen helbide elektronikora bidali zen eta lan-tokian bete behar zen, honek beharbada parte-hartzeko oztopo izan da. Hala ere, beste egoera batzuetan osasun profesionali zuzendutako Internet bidezko inkestak erantzun tasa baxuak izan ohi dituzte (Braithwaite, Emery, De Lusignan, eta Sutton, 2003, Cho, Johnson, eta VanGeest, 2013, Cook, Heath, eta Thompson, 2000, Phillips *et al.*, 2017).

Formakuntza eta jardunaldietara doazen profesionalen adinari erreparatuz interesgarria izango litzateke profesional gazteei zuzendutako interbentzioak diseinatzea, behar bada formatu ezberdinetan, bereziki lan egonkortasunik ez duten profesionali

zuzendutakoak. Formakuntza profesional bakoitzaren rolean zentratu beharko litzateke, baina diziplina-anitzeko lanari eta lankideen arteko komunikazioa lehenetsiz.

Laburbilduz, LMAko erizainak eta medikuak EAEko KOMaren baheketa programan duten inplikazio maila altua da. Hau parte-hartze tasa altuekin erlazionatuta egon liteke eta programaren ebaluazioan kontuan hartu beharko litzateke.

7. kapitulu

Lehen Mailako Arretako mediku eta osasun zentroetako ezaugarriak gonbidatutako pertsonek parte-hartzean duten eragina

Kapitulu honetan garatutako lana *European Journal of Public Health* aldizkarira bidaltzeko eskuidatzia prestatzen ari gara.

Lehen Mailako Arretako mediku eta osasun zentroetako ezaugarriak gonbidatutako pertsonen parte-hartzean duten eragina

Minbiziaren baheketa programen arrakastarako herritarren parte-hartzea lortzea ezinbestekoa da, parte-hartze hau programaren onarpen eta eraginkortasunaren adierazlea da. Programaren ezarpenak hilkortasunean eragina izateko, parte-hartze tasak altuak izan behar dira (Klabunde *et al.*, 2015, Weller, Patnick, McIntosh, eta Dietrich, 2009). Parte-hartzea baheketa programak martxan jartzeko baldintza, ebaluatzeko irizpidea eta programa hobetzeko estrategiak garatu eta inplementatu ahal izateko tresna da eta parte-hartzean eragina izan dezaketen faktoreak ikertu izan dira.

Hainbat ikerketatan nabarmendu da osasun sistemaren eragina biztanleriaren parte-hartzean, herritarren ezaugarri eta ezaugarri psikosozialetaz aparte. Hala ere, orokorrean osasun-estalduran eta mediku eta pazienteen arteko harremanetan zentratu dira ikerketak osasun sistemaren beste hainbat ezaugarri alde batera utziz.

Ikerketa honetan, parte-hartzean eragina izan dezaketen EAEko osasun sistema publikoko ezaugarriak deskribatuko ditugu eta parte-hartzean eragina izan duten aztertuko dugu.

Hau guztia kontuan hartuz, lan honen helburuak honako hauek dira:

EAEko KOMaren baheketa programan 2009-2015 aldian parte-hartzera gonbidatutako pertsonen erantzuna parte-hartze horretan eta egindako proben emaitzak deskribatzea. Halaber, parte hartzen duten familia-mediku eta osasun zentroen ezaugarriak prozesuan duten eragina aztertzea.

KOMaren baheketa programan herritarren parte-hartzea baldintzatzen duten faktoreak identifikatzea hiru mailatan: gonbidatutako pertsonari dagozkion ezaugarriak, esleituta daukan osasun zentroari dagozkionak eta esleituta daukan familia-medikuari dagozkionak.

Osasun zentroetako KOMaren baheketa programaren praktika onen adierazleak, hala nola parte-hartze tasa, kolonoskopiak-egite tasa, kolonoskopiarako prestakuntza-

egoki tasa eta parte-hartze erregular tasak, aztertu eta haien arteko erlaziorik dagoen aztertzea.

1. Metodologia

1.1. Parte hartzaileak

Zeharkako behaketa-ikerketa honetan 2009-2015 aldian KOMaren baheketa programan parte hartzera gonbidatutako pertsona guztiak sartu genituen (N=1.041.212) eta datuak EAEko KOMaren baheketa programaren datu basetik eskuratu genituen.

1.2. Faktore independente potentzialak

Aztertutako aldagaiak hiru mailatan sailkatu daitezke: gonbidatutako pertsonen ezaugarriak, pertsona horiei esleitutako familia-medikuaren ezaugarriak eta azkenik dagokien osasun zentroaren ezaugarriak. Aldagai kategorikoak analisi deskribatzailea egiteko hainbat kategoriatan sailkatu genituen, alde batetik deskribapen zehatza egiteko eta bestetik analisisietan sartzeko. Ikerketa honetan erabilitako aldagai guztiak hirugarren kapituluan deskribatu ditugu (ikusi 2.3, 2.4 eta 2.5 taulak).

1.3. Analisi estatistikoa

Hasteko analisi deskribatzailea egin genuen. Aldagai kualitatiboetarako kategoria bakoitzerako maiztasun absolutuak (n) eta portzentajeak erakusten ditugu; aldagai kuantitatiboetarako aldiz, batezbestekoa (\bar{x}) eta desbideratze estandarra (DE). Gonbidatutako pertsonen ezaugarriak (parte-hartzea eta parte-hartzaile mota) sexuaren, adinaren (50-59 urte eta 60-70 urte) eta gabezia-indizearen arabera ere aztertu genituen. Horretarako, khi karratu testa erabili genuen, %5eko adierazgarritasun-mailarekin. Adina aldagai jarraitu bezala aztertzeko aldiz, Mann-Whitney test ez parametrikoa. osasun sistema deskribatzeko erabilitako aldagaiak (zentroaren eta familia-medikuen ezaugarriak) pertsonen parte-hartzearen arteko loturarik dagoen aztertzeko ere khi karratua erabili genuen.

Programa eta haren arrakasta neurtzeko zentroen parte-hartze tasa, kolonoskopia egite tasa eta kolonoskopiarako prestakuntza egoki tasak kontsideratzen dira praktika onen adierazle. Hauen hiruren arteko korrelazioa aztertzeko Spearman-en korrelazio-

koefizientea (r) kalkulatu genuen. Parte-hartze tasan EAEn daukaten banaketa ikusi ahal izateko, udal-mapa bat sortu genuen.

Gonbidatutako pertsonen parte-hartzea (bai ala ez) emaitza aldagaia kontsideratuz, hauen eta hiru mailetako aldagaien arteko erlazioa aztertu genuen aldagai bakarreko erregresio logistikoa erabiliz. Erregresio honetan erlazioa adierazgarria izan zenean aldagai anitzeko erregresioa planteatu genuen.

Ematen ditugun erregresio logistikoaren emaitzak koefizienteen estimazioak (beta), bere desbideratze estandarrak (DE), Odds Ratioak (betaren esponentziala) eta horien %95ko konfiantza tartek dira. Ereduaren doikuntza-egokitasuna Hosmer-Lemeshow testa bidez aztertzen dugu eta helburu den kasuetan eredia aurreratzeko gaitasuna ROC kurbaren azpiko azaleraren bidez adierazten dugu.

2. Emaitzak

2009-2015 aldian 1.041.212 pertsonen gonbidatu zitzaizen programan parte hartzerantz. Hauetatik %49a emakumezkoak izan ziren, eta batezbesteko adina 59 urtekoa izan zen. Gabezia-indizeari dagokionez, %43ak GI baxua zuen (GIaren lehenengo edo bigarren kintiletan kokatua), %20ak ertaina (GIaren hirugarren kintilean kokatua) eta %37ak altua (GIaren laugarren edo bosgarren kintiletan kokatua). GEO proba egin zuten 716.390 (%69) pertsonetatik %6ak emaitza positiboa izan zuten, eta 42.326ek kolonoskopia egin zuten positiboa konfirmatzeko kolonoskopia (%95ak). GEO proban emaitza positiboa izan zutenetatik, %65ak proba egin zuten lehenengo aldian gertatu zen, hasierako positiboa izan zen. Guztira 2.262 KOM diagnostikatu ziren 2009-2015 bitartean. Parte hartzerantz gonbidatutako pertsonen ezaugarriak eta GEO probaren emaitzak 7.1 taulan adierazten ditugu.

7.1 taula

*Programan 2009-2015 aldirian parte hartzera gonbidatutako pertsonen ezaugarriak
(taula honen jarraipena hurrengo orrialdean dago)*

	Faltakoak (%)	n(%)
Gonbidatuak (N=1.041.412)		
Parte-hartzea		
Ez		325.022 (31,2)
Bai		716.390 (68,8)
Parte-hartzaile mota		
Ez parte-hartzailea		299.792 (28,8)
Hasierakoa		384.714 (36,9)
Erregularra		269.586 (25,9)
Irregularra		87.320 (8,4)
Sexua		
Emakumezkoa		514.020 (49,4)
Gizonezkoa		527.392 (50,6)
Adina (urteak)		
50-59		602.571 (57,9)
60-70		438.841 (42,1)
Batezbestekoa (DE)		58.787 (5,761)
Gabezia-indizea	115.425 (11,1)	
Baxua (K1 eta K2)		399.340 (43,1)
Ertaina (K3)		188.762 (20,4)
Altua (K4 eta K5)		337.885 (36,4)
GEOi proba egin dutenak (N=716.367)		
Negatiboa		671.728 (93,8)
Positiboa		44.639 (6,2)
Batezbestekoa		
GEOi proban positibo eman dutenak (N=44.639)		
Positibo mota	2.147 (5)	
Hasierakoa		27.481 (64,7)
Segidakoa		15.011 (35,3)

	Faltakoak (%)	n(%)
Kolonoskopia egitera gonbidatzen direnak (N=44.639)		
Hestearen ikuskatzea kolonoskopian	4.613 (10,3)	
Osoa		39.508 (98,7)
Osatugabea		518 (1,3)
Prestakuntza	4.426 (9,9)	
Bikaina/ona		35.964 (89,4)
Ez egokia		4.249 (10,6)
Irregularra		
Aurkikuntzak	3.411 (7,6)	
Aurkikuntza nabarmenik ez		15.517 (37,6)
ABA		6.995(16,9)
AAA		16.494(40,0)
KOM		2.262(5,5)
	119 (5,3)	
Minbiziak		
I-II estadioak		1.651 (77,0)
III-IV estadioak		492(23,0)

2.1. Gonbidatutako pertsonen eta osasun zentroyen eta familia-medikuen ezaugarriak herritarren parte-hartzearen arabera

Gonbidatutako pertsonen %38a landa-eremuan kokatuta dagoen osasun zentroa esleituta dauka eta %62en medikua emakumezkoa da, 54,7 batezbesteko adinarekin (DE=7,3). Pertsonen %91ak lan-kontratu iraunkorra duen medikua du esleituta. Osasun sistema deskribatzeko erabilitako aldagaiak, hala nola, pertsonen esleitutako osasun zentroaren eta familia-medikuen ezaugarriak 7.2 taulan zehazten ditugu.

Ostean (7.2 taula) mediku eta osasun zentroaren ezaugarriak aztertzen ditugu, pertsonen parte-hartzearen arabera. Pertsonen esleituta duten medikuaren ezaugarriak aztertzerakoan, esan beharrekoa da ez genuela erlaziorik aurkitu parte-hartze eta medikuaren sexuaren artean ($P=0,103$). Adina aztertzerakoan aldiz, 50 urte baino gutxiago dituen medikua zutenen %70ak parte hartzen du, eta 50 urte baino gehiago

dituen medikua dutenen %68ak ($P<0,001$). Familia-medikua espezialitatea lortzeko bidea ere adierazgarriki erlazionatzen da pertsonak parte hartzearekin, horrela, Barne Mediku Egoiliar (BME) ikasketak egin dituen medikua duten pertsonen %70ak parte hartzen du eta bestelako espezialitateak edo Titulu Ofizialik Gabeko Mediku Espezialistentzako (TOGME) ez-ohiko deialdiaren bitartez espezialitatea lortu duten familia-medikua dutenen artean %69ak hartzen dute parte hurrenez hurren ($P<0,001$). Medikuen lan egoerari erreparatuz, ezberdintasun adierazgarriak daude, hain zuzen, kontratu iraunkorra duen medikua, bitartekoa, aldizkako eta ordezkoa dutenen %68,6, %68,0, %68,6 eta %70,2a parte hartzen dute hurrenez hurren ($P=0,002$). Alde batetik, esan beharrekoa da osasun zentroa goizez soilik edo egun osoa zabalik egotea ere baduela erlazio adierazgarria pertsonen parte hartzearekin, lehenak izanik parte-hartze tasa handiena dutenak (71,2 vs. 68,6, $P<0,001$). Bestetik, zentroaren kokapenak ere badauka eragina, izan ere, landa-eremuetan bizi diren pertsonen %71ak parte hartzen du eta hirietan bizi direnen %67ak ordea ($P<0,001$). Azkenik zentroaren antolamenduzko ezaugarriak ere badute eragina ($P<0,001$), parte-hartze tasak %69 izanik osasun zentroetan, %68 anbulatorioetan eta %71 kontsultategietan ($P>0,001$).

2.2. Gonbidatutako pertsonen parte-hartzea sexuaren arabera

Parte-hartzea eta parte hartzeko modua sexuaren arabera aztertzerakoan ezberdintasun adierazgarriak ikusi genituen bai parte hartzean, GEO proba egitean, baita parte hartzeko moduan ere. Gonbidatutako pertsonen sexuaren araberako ezberdintasunak aztertzerakoan emakumezkoak gizonezkoak baino portzentaje altuagoan parte hartzen dutela esan genezake (%68,9 vs. %68,7 hurrenez hurren; $P=0,026$). Parte hartzen dutenen artean, emakumezkoen %88,1ak eta gizonezkoen %88,3ak erregulartasunez egiten dute (ondoaz ondoko gonbidapenetan parte hartu). Ikusi 7.3 taula.

7.2 taula

Programara gonbidatuak dauden pertsonen osasun zentroen eta medikuen ezaugarriak

	n (%)	Parte-hartzea, n (%)		P ^a
		Ez	Bai	
Osasun zentroa (N=1.041.412)				
Irekiera ordutegia				< 0,001
Goiza	84.149 (8,1)	24.272 (28,8)	59.877 (71,2)	
Egun osoa	957.263 (91,9)	300.750 (31,4)	656.513 (68,6)	
Zentroaren kokapena				< 0,001
Landa-eremua	399.550 (38,4)	114.327 (28,6)	285.223 (71,4)	
Hiria	641.862 (61,6)	210.695 (32,8)	431.167 (67,2)	
Zentro mota				< 0,001
Osasun zentro edo ambulatorioa	973.615 (93,5)	269.260 (31,2)	594.149 (68,8)	
Kontsultategia	67.797 (6,5)	35.729 (32,4)	74.477 (67,6)	
Familia-medikua (N=900.171)				
Sexua				0,103
Gizonezkoa	340.755 (37,9)	107.521 (31,6)	233.234 (68,4)	
Emakumezkoa	559.416 (62,1)	175.596 (31,4)	383.820 (68,6)	
Adina (urteak)				< 0,001
<50	46.664 (5,2)	13.953 (29,9)	32.711 (70,1)	
≥50	853.507 (94,8)	269.164 (31,5)	584.343 (68,5)	
\bar{x} (DE) ^b	54,7 (7,3)			
Medikuaren formakuntza				< 0,001
BME	46.664 (5,2)	13.953 (29,9)	32.711 (70,1)	
EOGME	843.231 (93,7)	265.963 (31,5)	577.268 (68,5)	
Beste espezialitateak	10.276 (1,1)	3.201 (31,2)	7.075 (68,8)	
Lan-kontratu mota				0,002
Iraunkorra	815.246 (90,6)	256.297 (31,4)	558.949 (68,6)	
Bitartekoa	42.694 (4,7)	13.664 (32,0)	29.030 (68,0)	
Behin-behinekoa	35.619 (4,0)	11.185 (31,4)	24.434 (68,6)	
Ordezkoa	6.612 (0,7)	1.971 (29,8)	4.641 (70,2)	

Laburdurak: Barneko Mediku Egoiliarra (BME), Espezialitate Ofizialik Gabeko Mediku Espezialista (EOGME)

^a P baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa erabili genuen.

^b Aldagai jarraiak deskribatzeko batezbestekoa (\bar{x}) eta desbideratze estandarra (DE) erabili ditugu.

7.3 taula

Programan parte hartzera gonbidatuak dauden pertsonen ezaugarrien eta sexuaren arteko erlazioa

Totala N=1.041.412	Emakumezkoa n (%) n=514.020	Gizonezkoa n (%) n=527.392	<i>P</i> ^a
Parte-hartzea			0,026
Ez	159.899 (31,1)	165.123 (31,3)	
Bai	354.121 (68,9)	362.269 (68,7)	
Parte-hartzaile mota			< 0,001
Ez parte-hartzailea	147.625(28,7)	152.167 (28,9)	
Hasierakoa	195.103 (38,0)	189.611 (36,0)	
Erregularra	127.820 (24,9)	141.766 (26,9)	
Irregularra	43.472 (8,5)	43.848 (8,3)	
Parte-hartzaile erregularra n=741.620	n=366.395	n=375.225	0,017
Erregularra	322.923 (88,1)	331.377 (88,3)	
Irregularra	43.472 (11,9)	43.848 (11,7)	

Aldagai guztietarako maiztasunak eta portzentajeak erakusten ditugu, eta portzentajeak zutabeka.

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa erabili genuen.

Programan parte hartzen dutenen adina altuagoa da parte hartzen ez dutenena baino, 59 urte (DE=5,7) vs. 58 urte (DE=5,8) hurrenez hurren ($P<0,001$). Parte hartzeko moduari dagokionez ezberdintasun adierazgarriak ikusi ditugu 60 urte baino gutxiago eta 60 urte baino gehiagoko pertsonen artean, horrela parte-hartzaile erregularretatik %89ak 60 urte baino gutxiago ditu eta %88ak 60 urte baino gehiago ($P<0,001$). Ikusi 7.4 taula.

GI baxua (1. eta 2. kintilak) dutenen %69,4a, ertaina (3. kintila) dutenen %71,9a eta altua dutenen (4. eta 5. kintilak) hartzen dute parte programan eta aldeak esanguratsuki adierazgarriak dira ($P<0,001$). Baita parte hartzeko erregulartasunean ere, %87,9ak, %89ak eta %87,5ak parte-hartzaile erregularrak dira ($P<0,001$). Ikusi 7.5 taula.

7.4 taula

Programan parte hartzera gonbidatuak dauden pertsonen ezaugarrien eta adinaren arteko erlazioa

Totala N=1.041.412	50-59 urte n=602.271 n (%)	60-70 urte n=438.841 n (%)	<i>P</i> ^a
Parte-hartzea			< 0,001
Ez	200.289 (33,2)	124.733 (28,4)	
Bai	402.282 (66,8)	314.108 (71,6)	
Parte-hartzaile mota			< 0,001
Ez parte-hartzailea	186.063 (30,9)	113.729 (25,9)	
Hasierakoa	236.111 (39,2)	148.603 (33,9)	
Erregularra	133.216 (22,1)	136.370 (31,1)	
Irregularra	47.181 (7,8)	40.139 (9,1)	
Parte-hartzaile erregularra n=741.620			< 0,001
Erregularra	369.327 (88,7)	284.973 (87,7)	
Irregularra	47.181 (11,3)	40.139 (12,3)	

Aldagai guztietarako maiztasunak eta portzentajeak erakusten ditugu, eta portzentajeak zutabeka.

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa erabili genuen.

Behin gonbidatutako pertsonen ezaugarriak aztertuta osasun zentroen eta bertan lan egiten duten medikuen ezaugarriei ekingo diegu. Osasun zentroaren (ordutegia, kokapena eta zentro mota) ezaugarriak eta LMAko unitatearen parte-hartze tasak adierazgarriki erlazionatzen dira. Izan ere, goizez baino ez zabalik dauden zentro guztiak Europako Gidan desiragarri (>%65) ezarri den tasa baino parte-hartze tasa altuagoak dituzte; hauxe bera gertatzen da goizez eta arratsalde zabalik dauden zentroen %75ean. Era berean, landa eremuan kokatuta dauden zentroen %86ak parte-hartze tasa desiragarriak ditu eta hirian dauden zentroen %66ak. Azkenik, osasun zentro eta anbulatorioen %79ak parte-hartze desiragarria du eta kontsultategietan daudenen %82ak. Hiru kasuetan portzentajeak adierazgarriki ezberdinak dira ($P < 0,001$). Ikusi 7.6 taula.

7.5 taula

Programan parte hartzera gonbidatua dauden herritarren ezaugarrien eta gabezia-indizearen arteko erlazioa

Totala N=925.987	Gabezia-indizea n(%)			<i>P</i> ^a
	Baxua	Ertaina	Altua	
Parte-hartzea				< 0,001
Ez	122.287 (30,6)	53.024 (28,1)	106.226 (31,4)	
Bai	277.053 (69,4)	135.738 (71,9)	231.659 (68,6)	
Parte-hartzaile mota				< 0,001
Ez parte-hartzailea	112.171 (28,1)	48.677 (25,8)	97.674 (28,9)	
Hasierakoa	149.134 (27,3)	73.287 (38,8)	117.766 (34,9)	
Erregularra	103.365 (25,9)	51.406 (27,2)	92.422 (27,4)	
Irregularra	34.670 (8,7)	15.392 (8,2)	30.023 (8,9)	
Parte-hartzaile erregularra				< 0,001
Erregularra	252.499 (87,9)	124.693 (89,0)	210.188 (87,5)	
Irregularra	34.670 (12,1)	15.392 (11,0)	30.023 (12,5)	

Aldagai guztietarako maiztasunak eta portzentajeak erakusten ditugu, eta portzentajeak zutabeka.

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa erabili genuen.

7.6 taula

Programan parte hartzera gonbidatua dauden pertsonen osasun zentroaren ezaugarriak eta zentroaren parte-hartze tasaren arteko erlazioa. Erreferentzia Europako Gidan desiragarri kontsideratutakoa

N=465	Zentroaren parte-hartzea		<i>P</i> ^a
	≤%65 n(%)	>%65 n(%)	
Irekiera ordutegia			< 0,001
Goizez	0 (0)	99 (100)	
Egun osoa	93 (25,4)	273 (74,6)	
Zentroaren kokapena			< 0,001
Landa-eremua	46 (14,0)	282 (86,0)	
Hiria	47 (34,3)	90 (65,7)	
Zentro mota			< 0,001
Osasun zentroa	67 (20,3)	263 (79,7)	
Anbulatorioa	6 (31,6)	13 (68,4)	
Kontsultategia	20 (17,2)	96 (82,8)	

Aldagai guztietarako maiztasunak eta portzentajeak erakusten ditugu, eta portzentajeak lerroka.

^a *P* baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa erabili genuen.

7.7 taula

Programan parte hartzera gonbidatuta dauden pertsonen parte hartzea eta LMAko medikuen ezaugarrien arteko erlazioa

	Totala N	Parte-hartzea, n (%)		P ^a
		Ez	Bai	
Sexua	900.171			0,103
Gizonezkoa		107.521 (31,6)	233.234 (68,4)	
Emakumezkoa		175.596 (31,4)	383.820 (68,6)	
Adina	900.171			< 0,001
<50 urte		13.953 (29,9)	32.711 (70,1)	
≥ 50 urte		369.164 (31,5)	584.343 (68,5)	
Medikuaren formakuntza	900.171			< 0,001
BME		13.953 (29,9)	32.711 (70,1)	
EOGME		265.963 (31,5)	577.268 (68,5)	
Beste espezialitateak		3.201 (31,2)	7.075 (68,8)	
Lan-kontratu mota	900.171			0,002
Iraunkorra		256.297 (31,4)	558.949 (68,6)	
Bitartekoa		13.664 (32,0)	29.030 (68,0)	
Behin-behinekoa		11.185 (31,4)	24.434 (68,6)	
Ordezkoa		1.971 (29,8)	4.641 (70,2)	
Irekiera ordutegia	1.041.412			< 0,001
Goizez		24.272 (28,8)	59.877 (71,2)	
Egun osoa		300.750 (31,4)	656.513 (68,6)	
Zentroaren kokapena	1.041.412			< 0,001
Landa-eremua		114.327 (28,6)	285.223 (71,4)	
Hiria		210.695 (32,8)	431.167 (67,2)	
Zentro mota	1.041.412			< 0,001
Osasun zentroa		269.260 (31,2)	594.149 (68,8)	
Anbulatorioa		35.729 (32,4)	74.477 (67,6)	
Kontsultategia		20.033 (29,5)	47.764 (70,5)	

Aldagai guztietarako maiztasunak eta portzentajeak erakusten ditugu, eta portzentajeak lerroka.

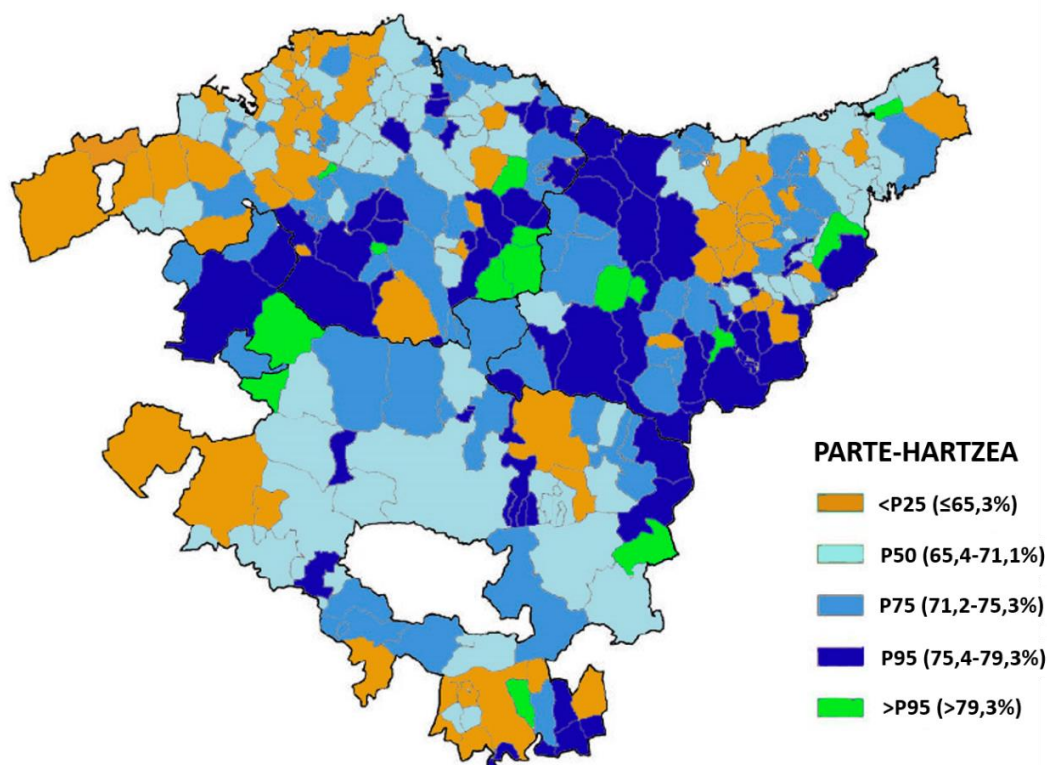
Laburdurak: Barneko Mediku Egoiliarra (BME), Espezialitate Ofizialik Gabeko Mediku Espezialista (EOGME)

^a P baloreak kalkulatzeko Pearsonen khi-karratu testa erabili genuen.

2.3. Programaren emaitzak EAEn

Parte-hartze tasak ez dira homogeenak EAE osoan, 1. irudian ikusi daitekeen moduan, udalen %79ak %65,4a baino altuagoak dira (Europako Gidan %65a parte-hartze tasa desiragarria da).

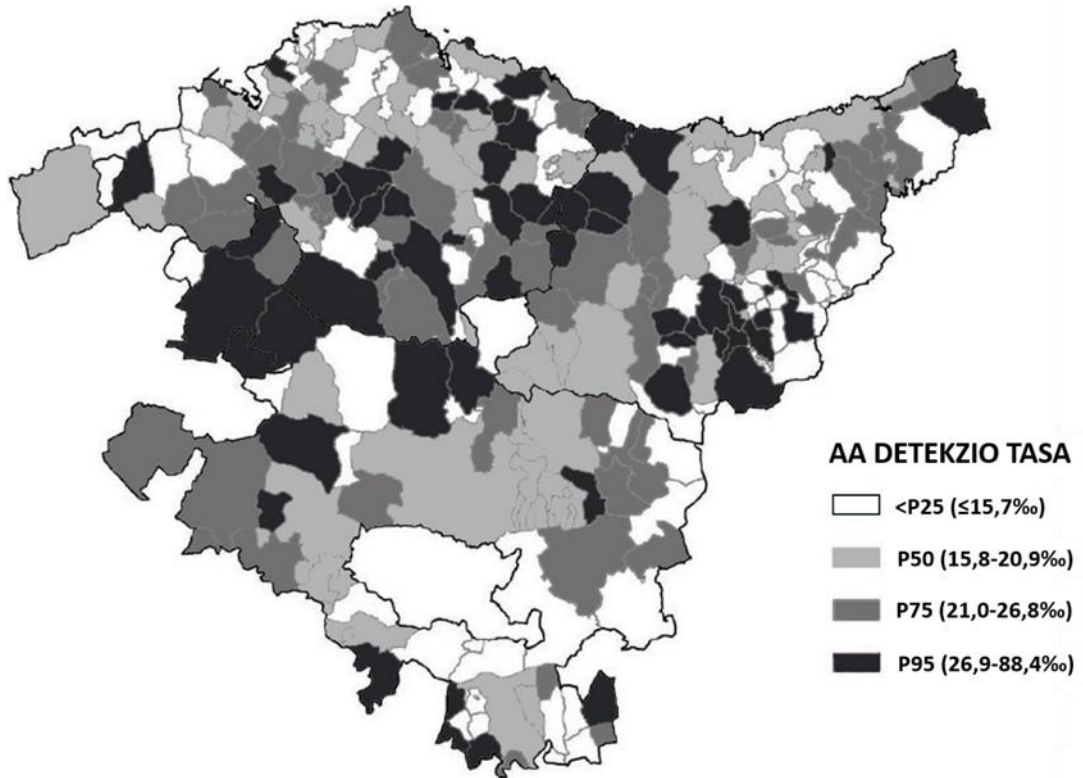
Zentroen parte-hartze tasa, kolonoskopia-egite tasa eta kolonoskopiarako prestakuntza egoki tasak aztertzerakoan esan beharrekoa da ez dagoela haien arteko korrelaziorik. Zentroaren parte-hartze tasa eta parte-hartze erregularraren tasen artean bai ordea, kasu honetan erlazioa oso handia dela esan genezake ($r=0,896$) (Ikusi 7.8 taula). 2. irudian tasa hauen arteko sakabanatze diagramak aurkezten ditugu.



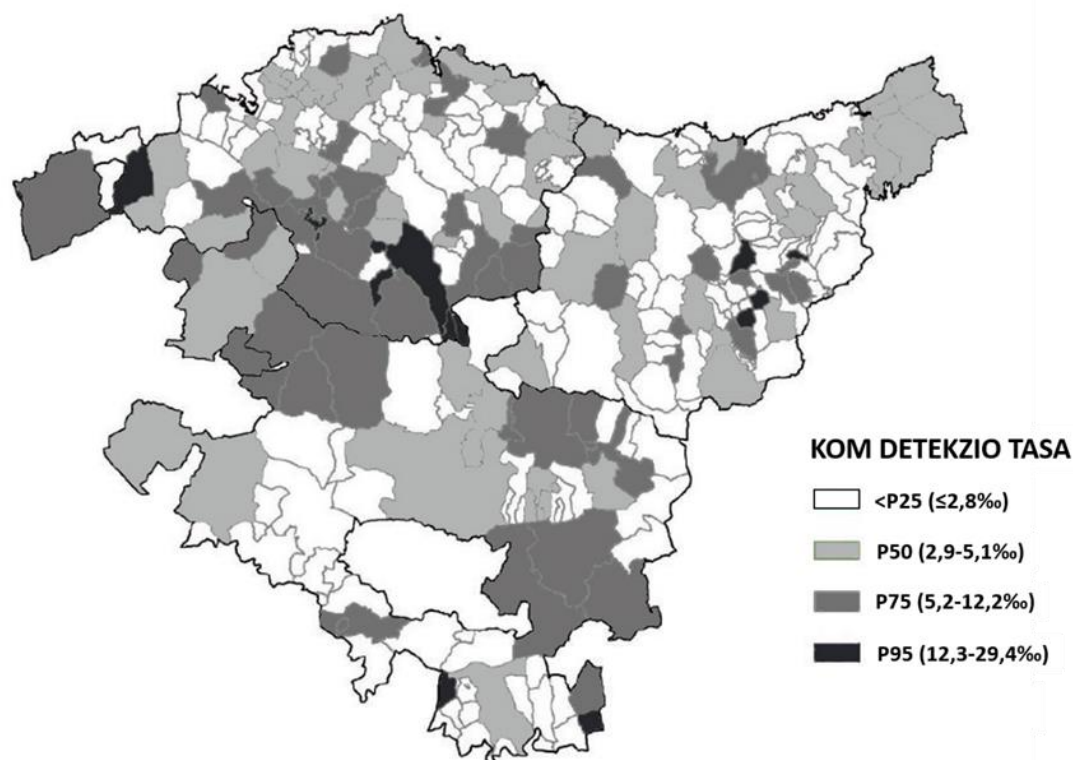
7.1 irudia. EAeko udalen KOMaren baheketan parte-hartze tasak pertzentiletan banatuta.

Lehenengo kapituluan azaldu den moduan, GEO proba egin eta gero positibo ematen duten pazienteei kolonoskopia egitea eskaintzen zaie, diagnostikoa konfirmatzeko. Kolonoskopian adenoma aurreratuak (AA) eta kartzinomak (KOM)

agertu daitezke, hauek nabarmentzen ditugu lesio arriskutsuenak direlako. 7.2 eta 7.3 irudietan udalerrietako AA eta KOM detekzio-tasak aurkezten ditugu.



7.2 irudia. EAEko udalerrien adenoma aurreratuen detekzio tasak.



7.3 irudia. EAEko udalerrien kartzinomen aurreratuen detekzio tasak.

7.8 taula

Zentroaren praktika onen adierazleen arteko korrelazioak

	\bar{x} N=1.048.247	Desbideratze estandarra	Spearman korrelazio indizea	P^a
Parte-hartze tasa	68,62	4,946	0,490	< 0,001
Kolonoskopia egite tasa	93,52	2,376		
Parte-hartze tasa	68,62	4,946	0,374	< 0,001
Kolonoskopiako prestakuntza egoki tasa	89,20	6,336		
Kolonoskopiak egite tasa	93,52	2,376	0,493	< 0,001
Kolonoskopiako prestakuntza egoki tasa	89,20	6,336		
Parte-hartze tasa	68,62	4,946	0,896	< 0,001
Parte-hartze erregular tasa ^a	62,69	6,234		

^a Parte hartze erregular tasa: osasun zentroan programan erregulariki parte hartzen duten herritarren ehunekoak.

2.4. Parte-hartzean eragina izan dezaketen faktoreen eta parte-hartzearen arteko erlazioen azterketa

Parte-hartzearen analisi deskribatzailearen emaitzak aurkeztu ostean, parte-hartze horretan beste hainbat aldagai azaltzaileek duten eragina aztertzerakoan lortutako emaitzak erakutsiko ditugu orain. Lehendabizi banakako erregresio logistiko erduetatik lortutako emaitzak aurkeztuko ditugu eta segidan aldagai anitzeko erduetan lortutakoak.

Aldagai bakarreko analisisian hainbat aldagai erlazionatu genituen banakako parte-hartzearekin (ikusi 7.9 taula); hain zuzen, pertsonari dagokionez sexua, adina eta GI; zentroari dagokionez ordutegia, kokapena eta mota; eta familia-medikuari dagokionez adina eta espezialitatea lortzeko bidea.

Aldagai guztiak sartzerakoan aldagai anitzeko erregresio logistikoan pertsonari dagokionez sexua eta adina; osasun zentroaren ordutegia, kokapena eta mota; eta medikuaren adina izan ziren estatistikoki erlazio adierazgarria erakutsi zutenak programan parte hartzearekin. Ikusi 7.10 taula.

Hosmer-Lemeshow testak erdua ez zegoela ondo kalibratuta adierazten zuen (khi karratua=128,004 eta $P<0,001$) eta ROC kurbaren azpiko azalera 0,540 (%95 KT=(0,539–0,541)).

7.9 taula

Banakako parte-hartzean eragina izan dezaketen faktoreen aldagai bakarreko analisiaren emaitzak

Aldagaiak	Beta	P	OR=Exp (beta)	%95KT
Pertsonak				
Emakumezkoa	0,009	0,026	1,009	(1,001–1,018)
Gizonezkoa	–	–	–	–
Adina ≥60 urte	0,226	< 0,001	1,254	(1,243–1,264)
Adina <60 urte	–	–	–	–
GI altua-ertaina (K3, K4, K5)	0,018	< 0,001	1,018	(1,009–1,027)
GI baxua (K1, K2)	–	–	–	–
Osasun zentroa				
Goizeko ordutegia	0,122	< 0,001	1,130	(1,113–1,148)
Arratsaldeko ordutegia	–	–	–	–
Landa-eremuan kokatuta	0,1998	< 0,001	1,219	(1,209–1,230)
Hirian kokatuta	–	–	–	–
Kontsultategia	0,084	< 0,001	1,088	(1,069–1,106)
Osasun zentroa edo anbulategia	–	–	–	–
Medikua				
Emakumezkoa	–0,084	0,103	0,992	(0,983–1,002)
Gizonezkoa	–	–	–	–
Adina <50 urte	0,077	< 0,001	1,080	(1,058–1,102)
Adina ≥50 urte	–	–	–	–
BME	0,018	0,397	1,018	(0,976–1,062)
TOGME edo besteak	–	–	–	–
Lan kontratu iraunkorra	0,007	0,394	1,007	(0,991–1,022)
Lan kontratu ez iraunkorra	–	–	–	–

Laburdurak: Gabezia-indizea (GI), Barne Mediku Egoiliarra (BME), Titulu Ofizialik Gabeko Mediku Espezialista (TOGME), Konfiantza-tartea (KT).

7.10 taula

Banakako parte-hartzerako aldagai anitzeko erregresio logistikoaren emaitzak

Aldagaiak	Beta	P	OR=Exp (beta)	%95KT
Pazientea				
Emakumezkoa	0,027	<0,001	1,027	(1,008–1,037)
Gizonezkoa	–	–	–	–
Adina ≥60 urte	0,220	<0,001	1,246	(1,234–1,257)
Adina <60 urte	–	–	–	–
Osasun zentroa				
Goizeko ordutegia	0,090	<0,001	1,095	(1,070–1,120)
Arratsaldeko ordutegia	–	–	–	–
Landa-eremuan kokatuta	0,185	<0,001	1,204	(1,192–1,215)
Hirian kokatuta	–	–	–	–
Kontsultategia	0,036	<0,001	1,036	(1,011–1,062)
Osasun zentroa edo ambulategia	–	–	–	–
Medikua				
Adina <50 urte	0,038	<0,001	1,039	(1,018–1,060)
Adina ≥50 urte	–	–	–	–

Laburdurak: Konfiantza-tartea (KT).

3. Eztabaida

Ikerketa honetan EAEko KOMaren baheketa programan parte hartzean eta ondorengo emaitzetan eragina izan dezaketen faktoreak aztertu ditugu. Literaturaren arabera, hainbat faktoreek dute eragina baheketa programen parte-hartzean, horien artean osasun sistemak. Medikuekin kontaktuan jartzeko aukera izatea da parte-hartzea errazten duten faktoreetako bat. Alde batetik, familia-medikua bisitatzeak izan dezakeen eragina aztertu zuten Seef *et al.*-ek EEBBetan, eta medikua azken urtean gutxienez behin bisitatu izana parte-hartzearen faktore indartsuenetarikoa dela ondorioztatu zuten (Seeff *et al.*, 2004). Medikuek baheketa gomendatzeak edota medikuarekin eztabaidatzeko aukera izateak ere baheketerako motibazioa areagotzen du (Janz, Wren, Schottenfeld, eta Guire, 2003, Zapka, Puleo, Vickers-Lahti, eta Luckmann, 2002, Peterson *et al.*, 2016, Lafata, Cooper, Divine, Oja-Tebbe, eta Flocke, 2014). Bestetik, osasun-estaldurarik ez

izatea edo unibertsala ez izatea parte hartzeko oztopo moduan identifikatu izan dira (Wools, Dapper, eta de Leeuw, 2016).

Osasun sistemaren barruan aipatutako faktoreez aparte, beste faktore batzuek KOMaren baheketa programan parte hartzera gonbidatutako pertsonen parte-hartzean eragina dutela ikusi dugu. Hala ere, oraindik ba daude literaturan osasun sistemaren barruan kontsideratu ez diren faktoreak, horietariko batzuk ikerketa honetan aztertu ditugu. Horrela, familia-medikuaren adina eta osasun zentroaren ordutegia, kokapena eta tamaina ere faktore erabakigarriak dira parte-hartzean. Hain zuzen, mediku gazteak (<50 urte) alde batetik eta goizez zabalitzen diren, landa-eremuetan kokatzen diren eta txikiak diren osasun zentroak bestetik, parte-hartze altuagoekin erlazionatzen dira. Aipatu beharrekoa da ere osasun zentro berean parte-hartze tasa altuak izatea ez duela beste praktika onen adierazleekin korrelaziorik. Gure aurkikuntzetariko batzuk ez datoz bat Wools *et al.*-ek egindako berrikuspen sistematikoarekin, medikua emakumezkoa izatea eta esperientzia laburra izatea LMAn parte hartzeko oztopo direla aipatzen duten arren, gure ikerketan emaitzak adierazgarriak ez direla zehazten dute.

Osasun zentroen adierazleei dagokionez, ikerketa honetan ikusi dugu nahiz eta osasun zentroaren parte-hartze tasak altuak izan kolonoskopien egite edo prestakuntza egoki tasak ez direla zertan altuak izan behar, eta alderantziz. Hala ere, nabarmendu behar da parte-hartze tasaren eta parte-hartze erregular tasaren arteko korrelazioa aurkitu dugula. Parte-hartze tasa altuak duten zentroetan pertsona gehiagok hartzen dute parte programan erregularitasunez ere, gonbidatzen zaien guztietan. Izan ere, Pornet *et al.*-ek erregularitasunez parte hartzea medikuaren gonbidapenarekin adierazgarriki erlazionatu zuten (Pornet, Denis, Perrin, Gendre, eta Launoy, 2014). Gure ikerketan hori aztertu ezin izan den elementu bat da, hala ere baliteke aurkitutako hura azken horren adierazlea izatea.

Ezaugarri sozioekonomikoak ere baheketaren parte-hartzean eragina daukatela deskribatu da (Wools *et al.*, 2016). Ikerketa honetan maila sozioekonomikoa eta maila sozial baxuak parte-hartzean izan dezakeen eragina aztertu dugu, eta beste ikerketetan faktore hauek oztopo moduan deskribatu dira (Honein-AbouHaidar *et al.*, 2013, van Dam *et al.*, 2013). Gure ikerketan maila sozioekonomikoa GIaren bitartez (Domínguez-Berjón

et al., 2008) aztertu ahal izan dugu, baita haren eragina ere. Hala ere, ez da faktore bakarra. Gure ikerketan GI altua duten pertsonen parte-hartzeko probabilitate handiagoa dutela ikusi dugu, eta hau ez dator bat literaturarekin (Frederiksen, Jørgensen, Brasso, Holten, eta Osler, 2010, Honein-AbouHaidar *et al.*, 2013, Molina-Barcelo, Salas-Trejo, Peiro-Perez, eta Malaga Lopez, 2011, von Wagner *et al.*, 2011, Weller eta Campbell, 2009). Ildo horretatik Honein-AbouHaidar *et al.*-ek (2013) Ontarion egindako ikerketan ondorioztatu zuten maila sozioekonomiko baxua eta landa-eremuetako herrietan bizitzea parterik ez hartzeko jarrera indartzen dutela. Gure emaitzen arabera, aldiz, GIaren hirugarren, laugarren edo bosgarren kintilaren barruan egotea (maila sozioekonomiko ertaina eta baxuak) parte hartzearekin positiboki erlazionatzen da EAEn. Testuingurua kontuan hartuz aipatu beharrekoa da 2018 urteko EAEko Osasun Inkestaren arabera (Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa Osasun Saila, 2018b), populazioaren portzentaje altu batek osasun aseguru pribatua duela. Aseguru pribatua dutenen portzentajea bikoiztu egiten da maila sozial altuetan baxuenarekin konparatuz, are gehiago, gizonezkoen kasuan boskoiztu ere egin da. Klase sozial altuko 45-64 urteko gizonezkoen %24ak eta emakumezkoen %13ak du aseguru pribatua; eta 65-74 urteko gizonezkoen %29ak eta emakumezkoen %25ak. Maila sozioekonomiko baxuenari erreparatuz, 45-64 urte bitarteko gizonezkoen %4ak du aseguru pribatua eta emakumezkoen %5ak, eta 64-74 urte bitarteko gizonezkoen %4a eta emakumezkoen %3a. Egoera honetan, GI altua duten herritarren parte-hartzea GI baxua dutena baino baxuagoa izatearen arrazoiatariko bat, lehen horiek osasun arreta sistema pribatura jotzen dutela etorkizunean kontrastatu beharreko hipotesia izango litzateke.

Osasun zentroen ezaugarriei dagokionez, hirian dauden zentroen ordutegiak zabalagoak izan arren eta bertara joateko erraztasuna eta irisgarritasuna hobeak izan arren, horiek ez direla parte hartzearen faktore erabakigarri bakarrak ondorioztatu dezakegu. Landa eremuko herrietako zentroak, eta tamaina txikikoak diren kontsultategiak populazioaren eta osasun sistemaren arteko harreman estua baimentzen dute. Hortaz, horiek izan daitezke baita parte-hartzea hobetzen duten beste ezaugarri batzuk..

LMAn programa inplementatzen denean bertan lan egiten duten profesional guztiak inplikatzeko dira. Baina inplikazio horrek, ez ditu emaitza berdinak ematen programaren praktika onen adierazle guztietan. Oro har esfortzuak batez ere GEO proba

egitean zentratzen dira LMAko zentroetan, eta beharbada batzuetan kolonoskopia tasetan eta kolonoskopiarako prestakuntzan arreta berezia jarri beharko litzateke. Hau jakitea interes handikoa da tasa horiek zentroka aztertu eta profesionalen formakuntza eta errekurtsioak egoera bakoitzera moldatzeko aukera ematen baitu.

Azkenik, gure ikerketak mugak dituela esan behar dugu. Nabarmenena osasun sistemaren ezagutzen ditugun eta ezagutzen ez ditugun hainbat faktore ikertu ez izana da, hala nola, LMAn lan egiten duten beste profesionalen ezaugarriak (erizainak eta Pazientearen Arretarako Eremuko profesionalak). Gainera, EAeko osasun sistemaren kudeaketa araudiaren arabera, ez da posiblea profesional hauen eta pertsonen arteko erlazioa ezartzea, biztanleari esleitzen zaion profesional bakarra medikua delako eta ez dagoelako beste profesionalekin inolako lotura administratiborik.

Alde batetik, gure emaitzak literaturarekin konparatzerakoan kontuan hartu behar da beste herrietan nabarmenak diren faktoreak gure ingurunean, EAEn, eragin ezberdina izan ditzaketela osasun-estaldura unibertsala dela eta. Bestetik, gure emaitzak kontuan hartuz ikerketa zabalagoak egin beharko lirateke faktore hauek guztiak eta ikerketa honetan identifikatu ez ditugunekin, eta literaturan deskribatu direnekin, eragin handiena dutenak identifikatu eta horiek landu ahal izateko, tasa hobeak lortzeko helburuarekin. Profesionalen eta herritarren arteko harremanari dagokionez, erabiltzen duten hizkuntza, osasun zerbitzuak erabiltzeko maiztasuna (hauek profesionalarekin duten erlazioaren adierazle izan daitezke) eta profesional eta herritarren artean ezartzen den erlazioa aztertu beharko litzateke. Profesionalen aldetik haien ordutegiak, formakuntza, etab., horrek programarekiko jarreraren adierazle izan daitezkelako, eta herritarren aldetik garraioak, etxetik zentrorra dagoen distantzia, pertsonen erabiltzen duten aseguramendua (osasun zerbitzu publiko edo pribatuetara jotzen duen), etab. ere kontuan hartu beharko lirateke. Programaren ezarpena neurtzeko, programaren inplementazioa homogeneoa den jakitea, zentro guztietan berdin inplementatzen den edo estrategia bereziak martxan jartzen dituzten ere oso baliagarria izango litzateke. Azkenik, gure gizartean prebentzio programen parte-hartzean maila sozioekonomikoak duen eragina aztertu beharko litzateke, osasun-estaldura publikoa eta pribatua sakonki aztertuz.

Funtsean, EAEko herritarrek KOMaren baheketa programan parte hartzean hamaika faktorek eragiten dute; hala nola pertsonen eta beraien ezaugarri sozioekonomikoei lotutako hainbat edo osasun sistemari atxiki ahal zaizkion beste hainbat. Hain zuzen, osasun sistemaren barruan osasun zentroen ezaugarriak eta kokapena eta familia-medikuaren berezitasunak ere pertsonen parte hartzeko erabakia baldintzatu dezakete

8. kapitula

Eztabaida orokorra

Eztabaida orokorra

Tesi honetan aurkezten dugun ikerkuntza prozesua osatuta dagoela, lau azpi-ikerketetan lortutako emaitzak uztartzea da hurrengo pausua. EAEko KOMaren baheketa programan parte-hartzean eragina izan dezaketen faktoreak aztertzeke informazio iturri ezberdinetatik lortutako informazioa erabili dugu, hala nola, publikatutako literatura, LMAN programa inplementatzen duten profesionalak, Osakidetzako datu-baseak eta KOMaren baheketa programaren datu-basea. Horretara Metodologia Mistoak eman digun aukera azpimarratu behar dugu. Izan ere, osagarriak diren era ezberdinak erabiliz aztertu ahal izan dugu informazio hau, kualitatiboki eta kuantitatiboki hain zuzen ere. Ikerketa kuantitatiboak maneiatzen ditugun datuak aztertuz ari garen gaia kokatzen eta patriak ezartzen laguntzen digun bitartean, kualitatiboak istorioa programa lan-eremuan nola garatzen den eta zelako eragina duen jakin eta ulertzen laguntzen digu. Ikuspegi biak elkartzeko aukera izateak ikuspegi kuantitatibo tradizionala aberasteko balio izan digu. Ondorioz, ikuspegi hauek biak integratzea herritarrek baheketa programan parte-hartzearen ulermen zabalagoa izateko aukera eman digu.

Jarraian kapitulu ezberdinetan lortutako emaitzak eztabaidatuko ditugu. Hasteko herritarrei dagozkien ezaugarriei dagokionez sexuak parte-hartzean duen eragina aipatu behar dugu. Berrikuspen sistematikoan ondorioztatu dugun bezala, emakumezkoak gehiago hartzen dute parte KOMaren baheketa programetan gizonetzkoak baino. EAEn ere hala gertatzen dela konfirmatu dugu profesionalen aburuz, are gehiago, emakumeak bikotearen parte-hartzean duen eragina ere nabarmentzen dute. Zazpigarren kapituluaren ere ikusi dugunez emakumezkoak gehiago hartzen dute parte, baina gizonetzkoak erregularragoak direla ikusi dugu ordea.

Herritarren egoera sozioekonomikoa ere faktore erabakigarri moduan agertzen da literaturan, maila baxua parte hartzekeko oztopoa izanik. EAEn aldiz, kontrakoa ikusi dugu, klase sozial baxuenak portzentaje altuagoan hartzen dute parte. Nabarmendu behar dugu gure ikerketan maila sozioekonomikoa aztertzeke GIa erabili dugula. Zazpigarren kapituluaren azaldu dugun moduan, alde batetik EAEn osasun-estaldura unibertsala dela eta herritar guztien parte-hartzea sustatzen dela, eta bestetik maila sozioekonomiko altuetan aseguru pribatuen erabilera altua dela, kontuan hartu beharreko gaiak dira

emaitzak interpretatzerakoan. Edonola ere, maila sozioekonomikoak badu eragina programan parte hartzean.

Osasun sistemari erreparatuz, hainbat alderdi izan ditugu kontuan tesi honetan zehar. Berrikuspenean (laugarren kapituluan) mediku-paziente erlazioak parte-hartzea sustatzen duela ikusi dugu. Gure ikerketan, medikuez gain LMAn lan egiten duten beste profesionalak ere aintzat hartu ditugu, erizainak eta PAEko profesionalak hain zuzen ere. Horrela, herritarren eta LMAko profesionalen arteko erlazioaren rola ageri zen profesionalekin izandako elkarrizketetan (bosgarren kapitulua). Alde horretatik, nabarmendu behar dugu profesionalek parte-hartzea sustatzen duten bitartean, herritarrek informatutako erabakiak hartu ditzaten saiatzen direla aditzera eman digutela.

Medikuen ezaugarriak ere aztertu ahal izan ditugu, eta zazpigarren kapituluan ondorioztatu dugun bezala, LMAn esperientzia luzea izatea bada parte-hartzearekin erlazioa duen faktorea; eta urtetako esperientzia honetan herritarrekin kontaktu estua ezartzen dute medikuek. Lan egonkortasuna aztertzerakoan ordea, ordezkapenak egiteko lan-kontratua duen medikua esleituta duten herritarrek portzentaje altuagoan hartzen dute parte. Hau kontraesan bat dirudien arren, izan ere profesionalek programa inplementatzeko eta parte-hartzerako oztopo bezala ikusten dute (bosgarren kapitulua), ba daude egoera hori konpentsatzen duten beste faktore batzuk, eta horietariko bat profesionalen inplikazio maila altua izan liteke. Alde batetik, profesionalek programa inplementatzeko eta parte-hartze tasa altuak lortzeko esfortzuak egiten dituztela aitortzen dute; bestetik, borondatez egiten duten programaren inguruko formakuntza aztertzen dugunean inplikazio maila altua ikusten dugu, baita programari buruzko eguneratzean ere (jardunaldi zientifikoetara bertaratzea). Areago, profesionalen gehiengoak programak garrantzi handia duela aitortzen du (seigarren kapitulua).

Gertutasuna eta irisgarritasuna ere agertu dira faktore erraztaile moduan gure ikerketa honetan, bai profesionalekin elkarrizketak izan ditugunean, baita datuak kuantitatiboki aztertu ditugunean. Medikuek herritarretatik gertu kokatzea parte-hartze altuarekin erlazionatzen da eta gertutasun hori medikuen lan-ordutegia eta zentroaren tamaina, kokapena eta irekiera-ordutegiaren bitartez aztertu ahal izan dugu. Landa-

eremuetan kokatutako pazienteek portzentaje altuagoan hartzen dute parte hirietakoak baino.

Azkenik baheketa programaren ezaugarriak aipatu behar ditugu. Lehenengo kapituluan zehaztu ditugu EAeko baheketa programan erabiltzen den baheketa-probaren ezaugarriak. Proba eta haren ezaugarriak faktore erraztaile edo oztopo izan daitezke berrikuspenean ikusi dugunaren arabera. Kontuan hartu behar da KOMaren baheketa egiteko hainbat proba ezberdin daudela eskuragarri, eta horietatik bat aukeratzen dela, egokitasunaren eta testuinguruaren arabera, programak diseinatzen direnean. Izan ere, proba erraza izatea, lagin gutxi hartu behar izatea, ez-erasokorra eta dietaren murrizpenik egin behar ez izatea, faktore erraztaile moduan identifikatu ditugu berrikuspen sistematikoan (laugarren kapitulua). Profesionalekin izan ditugun elkarrizketetan ere (bosgarren kapitulua) horixe adierazi eta nabarmendu digute, EAeko programan erabiltzen den probak (GEOi), aipatutako ezaugarriak betetzen dituelarik pazienteak proba ondo onartzen dutela adierazi digute. Horretaz gain, profesionalentzako ere garrantzitsuak dira probaren ezaugarriak, parte-hartzea sustatzeko arrazoietariko bat probaren erraztasuna eta ez-erasokortasuna delarik.

Aurreko kapituluetan adierazi dugunez, lan honek hainbat muga dituela ere aipatu behar dugu. Nagusiki galdetegietan (seigarren kapituluan) izan dugun erantzun-tasa baxua, 1200 erantzun baino gehiago lortu genituen arren, intereseko populazioaren %30 baino gutxiago zen. Hala ere, erantzun-tasa antzeko beste ikerketa batzuekin alderatu dugunean diferentzia ez dela handia ikusi dugu. Muga gisa ikus daitekeen beste gai bat zazpigarren kapituluan erabili dugun datu-basearen tamaina da, hots miloi bat baino indibiduo gehiagokoa. Alde batetik, lagin tamaina handia izatea abantaila nabarmen bat moduan ikus daitekeen ezaugarria da; baina bestetik, emaitza asko estatistikoki adierazgarriak izatea laginaren tamainari erantzi dakioke. Hortaz, emaitzen adierazgarritasuna interpretatu dugunean testuingurua kontuan hartu behar izan dugu, eta azken atal honetan tesian egindako lanarekin alderatu.

Kapitulu honen hasieran azaldu dugun moduan, lan honen indargunea da diseinu ezberdinak erabiliz literaturan deskribatuta dauden faktoreak, eta beste batzuk (osasan zentroen ezaugarriak eta profesionalenak besteak beste), gure programan nolako eragina

duzen aztertu ahal izan dugula. Horretarako metodologia mistoa oso tresna baliagarria izan da.

Jarraian lan honen inplikazioak aztertuko ditugu. Lan honetan garatu dugun LMAren azterketa bere rolaren ikuspegi globala izateko balio izan digu. Gaur egun gaixotasunaren eta ezgaitasunaren prebentzioan, detekzio eta tratamendu goiztiarrean, eta norbere neurriko medikuntzan murgilduta gaudelarik etorkizunerako lan ugari daukagu egiteko. Gure emaitzek KOMaren baheketa programaren antolakuntza eta inplementazioari buruzko hausnarketa egiteko aukera ematen digute. Programak ezarrita dituen adierazleei esker, etengabe birmoldatzen ari da zailtasunak gainditzeko eta emaitza hobekuntza lortzeko, eta ez adierazleak hobetzeko helburuarekin soilik, baizik eta epe luzerako emaitzak hobetzeko ere (biziraupena, minbiziaren intzidentzia eta hilkortasuna). Ondorioz, programaren inplementazioa hasi zenetik hainbat aldaketa egin dira.

LMako unitate ezberdinetan programaren adierazleak heterogeneoak direla ikusi dugu, parte-hartze tasa, kolonoskopia-egite tasa eta kolonoskopiarako prestakuntza egoki tasa hain zuzen ere. Emaitza horietan oinarrituz, eta etengabeko hobekuntzari begira, programaren inguruan antolatzen den formakuntza eta jarduerak zentroetara zuzendu daitezke, zentroen emaitzetara moldatuz, eta horretara unitate bakoitzaren beharretara baheketa prozesuaren alderdi ezberdinetan enfasia jarritz.

Egindako lana asko izan den arren, ez dugu bukatutzat ematen. Beste edozein ikerketa lan bezala, honetan ere hainbat gauza geratzen dira egiteko. Jadanik egindakotik abiatuz, etorkizunerako planteatzen ditugun erronkak eztabaidatuko ditugu ondorengo lerroetan. Osasun sistemak datu kopuru oso handia ekoizten du, izan ere, ikerketa honetan iturri ezberdinetatik lortutako miloi bat baino herritar gehiagoren informazioa, 393 udalerrien, 468 osasun zentroen eta 1481 kupo eta medikuen datuekin biltzeko esfortzu handi bat egin behar izan dugu. Baina, etorkizunean, *Big Data*ren aroan murgilduta gaudelarik, horrelako datu baseen gurutzamenduak automatizatzeke erraztasunak izatea espero dugu. Zer esanik ez, estrategia berri horien eta teknologia aurrerakuntza horien ondorioak ikaragarriak izan daitezkeela baheketa programan edo beste prebentzio neurri batzuetan parte-hartzearen faktore eta ezaugarri adierazgarriak

eskura izateko eta identifikatu ahal izateko. *Big Datari* lotutako teknologia iraultzak herritarrak baheketa programetan parte hartzeko probabilitatea estimatzeko aukera eman diezaguke eta predikzioak erabiliz estrategia ezberdinak garatu genitzake (geografikoki, herritarren profil ezberdinei, testuinguru ezberdinetan...) ahalik eta emaitza onenak lortzeko.

Testuinguru honetan, oso baliagarria da KOMaren baheketa programak Europako Gida jarraituz diseinatu eta inplementatzea. Ekoizten ditugun datu horiek guztiak analisiak egiteko baliagarriak izateko aukera ematen digu gidak, bertan programa ebaluatzeko adierazle egokienak definitzen baitira. Honek, Europa mailan gida jarraitzen duten programen arteko, konparaketa baimentzen du, arrakasta lortzeko estrategia egokienak aztertu eta aukeratu ahal izateko.

Ikerketa honek osasun sistemak parte-hartzean duen eragina aztertzea zuen helburu, zehazki LMAk. Emaitzetan ikusi ahal izan dugu zentroen eta bertan lan egiten duten profesionalen ezaugarrien eta parte-hartzearen arteko erlazioa dagoela. Hala ere, parte-hartzea azaltzeko ikerketa honetan kontuan hartu ez ditugun beste hainbat faktore daudela ikusi dugu. Are gehiago, interesgarria izango litzateke geure datuak eta pertsonen ezaugarriak eta osasun adierazleak, adierazle sozioekonomikoak, kulturalak eta osasun sisteman murgilduz osasun estaldura eta osasun sistemaren erabilera, antolamendu eta azpiegiturak uztartzea analisi global bat egin ahal izateko. Lan honetan azaletik soilik aztertu den arren, parte-hartzean eragina eduki dezakeen beste faktore bat bizilekua dela ikusi dugu. Izan ere, zazpigarren kapituluan programaren adierazleak EAEn banaketa heterogenoa dutela ikusi dugu. Horri lotuta, interesekoa ikusten dugu baita KOMaren baheketa programan parte-hartzearen emaitzak banaketa geografikoaren arabera aztertzea etorkizunean, eta hain zuzen diferentzian eragina duten faktore geografikoak identifikatu ahal izatea.

9. kapitula

Ondorioak

Ondorioak

Zabal ikertu da Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan gonbidatutako pertsonen parte-hartzean eragina duten faktoreen inguruan. Literaturan kalitate maila anitzeko ikerketak daude, eta ondorioz ezin ditugu guztiak era berean baloratu. Identifikatutako faktore batzuetarako ebidentzia sendoa da; beste kasu batzuetan ordea, emaitzak ez dira eztabaidaezinak.

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programen parte-hartzean eragina duten faktoreak jatorri anitza daukate, sozioekonomiko eta demografikoak, pertsonalak eta osasun sistemakoak.

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan parte-hartzeko pertsonaren ezaugarrien artean sexua, adina, hizkuntza eta maila sozioekonomikoa bera daude.

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan parte-hartzeko pertsonari dagozkion faktoreen artean jarrera, motibazioa, osasun-egoera, minbiziari buruzko pertzepzioa, beldurra, edota osasun-arloko alfabetatzea ditugu.

Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programetan parte-hartzeko osasun sistemaren menpe dauden faktoreen artean programaren diseinua (baheketa probaren ezaugarriak barne) eta medikuarekin erlazioa izatea daude.

Lehen Mailako Arretan lan egiten duten profesionalen aburuz, literaturan identifikatutako faktoreak Euskal Autonomia Erkidegoko baheketa programaren parte-hartzean ere eragina daukate.

Lehen Mailako Arreta eta herritarren arteko gertutasuna parte-hartzea errazten duen faktorea da.

Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Arretako profesionalek Kolon eta Ondesteko Minbizian inplikazio maila altua erakusten dute eta jarrera proaktiboa daukate parte-hartze tasa altuak eta ondorioz programaren arrakasta lortzeko.

Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Arretako erizain eta medikuak era ezberdinean inplikatzeko dira Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programaren inplementazioan.

Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren baheketa programak antolatzen dituen formakuntza jardueretan parte-hartze ezberdina dago erizain eta medikuen artean, bietan portzentajea oso altua baina altuagoa da, eta formakuntzara joan diren medikuen portzentajea handiagoa da erizainena baino. Aldiz, jardunaldi zientifikoetara doazen erizainen portzentajea altuagoa da.

Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Arretako osasun profesionalen programa garrantzitsua edo oso garrantzitsua dela uste dute. Izan ere, programa oso garrantzitsua kontsideratzen dute erizain gehiagok medikuak baino.

Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa programaren parte-hartze tasak altuak dira, bai gizonezko baita emakumezkoen artean. Hala ere, aldakortasun handia dago osasun zentroen arabera.

Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa programaren parte-hartzean egoera sozioekonomikoak duen eraginari erreparatuz, maila sozioekonomiko baxuko pertsonen artean parte-hartzen dutenen portzentajea altuagoa da maila altuenekoena baino.

Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa programan parte hartzera gonbidatuta dauden pertsonen esleituta daukaten familia-medikuaren ezaugarriak parte-hartzean eragina daukate. Izan ere, medikua gaztea (50 urte baino gutxiago) eta emakumezkoa dutenek portzentaje altuagoan hartzen dute parte.

Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Baheketa programan parte hartzera gonbidatuta dauden pertsonen esleituta daukaten osasun zentroaren ezaugarriak (tamaina, kokapena eta ordutegiak) parte-hartzean eragina daukate. Landa-eremuan kokatuta dauden eta txikiak diren zentroen parte-hartzea altuagoa da hirietan kokatuta dauden eta handiagoak direnena baino.

Osasun zentroetako parte-hartze tasa, kolonoskopia egite tasa eta kolonoskopiarako prestakuntza egoki tasa ez daude haien artean adierazgarriki erlazionatuta.

Metodologia mistoa gure helburuak lortzeko metodologia da, hainbat diseinu ezberdinak erabiliz Euskal Autonomia Erkidegoko Kolon eta Ondesteko Minbiziaren

baheketa programaren parte-hartzean eragina duten faktoreak ikuspegi zabalarekin aztertzeko eta emaitzak uztartzeko aukera ematen duelako.

Glosategia

Glosategia

KOMa garatzeko arrisku ertaina/neurrizko arriskua: 50 urte edo gehiagoko pertsonak, KOMa garatzeko aurrez bultzatzen duen faktorerik ez dutenak, hauek minbiziaren intzidentziaren %75 suposatzen dute.

KOMa garatzeko arrisku altua: familian kolon eta ondesteko minbiziaren historia dutenak eta ingurumeneko esposizioaren ondorioz kolon eta ondesteko minbizia garatu ahal dutenak.

Berrikuspen sistematikoa: Gai edo galdera konkretu bat erantzuteko eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikoa aztertzeke prozesua. Sistematikoa da estrukturaturako metodoa erabiltzen delako, zeinetan konklusioetara heltzeko prozesua zehazten den.

Ebaluazio kritikoa: ebidentzia ebaluazio eta interpretazio prozesua, baliozkotasuna, emaitzak eta norberaren testuingururako egokitasuna kontsideratuz.

Eten-puntua: test edo proba bat positibo kontsideratzeko irizpidea

Faktore erraztailea: partehartzea hobetzen duen faktorea

GEO: gorozkietan ezkutaturako odola

Metaanalisia: ikerketa ezberdinetako emaitzak konbinatzen dituen metodo estatistikoa, interbentzioaren efektuaren estimazio kuantitatiboa lortzeko helburuarekin. Estimazio honetatik ateratzen den emaitza ikerketa indibidual batetik ateratakoa baino indar handiagokoa da.

Oztopoa: bahetua ez izatearekin erlazioa duen faktore edo ezaugarria

Erreferentziak

Erreferentziak

- 16/2003 legea, maiatzaren 28koa, Estatuko Osasun Sistemaren Kohesioa eta Kalitateari buruzkoa. Espainia (2003).
- Allison, J.,E., Sakoda, L.,C., Levin, T.,R., Tucker, J.,P., Tekawa, I.,S., Cuff, T., . . . Selby, J.,V. (2007). Screening for colorectal neoplasms with new fecal occult blood tests: Update on performance characteristics. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 99(19), 1462-1470. doi:10.1093/jnci/djm150
- American Joint Committee on Cancer. (2019) Quick references. Cancer staging posters, eskuragarri hemen:
<https://cancerstaging.org/references-tools/quickreferences/pages/default.aspx>
[Kontsulta eguna: 2018/10/15]
- Arana-Arri, E., Imaz-Ayo, N., Fernández, M. J., Idigoras, I., Bilbao, I., Bujanda, L., ... eta Portillo, I. (2018). Screening colonoscopy and risk of adverse events among individuals undergoing fecal immunochemical testing in a population-based program: A nested case-control study. *United European Gastroenterology Journal*, 6(5), 755-764. doi: 10.1177/2050640618756105
- Arévalo, F., Aragón, V., Alva, J., Perez Narrea, M., Cerrillo, G., Montes, P., eta Monge, E. (2012). Pólipos colorectales: Actualización en el diagnóstico. *Revista De Gastroenterología Del Perú*, 32(2), 123-133.
- American Psychological Association (Ed.). (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. (6th ed.). Washington, USA: American Psychological Association.
- Arostegui, I., Gonzalez, N., Fernandez-de-Larrea, N., Lazaro-Aramburu, S., Bare, M., Redondo, M., . . . REDISSEC CARESS-CCR Group. (2018). Combining statistical techniques to predict postsurgical risk of 1-year mortality for patients with colon cancer. *Clinical Epidemiology*, 10, 235-251. doi:10.2147/CLEP.S146729
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Lebeau, J. P., Baumann, L., Peremans, L., eta Van Royen, P. (2011). Obstacles to colorectal screening in general practice: A qualitative study of GPs and patients. *Family Practice*, 28(6), 670-676. doi:10.1093/fampra/cmr020

- Benito, L., Farre, A., Binefa, G., Vidal, C., Cardona, A., Pla, M., eta García, M. (2018). Factors related to longitudinal adherence in colorectal cancer screening: Qualitative research findings. *Cancer Causes and Control*, 29(1), 103-114. doi:10.1007/s10552-017-0982-z
- Borda, A., Muñoz-Navas, M., Martínez-Peñuela, J. M., Jiménez, F. J., Carretero, C., eta Borda, F. (2009). Estudio de las lesiones neoplásicas metacrónicas en el carcinoma colorrectal. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(3), 397–407.
- Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H., Baselga, J., Boffetta, P., Burn, J., . . . zur Hausen, H. (2003). European code against cancer and scientific justification: Third version (2003). *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 14(7), 973-1005.
- Braithwaite, D., Emery, J., De Lusignan, S., eta Sutton, S. (2003). Using the internet to conduct surveys of health professionals: A valid alternative? *Family Practice*, 20(5), 545-551.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., eta Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. doi: 10.3322/caac.21492
- Brennan, E., Horne-Thompson, A. eta Clark, I. (2013) Strategies to support the success of culturally and linguistically diverse (CALD) health students during clinical placements: A systematic review. *Focus on Health Professional Education: A Multi-disciplinary Journal*, 15(2), 78-93
- Bresalier, R. S. (2017). Cáncer colorrectal. In F. eta. B. Feldman (Ed.) (10th ed., pp. 2248–2296). Elsevier.
- Bretthauer, M., Kalager, M., eta Adami, H.-O. (2016). Do's and don'ts in evaluation of endoscopic screening for gastrointestinal cancers. *Endoscopy*, 48(01), 75–80.
- Camilloni, L., Ferroni, E., Cendales, B. J., Pezzarossi, A., Furnari, G., Borgia, P., . . . Methods to increase participation Working Group. (2013). Methods to increase participation in organised screening programs: A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 464. doi:10.1186/1471-2458-13-464

- Champion, V. L., eta Rawl, S. M. (2005). Secondary prevention of cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 21(4), 252–259. doi: 10.1016/j.soncn.2005.06.007
- Cho, Y. I., Johnson, T. P., eta VanGeest, J. B. (2013). Enhancing surveys of health care professionals: A meta-analysis of techniques to improve response. *Evaluation & the Health Professions*, 36(3), 382-407.
- Clarke, N., Sharp, L., Osborne, A., eta Kearney, P. M. (2015). Comparison of uptake of colorectal cancer screening based on fecal immunochemical testing (FIT) in males and females: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 24(1), 39-47. doi:10.1158/1055-9965.EPI-14-0774
- Clavarino, A. M., Janda, M., Hughes, K. L., Del Mar, C., Tong, S., Stanton, W. R., . . . Newman, B. (2004). The view from two sides: A qualitative study of community and medical perspectives on screening for colorectal cancer using FOBT. *Preventive Medicine*, 39(3), 482-490. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.05.015
- Cole, B. F., Logan, R. F., Halabi, S., Benamouzig, R., Sandler, R. S., Grainge, M. J., . . . Baron, J. A. (2009). Aspirin for the chemoprevention of colorectal adenomas: meta-analysis of the randomized trials. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(4), 256–266. doi: 10.1093/jnci/djn485
- Cook, C., Heath, F., eta Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web-or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836.
- Council of the European Union, 2003 (16 december 2003). Council recommendation of 2 december 2003 on cancer screening (2003/878/EC). OJ L 327: 34-38. (2013). Eskuragarri hemen:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32003H0878>
[Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Creswell, J. W., eta Plano Clark, V. L. (2011). Designing and conducting mixed methods research (2nd ed. ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. L., eta Hanson, W. E. (2003). *An expanded typology for classifying mixed methods research into designs*. C. A. Thousand Oaks (Ed.), Advanced mixed methods research designs. SAGE.

- Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP checklists. Eskuragarri hemen: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> [Kontsulta eguna: 2018/06/03].
- Davis, T. C., Arnold, C. L., Rademaker, A. W., Platt, D. J., Esparza, J., Liu, D., eta Wolf, M. S. (2012). FOBT completion in FQHCs: Impact of physician recommendation, FOBT information, or receipt of the FOBT kit. *The Journal of Rural Health* : Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association, 28(3), 306-311. doi:10.1111/j.1748-0361.2011.00402.x
- Domínguez-Berjón, M. F., Borrell, C., Cano-Serral, G., Esnaola, S., Nolasco, A., Isabel Pasarín, M., ... Escolar-Pujolar, A. (2008). Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 179–187. doi: 10.1157/13123961
- Eisinger, F., Pivot, X., Coscas, Y., Viguier, J., Calazel-Benque, A., Blay, J. -, . . . Morère, J. -. (2011). Impact of general practitioners' sex and age on systematic recommendation for cancer screening. *European Journal of Cancer Prevention*, 20(SUPPL. 1), S41. doi:10.1097/01.cej.0000391570.71877.18
- Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa Osasun Saila. (2002). *Euskadirako osasun politikak: 2002-2010 Osasun Plana*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Eskuragarri hemen: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_public_r01hRedirectCont/contenidos/informacion/plan_salud_2002_2010/eu_op/osasun_plana_politika.html [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa Osasun Saila. (2018a). *Euskadiko onkologia plana 2018-2023*. Vitoria-Gasteiz, Espainia. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Eskuragarri hemen: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_oncologico_2018_2023/eu_def/adjuntos/euskadi-onkologia-plana-2018-2023.pdf [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa Osasun Saila. (2018b). Osasun inkesta 2018. Eskuragarri hemen: <http://www.euskadi.eus/informazioa/osasun-inkesta-2017-2018/web01-a3osag17/es/> [Kontsulta eguna: 2018/10/05].

- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. (2014). *Osasuna, Pertsonen eskubidea, Guztion ardura. Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020*. (2.a). Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Eskuragarri hemen: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2013_2020/eu_def/adjuntos/osasun_plana_2013_2020-web%2020_03_2018.pdf [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. (2017). *Osasun-sailaren ildo estrategikoak : 2017-2020*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Eskuragarri hemen: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/eu_def/adjuntos/stp/ildo-estrategikoak.pdf [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. (2019). Kolon-ondesteetako minbiziaren baheketa-programa. Eskuragarri hemen: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpdca01/eu/contenidos/informacion/deteccion_cancer_colorrectal/eu_def/index.shtml [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. (2019). Kolon-ondesteetako minbiziaren baheketa-programa. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Eskuragarri hemen: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpdca01/eu/contenidos/informacion/deteccion_cancer_colorrectal/eu_def/index.shtml [Kontsulta eguna: 2019/01/25].
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Eskuragarri hemen: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [Kontsulta eguna: 2018/12/10].
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W., Comber, H., ... Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 49(6), 1374–1403. doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.027

- Frederiksen, B. L., Jørgensen, T., Brasso, K., Holten, I., eta Osler, M. (2010). Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *British Journal of Cancer*, 103(10), 1496–1501. doi: 10.1038/sj.bjc.6605962
- Giorgi, A. (2000). Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(1), 11-15.
- Gil, L., de Castro, V., Molinuevo, A., Echezarreta, N., Odriozola, I., López de Munain, A., ... Larrañaga, N. (2018). *Minbizitik bizirautea Euskal Autonomia Erkidegoan 2000-2012*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzua.
- Gimeno Garcia, A. Z. (2012). Factors influencing colorectal cancer screening participation. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 483417. doi:10.1155/2012/483417
- Goel, A., eta Boland, C. R. (2012). Epigenetics of colorectal cancer. *Gastroenterology*, 143(6), 1460. e1. doi: 10.1053/j.gastro.2012.09.032
- Gonzalo, V., Castellví-Bel, S., Balaguer, F., Pellisé, M., Ocaña, T., eta Castells, A. (2008). Epigenética del cáncer. *Gastroenterología Y Hepatología*, 31(1), 37-45. doi:10.1157/13114573
- Grávalos C (Coord.). (2009). *Guía clínica de diagnóstico y tratamiento del carcinoma colorrectal*. Madrid: España. Eskuragarri hemen: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/colectivos/gru_pocooperativo/2006/oncosur/guia_clinica_oncosur_carcinoma_colorrectal.pdf [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Grupo de trabajo de la ponencia de cribado de la Comisión de Salud Pública. (2011). *Documento marco sobre cribado poblacional* Eskuragarri hemen: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf [Kontsulta eguna: 2018//09/25].
- Guessous, I., Dash, C., Lapin, P., Doroshenk, M., Smith, R. A., eta Klabunde, C. N. (2010). Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. *Preventive Medicine*, 50(1-2), 3-10. doi:10.1016/j.ypmed.2009.12.005
- Hall, N. J., Rubin, G. P., Dobson, C., Weller, D., Wardle, J., Ritchie, M., eta Rees, C. J. (2015). Attitudes and beliefs of non-participants in a population-based screening programme for colorectal cancer. *Health Expectations : An*

- International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5), 1645-1657. doi:10.1111/hex.12157
- Halloran, S. P., Launoy, G., eta Zappa, M. (2012). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First edition faecal occult blood testing. *Endoscopy*, 44, SE87. doi:10.1055/s-0032-1309791
- Hamilton, S. R., eta Aaltonen, L. A. (2000). *Pathology and genetics of tumours of the digestive system* (Vol. 48). IARC press. Lyon. France
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*. 2(8), 211-216. doi://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5
- Hewitson, P., Glasziou Paul, P., Irwig, L., Towler, B., eta Watson, E. (2007). Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev*. Lib 1. Art. No.: CD001216. doi: 10.1002/14651858.CD001216.pub2
- Holleczek, B., Rossi, S., Domenic, A., Innos, K., Minicozzi, P., Francisci, S., ... White, C. (2015). On-going improvement and persistent differences in the survival for patients with colon and rectum cancer across Europe 1999–2007 – Results from the EURO CARE-5 study. *European Journal of Cancer*, 51(15), 2158–2168. doi: 10.1016/J.EJCA.2015.07.024
- Honein-AbouHaidar, G. N., Baxter, N. N., Moineddin, R., Urbach, D. R., Rabeneck, L., eta Bierman, A. S. (2013). Trends and inequities in colorectal cancer screening participation in Ontario, Canada, 2005–2011. *Cancer Epidemiology*, 37(6), 946–956. doi: 10.1016/J.CANEP.2013.04.007
- Ibáñez, J., Vanaclocha-Espí, M., Pérez-Sanz, E., Valverde, M. J., Sáez-Lloret, I., Molina-Barceló, A., . . . Femenía, Ó P. (2018). Complicaciones graves en las colonoscopias de cribado del cáncer colorrectal en la comunidad valenciana. *Gastroenterol Hepatol*.2018;41:553-61. doi: 10.1016/j.gastrohep.2018.06.007
- Idigoras Rubio, I., Arana-Arri, E., Portillo Villares, I., Bilbao Iturribarrria, I., Martínez-Indart, L., Imaz-Ayo, N., ... Gutiérrez-Ibarluzea, I. (2019). Participation in a population-based screening for colorectal cancer using the faecal immunochemical test decreases mortality in 5 years. *European Journal of*

- Gastroenterology eta Hepatology*, 31(2), 197–204. doi: 10.1097/MEG.0000000000001338
- Idigoras, I., Arrospide, A., Portillo, I., Arana-Arri, E., Martínez-Indart, L., Mar, J., ... Lansdorp-Vogelaar, I. (2017). Evaluation of the colorectal cancer screening Programme in the Basque Country (Spain) and its effectiveness based on the Miscan-colon model. *BMC Public Health*, 18(1). doi: 10.1186/s12889-017-4639-3
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Defunciones según causa de muerte. Año 2016. Nota de prensa de 31 de diciembre de 2017*. Eskuragarri hemen: https://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2018). Tratamiento del cáncer de colon (PDQ®). Versión para profesionales de salud publicada originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer. Eskuragarri hemen: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/pro/tratamiento-colorrectal-pdq> [Kontsulta eguna: 2018/09/28].
- Janz, N. K., Wren, P. A., Schottenfeld, D., eta Guire, K. E. (2003). Colorectal cancer screening attitudes and behavior: A population-based study. *Preventive Medicine*, 37(6 Pt 1), 627-634. doi:S0091743503002159
- Johnson, C. M., Wei, C., Ensor, J. E., Smolenski, D. J., Amos, C. I., Levin, B., eta Berry, D. A. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes & Control: CCC*, 24(6), 1207–1222. doi: 10.1007/s10552-013-0201-5
- Khalid-De Bakker, C., Jonkers, D., Smits, K., Mesters, I., Masclee, A., eta Stockbrgger, R. (2011). Participation in colorectal cancer screening trials after first-time invitation: A systematic review. *Endoscopy*, 43(12), 1059-1069. doi:10.1055/s-0031-1291430
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health eta Illness*, 16(1), 103-121. doi:10.1111/1467-9566.ep11347023
- Klabunde, C., Blom, J., Bulliard, J.-L., Garcia, M., Hagoel, L., Mai, V., ... Törnberg, S. (2015). Participation rates for organized colorectal cancer screening programmes: an international comparison. *Journal of Medical Screening*, 22(3), 119–126. doi: 10.1177/0969141315584694

- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lafata, J. E., Cooper, G., Divine, G., Oja-Tebbe, N., eta Flocke, S. A. (2014). Patient–physician colorectal cancer screening discussion content and patients’ use of colorectal cancer screening. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 76–82. doi: 10.1016/J.PEC.2013.09.008
- Leech, N. L., eta Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality eta Quantity : International Journal of Methodology*, 43(2), 265-275. doi:10.1007/s11135-007-9105-3
- Leung, D. Y. P., Chow, K. M., Lo, S. W. S., So, W. K. W., eta Chan, C. W. H. (2016a). Contributing factors to colorectal cancer screening among chinese people: A review of quantitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5) doi:10.3390/ijerph13050506
- López de Argumedo M, Reviriego E, Andrió E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado de Saracho I. *Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2006/02
- Mar, J., Errasti, J., Soto-Gordoa, M., Mar-Barrutia, G., Martinez-Llorente, J. M., Domínguez, S., . . . Arrospide, A. (2017). Valoración del coste económico del cáncer colorrectal según estadio tumoral. *Cirugía Española*, 95(2), 89-96. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.01.001
- Martín López, E., María Carlos Gil, A., eta Luque Romero, L. (2011). Eficacia de la colonoscopia virtual frente a la colonoscopia en el cribado del cáncer colorrectal 2011 informe_1. *Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de andalucíaAETSAA*. Eskuragarri hemen: http://www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA_2011_1_Colonoscopia_virtual.pdf [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Mayer, R. J. (2016). *Cánceres del tubo digestivo bajo*. T. R. Harrison eta D. L. Kasper (arg.) Harrison, principios de medicina interna. (19ª). McGraw-Hill.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud* Ministerio de Sanidad y Consumo. Eskuragarri hemen: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Molina-Barcelo, A., Salas-Trejo, D., Peiro-Perez, R., eta Malaga Lopez, A. (2011). To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *European Journal of Cancer Care*, 20(5), 669–678. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01263.x
- Morse, J. M., eta Field, P. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2. ed.). Thousand Oaks, United States: SAGE Publications Inc.
- Moss, S., Ancelle-Park, R., Brenner, H., eta International Agency for Research on, C. (2012). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Evaluation and interpretation of screening outcomes. *Endoscopy*, 44 Suppl 3(Suppl 3), SE49-64. doi: 10.1055/s-0032-1309788
- Navarro, M., Nicolas, A., Ferrandez, A., eta Lanas, A. (2017). Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. *World Journal of Gastroenterology*, 23(20), 3632–3642. doi: 10.3748/wjg.v23.i20.3632
- Øines, M., Helsingen, L. M., Bretthauer, M., eta Emilsson, L. (2017). Epidemiology and risk factors of colorectal polyps. *Best Practice eta Research Clinical Gastroenterology*, 31(4), 419-424. doi: 10.1016/j.bpg.2017.06.004
- Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. (2018). Osakidetza. Eskuragarri hemen: https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skprin03/eu/contenidos/informacion/recursos_sistema_sanitario/eu_osasuna/osasun_sistema_baliabideak.html [Kontsulta eguna: 2018/10/05].
- Osasunaren Mundu Erakundea. (2018a). Cancer. screening. Eskuragarri hemen: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/> [Kontsulta eguna: 2018/09/30].

- Osasunaren Mundu Erakundea. (2018b) Global Health Observatory. NCD mortality and morbidity. Eskuragarri hemen:
http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ [Kontsulta eguna: 2018/09/30].
- Peterson, E. B., Ostroff, J. S., DuHamel, K. N., D'Agostino, T. A., Hernandez, M., Canzona, M. R., eta Bylund, C. L. (2016). Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review. *Preventive Medicine*, 93, 96-105. doi:S0091-7435(16)30291-2
- Phillips, A. W., Friedman, B. T., Utrankar, A., Ta, A. Q., Reddy, S. T., eta Durning, S. J. (2017). Surveys of health professions trainees: Prevalence, response rates, and predictive factors to guide researchers. *Academic Medicine*, 92(2), 222-228.
- Piedrola Gil, G., Sierra López, A., eta Rodríguez Artalejo, F. (2008). *Medicina preventiva y salud pública* (11a ed.) Elsevier Masson.
- Pizzo, E., Pezzoli, A., Stockbrugger, R., Bracci, E., Vagnoni, E., eta Gullini, S. (2011). Screenee perception and health-related quality of life in colorectal cancer screening: A review. *Value in Health*, 14(1), 152-159. doi:10.1016/j.jval.2010.10.018
- Ponti, A., Anttila, A., Ronco, G., eta Senore, C. (2017). *Cancer Screening in the European Union (2017). Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*. International Agency for Research on Cancer. Lyon, France.
- Pornet, C., Denis, B., Perrin, P., Gendre, I., eta Launoy, G. (2014). Predictors of adherence to repeat fecal occult blood test in a population-based colorectal cancer screening program. *British Journal of Cancer*, 111(11), 2152–2155. doi: 10.1038/bjc.2014.507
- Portillo, I., Idígoras, I., Bilbao, I., Hurtado, J. L., Urrejola, M., Calvo, B., . . . Hurtado, J. K. (2017). *Euskadiko kolon-ondesteetako minbiziaren baheketa-programa..* Eskuragarri hemen:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion_cancer_colorrectal/eu_def/adjuntos/PROGRAMA2017_EU_v2.pdf [Kontsulta eguna: 2018/09/03]

- Portillo, I., Idígoras, I., Ojembarrena, E., Arana-Arri, E., Zubero, M. B., Pijoán, J. I., . . . Marqués, M. L. (2013). Main results of the colorectal cancer screening program in the Basque Country (Spain). [Principales resultados del programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco] *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 358-361. doi:10.1016/j.gaceta.2012.12.013
- Power, E., Miles, A., Von Wagner, C., Robb, K., eta Wardle, J. (2009). Uptake of colorectal cancer screening: System, provider and individual factors and strategies to improve participation. *Future Oncology*, 5(9), 1371-1388. doi:10.2217/fon.09.134
- Quintana, J. M., Antón-Ladislao, A., González, N., Lázaro, S., Baré, M., Fernández-de-Larrea, N., . . . for, t. R. (2018). Predictors of one and two years' mortality in patients with colon cancer: A prospective cohort study. *Plos One*, 13(6), e0199894. doi: 10.1371/journal.pone.0199894
- Ranadive, I. N., eta Sussman, D. A. (2014). Prevention of Colorectal Cancer: The Future Is Now. *Current Colorectal Cancer Reports*, 10(1), 84-93. doi: 10.1007/s11888-013-0201-6
- Rashtak, S., Rego, R., Sweetser, S. R., eta Sinicrope, F. A. (2017). Sessile serrated polyps and colon cancer prevention. *Cancer Prevention Research*, 10(5), 270-278. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-16-0264
- Rex, D. K. (2002). Current colorectal cancer screening strategies: Overview and obstacles to implementation. *Reviews in Gastroenterological Disorders*, 2, S11.
- Rúa, K. A. P., eta Peña, C. M. M. (2012). Bases moleculares del cáncer colorrectal. *Iatreia*, 25(2), 137-148.
- Ruiz-Tovar, J., Jimenez-Miramón, J., Valle, A., eta Limones, M. (2010). Endoscopic resection as unique treatment for early colorectal cancer. *Revista Española De Enfermedades Digestivas : Organó Oficial De La Sociedad Española De Patología Digestiva*, 102(7), 435-441.
- Salas, D. (2018). Situación e implantación hasta el 2017. Programas de Cribado de Cáncer Colorrectal en España. *Red de Programas de Cribado de Cáncer*. Eskuragarri hemen:
http://www.cribadocancer.com/images/archivos/implantacion2017_indicadore_s2016.pdf [Kontsulta eguna:2018/10/05].

- Schüz, J., Espina, C., Villain, P., Herrero, R., Leon, M. E., Minozzi, S., . . . Zatonski, W. (2015). European code against cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiology*, 39 Suppl 1, S10. doi:10.1016/j.canep.2015.05.009
- Seeff, L. C., Nadel, M. R., Klabunde, C. N., Thompson, T., Shapiro, J. A., Vernon, S. W., eta Coates, R. J. (2004). Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population. *Cancer*, 100(10), 2093–2103. doi: 10.1002/cncr.20276
- Segnan, N., Patnick, J., eta Von Karsa, L. (2010). In European Commission (Ed.), *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening* (1st Edition ed.). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Sørensen, K., Van, d. B., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . (HLS-EU) Consortium Health Literacy, Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Steele, R. J. C., Rey, J.-F., eta Lambert, R. (2012). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition – Professional requirements and training. *Endoscopy*, 44(S 03), SE106-SE115. doi: 10.1055/s-0032-1309796
- Subramanian, S., Klosterman, M., Amonkar, M. M., eta Hunt, T. L. (2004). Adherence with colorectal cancer screening guidelines: A review. *Preventive Medicine*, 38(5), 536-550. doi:10.1016/j.ypmed.2003.12.011
- Suñer Soler, R., eta Santiñá Vila, M. (2013). Health literacy y salud. *Revista De Calidad Asistencial*, 28(3), 137-138. doi:10.1016/j.cali.2013.03.005
- Teddlie, C., eta Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research : Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Los Angeles: SAGE.
- UK National Screening Committee. *Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme*. Eskuragarri hemen: <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme> [Kontsulta eguna: 2018/10/03].

- Unicef eta Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- van Dam, L., Korfage, I. J., Kuipers, E. J., Hol, L., van Roon, A. H. C., Reijerink, J. C. I. Y., ... van Leerdam, M. E. (2013). What influences the decision to participate in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing and sigmoidoscopy? *European Journal of Cancer*, 49(10), 2321–2330. doi: 10.1016/J.EJCA.2013.03.007
- Vart, G., Banzi, R., eta Minozzi, S. (2012). Comparing participation rates between immunochemical and guaiac faecal occult blood tests: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55(2), 87-92. doi:10.1016/j.ypmed.2012.05.006
- Vernon, S. W. (1997). Participation in colorectal cancer screening: A review. *Journal of the National Cancer Institute*, 89(19), 1406-1422. doi:10.1093/jnci/89.19.1406
- Vicente-Herrero, M. T., Terradillos-García, M. J., Ramírez-Iñiguez-de la Torre, M. V., Capdevila-García, L. M., eta López-González, A. A. (2013). El cáncer colorrectal en España. costes por incapacidad temporal y opciones preventivas desde las empresas. *Revista de Gastroenterología de México*, 78 (2), 75-81. doi://doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.01.005
- Vijan, S., Hwang, E. W., Hofer, T. P., eta Hayward, R. A. (2001). Which colon cancer screening test? A comparison of costs, effectiveness, and compliance. *The American Journal of Medicine*, 111(8), 593-601. doi:10.1016/S0002-9343(01)00977-9
- Von Euler-Chelpin, M., Brasso, K., eta Lynge, E. (2010). Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *Journal of Public Health*, 32(3), 395-405. doi:10.1093/pubmed/fdp115
- von Karsa, L., Patnick, J., eta Segnan, N. (2012). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. first edition--executive summary. *Endoscopy*, 44 Suppl 3, 8. doi:10.1055/s-0032-1309822
- von Karsa, L., Patnick, J., Segnan, N., Atkin, W., Halloran, S., Lansdorp-Vogelaar, I., . . . Quirke, P. (2013). European guidelines for quality assurance in colorectal

- cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy*, 45(01), 51-59.
- von Wagner, C., Baio, G., Raine, R., Snowball, J., Morris, S., Atkin, W., ... Wardle, J. (2011). Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: results from the first 2.6 million invitations in England. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 712–718. doi: 10.1093/ije/dyr008
- Weller, D. P., eta Campbell, C. (2009). Uptake in cancer screening programmes: a priority in cancer control. *British Journal of Cancer*, 101 Suppl 2(Suppl 2), S55-9. doi: 10.1038/sj.bjc.6605391
- Weller, D. P., Patnick, J., McIntosh, H. M., eta Dietrich, A. J. (2009). Uptake in cancer screening programmes. *The Lancet Oncology*, 10(7), 693–699. doi: 10.1016/S1470-2045(09)70145-7
- Wielandt, A., Villarroel, C., Hurtado, C., Simian, D., Zamorano Valenzuela, D., Martínez, M., ... López-Kostner, F. (2017). Caracterización de pacientes con cáncer colorrectal esporádico basado en la nueva subclasificación molecular consenso. *Revista Médica De Chile*, 145(4) Eskuragarri hemen: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/5681> [Kontsulta eguna: 2018/10/03].
- Wilson, J. M. G., eta Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers. Organización Mundial de La Salud*. Eskuragarri hemen: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/1/WHO_PHP_34.pdf [Kontsulta eguna: 2018/09/25].
- Wools, A., Dapper, E. A., eta de Leeuw, J. R. J. (2016). Colorectal cancer screening participation: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 26(1), 156. doi: 10.1093/eurpub/ckv148
- Zapka, J. G., Puleo, E., Vickers-Lahti, M., eta Luckmann, R. (2002b). Healthcare system factors and colorectal cancer screening. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 28-35. doi:10.1016/S0749-3797(02)00444-0
- Zorzi, M., Fedeli, U., Schievano, E., Bovo, E., Guzzinati, S., Baracco, S., ... Dei Tos, A. P. (2015). Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based

on the faecal immunochemical test. *Gut*, 64(5), 784-790. doi:10.1136/gutjnl-2014-307508

Zubero, M. B., Arana-Arri, E., Pijoan, J. I., Portillo, I., Idigoras, I., Lopez-Urrutia, A., . . . Bujanda, L. (2014). Population-based colorectal cancer screening: Comparison of two fecal occult blood test. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 175. doi:10.3389/fphar.2013.0017

Eranskinak

A ERANSKINA

Euskal Autonomia Erkidegoko Ikerketa Klinikoetarako Batzorde Etikoaren proiektuaren onarpena



CEIC E
Eusko Ikerketa
Klinikoetarako Batzorde Etikoa
Comité Ético de
Investigación Clínica de Euskadi



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DE EUSKADI
(CEIC-E)

D^a. Arantza Hernández Gil como Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma de País Vasco
(CEIC-E)

CERTIFICA


Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **Estudio de la influencia de los profesionales de Atención Primaria en la participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)**, Código interno: PI2014118

Versión del Protocolo: Versión 2 de 14 de julio de 2014
Versión de la HIP:
GENERAL / Versión 3 de 8 de septiembre de 2014.
INFORMACIÓN AL PROFESIONAL / Versión 2 de 14 de julio de 2014

Y que este Comité reunido el día 30/09/2014 (recogido en acta 09/2014) ha decidido emitir **informe favorable** a que dicho proyecto sea realizado por los siguientes investigadores:

- Saloa Unanue Arza *Universidad del País Vasco UPV/EHU*

Lo que firmo en Vitoria, a 6 de octubre de 2014

Fdo: 



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

08 OCT 2014

Eusko Ikerketa Klinikoetarako Batzorde Etikoa
Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E)

D^a Arantza Hernández Gil
Secretaria del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)

B ERANSKINA

Ikerketan parte hartzeko informazio orria EAeko hizkuntza ofizial bietan.

PROFESIONALARI INFORMAZIOA EMATEKO ORRIA

SARRERA

Orri honekin, ikerkuntza-azterlan batean parte hartzera gonbidatzen zaitugu. Azterlanaren izenburua honakoa da: "Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) Koloneko eta ondesteko kantzerra goiz detektatzeko programan Lehen Mailako profesionalak duten eraginaren azterlana". Zure parte-hartzea azterlan honetan boluntarioa da eta, edozein unetan, parte ez hartzea erabakiz gero, ez zenuke inolako azalpenik eman behar.

HELBURUA

Azterlan honen helburu nagusia LMAko profesionalak Programan parte hartzerakoan - bai baheketaren proban, bai baieztapenean- duten rola aztertzea da.

AZTERLANAREN DESKRIBAPENA

Azterlan honetan, EAEn, koloneko eta ondesteko kantzerraren baheketa programan parte hartu duten Osasun Zentroetako profesionalak parte hartuko dute. Azterlana egin ahal izateko, parte hartu zutenean, pertsona horiek zeuden Lehen mailako Arretako Osasun Erakundearen datu-baseak erabiliz hautatuko dira profesionalak. Azterlanean parte hartzeko prest bazaude, inkesta bat bete beharko duzu. Hori egiteko, gutxi gorabehera, lau minutu beharko dituzu. Azterlanean parte-hartzeak ez du probarik edo prozedurarik egitea eskatzen.

KONFIDENTZIALTASUNA

Zuri buruz jasoko den informazio guztia eta informatika sisteman gorde eta aztertuko dena, guztiz konfidentziala izango da eta Espainian indarrean dagoen araudia beteko du (Izaera Pertsonaleko Datu Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/99 Lege Organikoa). Horretarako, proiektuaren ikertzaileek informazioa datuak jasotzeko koaderno batean idatziko dituzte. Bertan, identifikazio-zenbaki bat besterik ez da agertuko, baina inoiz ez zure izena edo inisialak. Azterlanaren emaitzak beti modu globalean aurkeztuko dira eta inoiz ez, inolako arrazoiengatik, banakako moduan.

ESPERO DIREN ONURAK ETA ARRISKUAK

Azterlanean parte hartzeagatik ez duzu inolako arrisku zehatzik izango. Azterlanetik lortutako informazioak lagundu dezake EAeko koloneko eta ondesteko kantzerraren baheketa-programaren parte-hartzea hobetzen duten planak diseinatzen.

Nahi duten parte hartzaileek Proiektuaren azkeneko emaitzak jasoko dituzte.

Informazio gehiago eskatu nahi baduzu telefono hauetara deitu dezakezu: 944007333 / 944007376.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

INTRODUCCIÓN

Con esta hoja le invitamos a tomar parte de un estudio de investigación cuyo título es "Estudio de la influencia de los profesionales de Atención Primaria en la participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)". Su participación en este estudio es voluntaria y si usted decide en cualquier momento que no quiere participar, no tendría que dar ninguna explicación.

OBJETIVO

El principal objetivo del presente estudio es analizar el papel de los profesionales de AP en la participación del Programa tanto en la prueba de cribado como en la de confirmación.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

En este estudio participarán los profesionales de los Centros de Salud participantes en el programa de cribado de cáncer colorrectal en la CAPV. Para poder realizar el estudio se seleccionara a los profesionales utilizando las bases de datos de las Organizaciones Sanitarias de Atención Primaria a las que estaban adscritas las personas en el momento de su participación. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente cuatro minutos de su tiempo. Su participación en el estudio no implica la realización de ninguna prueba o procedimiento.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que se recoge de usted, y que se guardará y analizará en un sistema informático, será estrictamente confidencial y seguirá la normativa vigente en España (Ley orgánica 15/99 del 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal). Para ello los investigadores del proyecto recogerán esta información en un cuaderno de recogida de datos en el que tan solo parece un número de identificación, pero nunca su nombre o iniciales. Los resultados del estudio siempre se presentarán de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada.

BENEFICIOS Y RIESGOS ESPERADOS

No existe ningún riesgo concreto derivado de su participación en el estudio. La información que se obtenga de este estudio puede contribuir a diseñar planes que mejoren la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal de la CAPV.

Aquellos participantes que lo deseen serán informados de los resultados finales del Proyecto.

Si desea obtener más información, pueden llamar a los números de teléfono: 944007333/944007376.

C ERANSKINA

Parte-hartzaileak sinanutako baimen informatua.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. / Dña.
 Con fecha de nacimiento
 Correo electrónico (opcional):

HE SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO Y ENTIENDO QUE:

El centro de coordinación del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal, junto con la unidad de Epidemiología del Hospital Universitario de Cruces y la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea está realizando un estudio de investigación sobre la influencia que tienen los profesionales en la participación en el programa de cribado.

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he recibido suficiente información sobre el estudio, he podido hacer preguntas y he hablado con Saloa Unanue Arza.

La información que se recoja sobre todos los participantes, será tratada confidencialmente, y ninguno será identificado personalmente en la comunicación y publicación de los resultados.

Mi participación en el estudio es voluntaria, y puedo negarme a seguir participando en él en cualquier momento que así lo desee y sin tener que dar explicaciones. Puedo detener la entrevista en cualquier momento y puedo rechazar responder a cualquiera de las preguntas si así lo deseo, sin necesidad de dar ninguna explicación.

Doy mi consentimiento para que la entrevista sea grabada en formato audio/video, de manera que después sea posible recordar mejor los detalles. Una vez finalizado el proyecto, los datos de audio serán eliminados de forma segura.

Una se obtengan los resultados o la publicación de este estudio se me comunicarán vía correo electrónico si así lo deseo.

Así doy y firmo mi consentimiento para participar en dicho estudio. He recibido una copia firmada de esta Hoja de Información al Participante y Consentimiento Informado.

En....., a de de

Fdo.: (participante)

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al profesional mencionado.

En....., a de de

Fdo.: Saloa Unanue Arza
 DNI: 16068228Z

D ERANSKINA

LMako osasun profesionalei zuzendutako galdetegia hizkuntza ofizial bietan.

LEHEN MAILAKO ARRETAKO ERIZAINZAREN ROLA KOLONEKO ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETAN

Inkesta honen bidez, gure programaren parte-hartze tasa handian eragina duten Lehen Mailako Arretako profesionalen ezaugarriak zein diren aztertu nahi dugu. Herritarren datuak ezaugarri horiekin lotu ahal izateko, ezinbestekoa da zure kupo medikoko kopurua zein den jakitea.

Jasotako informazio guztia sistema informatiko batean gorde eta aztertuko da, uneoro, Espainian indarrean dagoen araudia betez (Izaera Pertsonaleko Datuen Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/99 Lege Organikoa). Informazioa anonimoa izango da eta azterlanaren datuak ezingo dira inolaz ere lotu profesionalekin (intranetean profesionalarentzako informazio-orria eskuragarri duzu).

1. Egun, zein osasun zentroan/Kontsultategian egiten duzu lan?
2. Egun lanean diharduzun osasun zentroaren/Kontsultategiaren ordutegia
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - 08:00 -15:00
 - 08:00-20:00
 - 08:00-17:00
 - Bestelakoa:
3. Kupo finkorik esleituta duzu? (1-2 kupo medikoekin lan egin ohi duzu)
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Bai
 - Ez
4. Egun lanean diharduzun kupoaren/en zenbakia/k:.....
5. Generoa
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Emakumezkoa
 - Gizonezkoa
6. Adina
7. Zenbat urte daramazu Lehen mailako arretan lanean? (urteak guztira, gutxi gorabehera)
 8. Zenbat urte daramazu egungo kupoan/etano lanean?
8. (urte bete baino gutxiago bada 1 jarri)
9. Egungo kupoaren/en ordutegia
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Goiza
 - Arratsaldea
 - Lanaldi zatitua
10. Txandakako ordutegia? Goizak eta arratsaldeak txandakatuz?
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Bai
 - Ez

11. Lehen mailako arretako unitatean, zure arduradunek emandako Programari buruzko hitzaldietatik, zenbatera joan zara?
12. Ba al dakizu Osakidetzako sareko beste plataformetan Programaren gaineko informazioa dagoela?
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Bai
 - Ez
13. Baiezkoa eman baduzu, zenbat alditan kontsultatzen duzu?
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Behar dudan guztietan
 - Batzuetan
 - Ez dut kontsultatzen
14. Ba al dakizu Programak, urtero edo bi urtero, Koloneko eta ondesteko kantzerrean eguneratzeko jardunaldiak egiten dituela?
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Bai
 - Ez
15. Zenbatetara joan zara?
16. Garrantzitsua al da Programa zure pazienteen osasunerako?
Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Oso garrantzitsua
 - Garrantzitsua
 - Garrantzi gutxi
 - Ez da batere garrantzitsua
17. Programarekin izandako esperientziaren gaineko oharrak eta iradokizunak
.....

PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

Mediante esta encuesta pretendemos analizar cuáles son las características de los profesionales de Atención Primaria que influyen en la elevada tasa de participación de nuestro programa. Para poder relacionar los datos de la población con estas características, es imprescindible conocer tu número de cupo médico.

Toda la información recogida, se guardará y analizará en un sistema informático, cumpliendo en todo momento con la normativa vigente en España (Ley orgánica 15/99 del 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal). La información se recopilará de forma anonimizada y en ningún momento se podrán relacionar los datos del estudio con los profesionales (tienes a tu disposición la hoja de información al profesional en la intranet).

1. ¿En qué Centro de Salud/Consultorio trabajas actualmente?
2. Horario del Centro Salud/Consultorio dónde trabajas actualmente
Marca solo una opción.
 - 8:00 - 15:00
 - 8:00 - 20:00
 - 8:00 - 17:00
 - Otro:
3. ¿Tienes asignado/s un cupo/s fijo/s? (habitualmente trabajas con 1-2 cupos médicos)
Marca solo una opción.
 - Si
 - No
4. Número de el/los cupo/s en el/los que estás trabajando actualmente:
5. Género
Marca solo una opción.
 - Mujer
 - Hombre
6. Edad
7. ¿Cuántos años has trabajado en Atención Primaria? (cómputo global de años aproximado)
8. ¿Cuántos años llevas trabajando en el/los cupo/s actual/es? (en caso de menos de 1 año poner 1)
9. Horario del/los cupo/s actual/es
Marca solo una opción.
 - Mañana
 - Tarde
 - Jornada partida
10. ¿Horario rotatorio? ¿Alternado mañanas y tardes?
Marca solo una opción.
 - Si
 - No
11. ¿A cuántas charlas sobre el Programa impartidas por sus responsables has acudido en tu Unidad de Atención Primaria?

12. ¿Conoces la existencia de información del Programa en las diferentes plataformas on-line de Osakidetza?
Marca solo una opción.
- Si
 - No
13. En caso positivo, ¿Con que frecuencia la consultas?
Marca solo una opción.
- Siempre que la necesito
 - Ocasional
 - No la consulto
14. ¿Sabes que el Programa realiza de forma anual/bienal Jornadas de Actualización en Cáncer Colorrectal?
Marca solo una opción.
- Si
 - No
15. ¿A cuántas has podido acudir?
16. ¿Es importante el Programa para la salud de tus pacientes?
Marca solo una opción.
- Muy importante
 - Importante
 - Poco importante
 - Nada importante
17. Comentarios y sugerencias sobre tu experiencia con el Programa
-

LEHEN MAILAKO MEDIKUEN ROLA KOLONEKO ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETAN

Inkesta honen bidez, gure programaren parte-hartze tasa handian eragina duten Lehen Mailako Arretako profesionalen ezaugarriak zein diren aztertu nahi dugu. Herritarren datuak ezaugarri horiekin lotu ahal izateko, ezinbestekoa da zure kupo medikoko kopurua zein den jakitea.

Jasotako informazio guztia sistema informatiko batean gorde eta aztertuko da, uneoro, Espainian indarrean dagoen araudia betez (Izaera Pertsonaleko Datuen Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/99 Lege Organikoa). Informazioa anonimoa izango da eta azterlanaren datuak ezingo dira inolaz ere lotu profesionalekin (intranetean profesionalarentzako informazio-orria eskuragarri duzu).

1. Egun, zein osasun zentroan/Kontsultategian egiten duzu lan?
2. Egun lanean diharduzun osasun zentroaren/Kontsultategiaren ordutegia (aukera bat bakarrik marka ezazu)
 - 08:00-15:00
 - 08:00-20:00
 - 08:00-17:00
 - Beste bat (zehaztu): _____
3. Egun lanean diharduzun kupoaren zenbakia.
4. Generoa (Aukera bat bakarrik marka ezazu)
 - Emakumezkoa
 - Gizonezkoa
5. Adina
6. Espezialitatea (aukera bat bakarrik marka ezazu)
 - Familia eta komunitateko medikuntza
 - Barne-medikuntza
 - Beste bat: _____
7. Zenbat urte daramazu Lehen mailako arretan lanean? (urteak guztira, gutxi gorabehera)
8. Zenbat urte daramazu egungo kupoan lanean? (urte bete baino gutxiago bada 1 jarri)
9. Egungo kupoaren ordutegia (aukera bat bakarrik marka ezazu)
 - Goiza
 - Arratsaldea
 - Lanaldi zatitua
10. Txandakako ordutegia? Goizak eta arratsaldeak txandakatuz? (Aukera bat bakarrik marka ezazu)
 - Bai
 - Ez
11. Lehen mailako arretako unitatean, zure arduradunek emandako Programari buruzko hitzaldietatik, zenbatera joan zara?
12. Ba al dakizu Osakidetzako sareko beste plataformetan Programaren gaineko informazioa dagoela? Aukera bat bakarrik marka ezazu
 - Bai
 - Ez

13. Baiezkoa eman baduzu, zenbat alditan kontsultatzen duzu? (Aukera bat bakarrik marka ezazu)
- Behar dudan guztietan
 - Batzuetan
 - Ez dut kontsultatzen
14. Ba al dakizu Programak, urtero edo bi urtero, Koloneko eta ondesteko kantzerrean eguneratzeko jardunaldiak egiten dituela? (Aukera bat bakarrik marka ezazu)
- Bai
 - Ez
15. Zenbatetara joan zara?
16. Garrantzitsua al da Programa zure pazienteen osasunerako? (Aukera bat bakarrik marka ezazu)
- Oso garrantzitsua
 - Garrantzitsua
 - Garrantzi gutxi
 - Ez da batere garrantzitsua
17. Programarekin izandako esperientziaren gaineko oharrak eta iradokizunak
.....

PAPEL DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

Mediante esta encuesta pretendemos analizar cuáles son las características de los profesionales de Atención Primaria que influyen en la elevada tasa de participación de nuestro programa. Para poder relacionar los datos de la población con estas características, es imprescindible conocer tu número de cupo médico.

Toda la información recogida, se guardará y analizará en un sistema informático, cumpliendo en todo momento con la normativa vigente en España (Ley orgánica 15/99 del 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal). La información se recopilará de forma anonimizada y en ningún momento se podrán relacionar los datos del estudio con los profesionales (tienes a tu disposición la hoja de información al profesional en la intranet).

1. ¿En qué Centro de Salud/Consultorio trabajas actualmente?

2. Horario del Centro Salud/Consultorio dónde trabajas actualmente

Marca solo una opción.

- 8:00 - 15:00
- 8:00 - 20:00
- 8:00 - 17:00
- Otro (especificar):

3. Número de el/los cupo/s en el/los que estás trabajando actualmente.

4. Género

Marca solo una opción.

- Mujer
- Hombre

5. Edad

6. Especialidad

Marca solo una opción.

- Medicina Familiar y Comunitaria
- Medicina Interna
- Otro (especificar):

7. ¿Cuántos años has trabajado en Atención Primaria? (cómputo global de años aproximado)

8. ¿Cuántos años llevas trabajando en el cupo actual? (en caso de menos de 1 año poner 1)

9. Horario del cupo actual

Marca solo una opción.

- Mañana
- Tarde
- Jornada partida

10. ¿Horario rotatorio? ¿Alternado mañanas y tardes?

Marca solo una opción.

- Si
- No

11. ¿A cuántas charlas sobre el Programa impartidas por sus responsables has acudido en tu Unidad de Atención Primaria?

12. ¿Conoces la existencia de información del Programa en las diferentes plataformas on-line de Osakidetza?

Marca solo una opción.

- Si
- No

13. En caso positivo, ¿Con que frecuencia la consultas?

Marca solo una opción.

- Siempre que la necesito
- Ocasional
- No la consulto

14. ¿Sabes que el Programa realiza de forma anual/bienal Jornadas de Actualización en Cáncer Colorrectal?

Marca solo una opción.

- Si
- No

15. ¿A cuántas has podido acudir?

16. ¿Es importante el Programa para la salud de tus pacientes?

Marca solo una opción.

- Muy importante
- Importante
- Poco importante
- Nada importante

17. Comentarios y sugerencias sobre tu experiencia con el Programa

E ERANSKINA

Elkarrizketan parte hartu zuten profesionalek betetako datu-inprimakia



NOMBRE:		
EDAD:		
CENTRO DE SALUD:		
PERIFÉRICO:	SI	NO
SI ES PERIFÉRICO ESPECIFICAR:		
HORARIO DE CONSULTA:		
PROFESION:		
ESPECIALIDAD (SI PROCEDE):		
AÑO DE FINALIZACIÓN DE ESTUDIOS:		
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:		
TIEMPO EN ESTE CENTRO:		
FORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE CRIBADO:	SI	NO
FECHA DE ÚLTIMA FORMACIÓN:		

F ERANSKINA

Elkarrizketetan parte hartzeko informazio orria EAeko hizkuntza ofizial bietan.



PROFESIONALARI INFORMAZIOA EMATEKO ORRIA

SARRERA

Orri honekin, ikerkuntza-azterlan batean parte hartzera gonbidatzen zaitugu. Azterlanaren izenburua honakoa da: "Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) Koloneko eta ondesteko kantzerra goiz detektatzeko programan Lehen Mailako profesionalak duten eraginaren azterlana". Zure parte-hartzea azterlan honetan boluntarioa da eta, edozein unetan, parte ez hartzea erabakiz gero, ez zenuke inolako azalpenik eman behar.

HELBURUA

Azterlan honen helburu nagusia LMAko profesionalak Programan parte hartzerakoan - bai baheketaren proban, bai baieztapenean- duten rola aztertzea da.

AZTERLANAREN DESKRIBAPENA

Azterlan honetan, EAEn, koloneko eta ondesteko kantzerraren baheketa programan parte hartu duten Osasun Zentroetako profesionalak parte hartuko dute. Azterlana egin ahal izateko, 2014 urtean programan parte hartu zuten profesionalen laguntza eskatzen da. Azterlan hau kualitatiboa da, eta bertan diskusio-taldeak eta elkarrizketa pertsonalak egingo dira. Zu parte-hartzea erabakiko bazenu elkarrizketa horietan zehar hitz egindakoa grabatu egingo da zure onespina ematen baduzu, ikertzaileak, gero, zuk adierazitako ideiak transkribatu ahal izateko, beharrezko analisia egiteko helburuarekin. Azterlanean parte-hartzeak ez du probarik edo prozedurarik egitea eskatzen.

KONFIDENTZIALTASUNA

Zuri buruz jasoko den informazio guztia eta informatika sisteman gorde eta aztertuko dena, guztiz konfidentziala izango da eta Espainian indarrean dagoen araudia beteko du (Izaera Pertsonaleko Datu Babesari buruzko abenduaren 13ko 15/99 Lege Organikoa). Horretarako, proiektuaren ikertzaileek informazioa datuak jasotzeko koaderno batean idatziko dituzte. Bertan, identifikazio-zenbaki bat besterik ez da agertuko, baina inoiz ez zure izena edo inizialak. Azterlanaren emaitzak beti modu globalean aurkeztuko dira eta inoiz ez, inolako arrazoiengatik, banakako moduan.

ESPERO DIREN ONURAK ETA ARRISKUAK

Azterlanean parte hartzeagatik ez duzu inolako arrisku zehatzik izango. Azterlanetik lortutako informazioak lagundu dezake EAeko koloneko eta ondesteko kantzerraren baheketa-programaren parte-hartzea hobetzen duten planak diseinatzen.

Nahi duten parte hartzaileek proiektuaren azkeneko emaitzak jasoko dituzte.

Informazio gehiago eskatu nahi baduzu, Ikertzaile Nagusiari deitu diezaioketuzue, Saloa Unanue, 946015630-696788030 telefonora edo harremanetan jarri hurrengo helbide elektronikoaren bidez: salua.unanue@ehu.es

Elkarrizketetan parte hartzeko informazio orria. Gaztelaniazko bertsioa.



HOJA DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

INTRODUCCIÓN

Con esta hoja le invitamos a tomar parte de un estudio de investigación cuyo título es “Estudio de la influencia de los profesionales de Atención Primaria en la participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)”. Su participación en este estudio es voluntaria y si usted decide en cualquier momento que no quiere participar, no tendría que dar ninguna explicación.

OBJETIVO

El principal objetivo del presente estudio es analizar el papel de los profesionales de AP en la participación del Programa tanto en la prueba de cribado como en la de confirmación.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

En este estudio participarán los profesionales de los Centros de Salud participantes en el programa de cribado de cáncer colorrectal en la CAPV. Para poder realizar el estudio se pide colaboración a los profesionales que participaron en el programa durante el año 2014. Es un estudio de carácter cualitativo en el que se realizarán tanto grupos de discusión como entrevistas personales. Estas sesiones serán grabadas con su consentimiento, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado para su posterior análisis. Su participación en el estudio no implica la realización de ninguna prueba o procedimiento.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que se recoge de usted, y que se guardará y analizará en un sistema informático, será estrictamente confidencial y seguirá la normativa vigente en España (Ley orgánica 15/99 del 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal). Para ello los investigadores del proyecto recogerán esta información en un cuaderno de recogida de datos en el que tan solo parece un número de identificación, pero nunca su nombre o iniciales. Los resultados del estudio siempre se presentarán de forma global y nunca, bajo ningún concepto, de forma individualizada.

BENEFICIOS Y RIESGOS ESPERADOS

No existe ningún riesgo concreto derivado de su participación en el estudio. La información que se obtenga de este estudio puede contribuir a diseñar planes que mejoren la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal de la CAPV.

Aquellos participantes que lo deseen serán informados de los resultados finales del Proyecto.

Si desea obtener más información, pueden llamar a la Investigadora Principal, Saloa Unanue, al teléfono 946015630-696788030 o a través de la siguiente dirección de correo electrónico: salua.unanue@ehu.eus

G ERANSKINA

Datu kualitatiboen bilketarako erabilitako elkarrizketa indibidualetarako gidoia

GUIÓN ENTREVISTA INDIVIDUAL AUXILIARES ADMINISTRATIVOS:

1. Presentación y explicación breve del proyecto.
 1. Buenos días a todos:
 2. Presentación moderadora: Antes que nada quisiera presentarme, mi nombre es Saloa Unanue Arza, soy enfermera, he trabajado en AP y tengo experiencia en el programa como enfermera. Actualmente trabajo como profesora en la Escuela de Enfermería de Leioa (UPV/EHU). Además, estoy realizando mi tesis doctoral, de la cual esta entrevista forma parte, en colaboración con el Centro Coordinador del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal.
 3. Objeto: Como ya les había comentado anteriormente, estoy realizando un estudio acerca de las percepciones, opiniones y actitudes de los profesionales de A.P. que participan en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal y analizar el papel que desempeñan en la participación de las personas. Esta investigación se está realizando en dos frentes: una parte cualitativa, esta entrevista, y una parte cuantitativa.
 4. Consentimiento informado, recalcar:
 - Confidencialidad del investigador y del resto de los participantes.
 - Grabación de la entrevista.
 5. Agradecimientos: Les quisiera agradecer de antemano su colaboración para la realización de esta entrevista. Recordar que se comunicarán los resultados del estudio.
 6. Normas:
 - No hay respuestas correctas ni incorrectas.
 - Todas las opiniones son igual de importantes/interesantes.
 - Lo que se diga en esta sala permanece en esta sala.
 - Lo que se diga en la sala no servirá para “culpabilizar” o “premiar”, no se realizarán juicios de valor sobre las opiniones o actitudes del resto. Tampoco servirá para “señalar” a profesionales o centros. Las conclusiones servirán para mejorar el programa en líneas generales.
 7. Preguntas y/o comentarios: Alguna pregunta o comentario antes de comenzar.
2. Entrevista, batería de preguntas:
 1. ¿Qué piensas sobre los programas de cribado? ¿Y sobre este programa en particular?
 2. ¿Cómo valoras el papel de AP en el programa? ¿Sientes que el papel de los profesionales de AP es importante? ¿Crees que es un trabajo que se debe hacer desde AP?
 3. ¿Cuál es el papel del auxiliar administrativo en el programa? ¿crees que es importante?
 4. ¿Qué importancia le das a la participación?

5. En relación al programa de cribado de CCR, ¿en qué momento tienes contacto con las personas?
 - Cuando todavía no han decidido participar
 - Para consultar dudas
6. ¿Animas a las personas a participar? ¿Cuáles son tus motivos para animar o no animar? Personales, organización...
7. Con respecto a la información que dais a las personas, ¿te remites a la información que el paciente recibe del centro coordinador o das información adicional?
8. ¿Cómo se dirigen a ti los pacientes?
9. ¿Cómo te sientes cuando los pacientes te piden consejo? ¿Cómo reaccionas?
10. Respondes a las dudas o les derivas a otros profesionales.
11. ¿Tienes contacto con las personas antes de hacer el TSOH? Tienen dudas, ¿Qué preguntan?
12. ¿Crees que influye tu experiencia personal a la hora de recomendar o no a las personas que participen? IMPICACION EMOCIONAL
 - Experiencias personales/familiares/amigos
 - Experiencias con pacientes
13. ¿Tienes contacto con los pacientes cuando están esperando el resultado del TSOH?
14. ¿Cómo es tu relación con los pacientes en esa fase?
15. ¿Cómo es tu experiencia en ese sentido?
16. ¿Quién es el que se encarga de pedir citas, resolver dudas, etc?
17. ¿Qué os preguntan? ¿Las dudas, de que tipo son? Tienen dificultades de comprensión de la carta.
18. Qué papel creéis que juega la accesibilidad.
19. ¿Cuáles son sus miedos, incertidumbres... de los pacientes antes de la colonoscopia?
20. ¿Cómo los gestionas?
21. ¿Cuál es tu experiencia?
22. ¿Qué es lo que han entendido, con qué mensaje se han quedado tras la consulta con el médico/enfermera?
23. Con respecto al protocolo de citas, etc. ¿como lo gestionas? ¿Qué ventajas y desventajas encuentras en tu forma de gestionar?
24. Cuando la campaña está activa, ¿Cuánto tiempo te lleva el programa?
25. En general, ¿que preguntan las personas?
26. ¿Hay barreras de comunicación?
 - Nivel educativo
 - Nivel cultural
 - Idioma
27. ¿Influye vuestra experiencia personal?
28. ¿Qué dificultades tienes en el programa?
29. ¿Veis un beneficio directo para vuestros pacientes?
30. ¿Es importante el programa?
31. ¿Algo más que comentar?

GUIÓN ENTREVISTA INDIVIDUAL ENFERMERAS:

1. Presentación y explicación breve del proyecto.
 1. Buenos días a todos:
 2. Presentación moderadora: Antes que nada, quisiera presentarme, mi nombre es Saloa Unanue Arza, soy enfermera, he trabajado en AP y tengo experiencia en el programa como enfermera. Actualmente trabajo como profesora en la Escuela de Enfermería de Leioa (UPV/EHU). Además, estoy realizando mi tesis doctoral, de la cual esta entrevista forma parte, en colaboración con el Centro Coordinador del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal.
 3. Objeto: Como ya les había comentado anteriormente, estoy realizando un estudio acerca de las percepciones, opiniones y actitudes de los profesionales de A.P. que participan en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal y analizar el papel que desempeñan en la participación de las personas. Esta investigación se está realizando en dos frentes: una parte cualitativa, esta entrevista, y una parte cuantitativa.
 4. Consentimiento informado, recalcar:
 - Confidencialidad del investigador y del resto de los participantes.
 - Grabación de la entrevista.
 5. Agradecimientos: Les quisiera agradecer de antemano su colaboración para la realización de esta entrevista. Recordar que se comunicarán los resultados del estudio.
 6. Normas:
 - No hay respuestas correctas ni incorrectas.
 - Todas las opiniones son igual de importantes/interesantes.
 - Lo que se diga en esta sala permanece en esta sala.
 - Lo que se diga en la sala no servirá para “culpabilizar” o “premiar”, no se realizarán juicios de valor sobre las opiniones o actitudes del resto. Tampoco servirá para “señalar” a profesionales o centros. Las conclusiones servirán para mejorar el programa en líneas generales.
 7. Preguntas y/o comentarios: Alguna pregunta o comentario antes de comenzar.
 8. Presentación de los integrantes: Nombre y profesión.
2. Entrevista, batería de preguntas:
 1. ¿Qué piensas sobre los programas de cribado? ¿Y sobre este programa en particular?
 2. ¿Cómo valoras el papel de AP en el programa? ¿Sientes que el papel de los profesionales de AP es importante? ¿Crees que es un trabajo que se debe hacer desde AP?
 3. ¿Qué importancia le das a la participación?
 4. En relación al programa de cribado de CCR, ¿en qué momento tienes contacto con las personas?
 - Cuando todavía no han decidido participar
 - Para consultar dudas
 5. ¿Animas a las personas a participar? ¿Cuáles son tus motivos para animar o no animar? Personales, organización...

6. Con respecto a la información que dais a las personas, ¿te remites a la información que el paciente recibe del centro coordinador o das información adicional?
7. ¿Tienes contacto con las personas antes de hacer el TSOH? Tienen dudas, ¿Qué preguntan?
8. ¿Crees que influye tu experiencia personal a la hora de recomendar o no a las personas que participen?
 - Experiencias personales/familiares/amigos
 - Experiencias con pacientes
9. ¿Tienes contacto con los pacientes cuando están esperando el resultado del TSOH?
 - ¿Cómo es tu relación con los pacientes en esa fase?
 - ¿Cómo es tu experiencia en ese sentido?
 - ¿Cómo informas a los pacientes? ¿Utilizas medios de soporte?
 - Web, foros, vídeos, etc.
10. ¿Con quién acude el paciente a consulta? Si va acompañado, ¿quién es el que pregunta? ¿Su actitud es activa o pasiva?
11. ¿Cómo responden los pacientes en consulta? ¿Cómo reaccionan? ¿Cómo respondes tú?
12. ¿Cuáles son sus miedos, incertidumbres... de los pacientes antes de la colonoscopia?
13. ¿Cómo los gestionas?
14. ¿Cuál es tu experiencia?
15. Cuando vienen a la consulta a la preparación, ¿Qué percibes? ¿Entienden las instrucciones?
16. ¿Qué es lo que han entendido, con qué mensaje se han quedado tras la consulta con el médico?
17. Cuando la campaña está activa, ¿Cuánto tiempo te lleva el programa?
18. En general, ¿que preguntan las personas?
19. ¿Los pacientes vuelven a consulta después de la colonoscopia? ¿O te cuentan su experiencia cuando vienen por otro motivo?
20. ¿Qué importancia le das a la preparación de la colonoscopia?
21. ¿Te parece que la consulta de enfermería es el entorno adecuado?
22. ¿Hay barreras de comunicación?
 - Nivel educativo
 - Nivel cultural
 - Idioma
23. ¿Influye vuestra experiencia personal?
24. ¿Qué dificultades tienes en el programa?
25. ¿Veis un beneficio directo para vuestros pacientes?
26. ¿Es importante el programa?
27. ¿Algo más que comentar?

GUIÓN ENTREVISTA INDIVIDUAL MEDICOS:

1. Presentación y explicación breve del proyecto.
 1. Buenos días a todos:
 2. Presentación moderadora: Antes que nada, quisiera presentarme, mi nombre es Saloa Unanue Arza, soy enfermera, he trabajado en AP y tengo experiencia en el programa como enfermera. Actualmente trabajo como profesora en la Escuela de Enfermería de Leioa (UPV/EHU). Además, estoy realizando mi tesis doctoral, de la cual esta entrevista forma parte, en colaboración con el Centro Coordinador del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal.
 3. Objeto: Como ya les había comentado anteriormente, estoy realizando un estudio acerca de las percepciones, opiniones y actitudes de los profesionales de A.P. que participan en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal y analizar el papel que desempeñan en la participación de las personas. Esta investigación se está realizando en dos frentes: una parte cualitativa, esta entrevista, y una parte cuantitativa.
 4. Consentimiento informado, recalcar:
 - Confidencialidad del investigador y del resto de los participantes.
 - Grabación de la entrevista.
 5. Agradecimientos: Les quisiera agradecer de antemano su colaboración para la realización de esta entrevista. Recordar que se comunicarán los resultados del estudio.
 6. Normas:
 - No hay respuestas correctas ni incorrectas.
 - Todas las opiniones son igual de importantes/interesantes.
 - Lo que se diga en esta sala permanece en esta sala.
 - Lo que se diga en la sala no servirá para “culpabilizar” o “premiar”, no se realizarán juicios de valor sobre las opiniones o actitudes del resto. Tampoco servirá para “señalar” a profesionales o centros. Las conclusiones servirán para mejorar el programa en líneas generales.
 7. Preguntas y/o comentarios: Alguna pregunta o comentario antes de comenzar.
 8. Presentación de los integrantes: Nombre y profesión.
2. Entrevista, batería de preguntas:
 1. ¿Qué piensas sobre los programas de cribado? ¿Y sobre este programa en particular?
 2. ¿Cómo valoras el papel de AP en el programa? ¿Sientes que el papel de los profesionales de AP es importante? ¿Crees que es un trabajo que se debe hacer desde AP?
 3. ¿Qué importancia le das a la participación?
 4. En relación al programa de cribado de CCR, ¿en qué momento tienes contacto con las personas?
 - Cuando todavía no han decidido participar
 - Para consultar dudas
 5. ¿Animas a las personas a participar? ¿Cuáles son tus motivos para animar o no animar? Personales, organización...

6. Con respecto a la información que dais a las personas, ¿te remites a la información que el paciente recibe del centro coordinador o das información adicional?
7. ¿Crees que influye tu experiencia personal a la hora de recomendar o no a las personas que participen?
 - Experiencias personales/familiares/amigos
 - Experiencias con pacientes
8. ¿Tienes contacto con los pacientes cuando están esperando el resultado del TSOH?
 - ¿Cómo es tu relación con los pacientes en esa fase?
 - ¿Cómo es tu experiencia en ese sentido?
9. Cuando ves que un paciente ha dado positivo en el TSOH,
10. ¿Qué sientes?
11. ¿Cómo afrontas tener que llamar por teléfono al paciente que no ha demandado consulta?
12. ¿Cuánto tiempo esperas?
13. En cuanto a la llamada telefónica,
 - ¿Qué información das por teléfono?
 - ¿Insistes o informas sobre la necesidad de hacer la colonoscopia? ¿O prefieres dejar ese tema para la consulta?
 - ¿Cómo responden los pacientes a la llamada?
 - ¿Cuál es su actitud?
14. ¿Cómo informas a los pacientes? ¿Utilizas medios de soporte? Web, foros, vídeos, etc.
15. ¿Cuál es tu impresión cuando el paciente acude con la carta de resultado positivo?
 - Paciente
 - Profesional
16. ¿Con quién acude el paciente a consulta? Si va acompañad@, ¿quién es el que pregunta? ¿Su actitud es activa o pasiva?
17. ¿Cómo responden los pacientes en consulta? ¿Cómo reaccionan? ¿Cómo respondes tú?
18. ¿Y cuando les dices que es conveniente hacer una colonoscopia?
19. ¿Cuáles son sus miedos, incertidumbres... de los pacientes antes de la colonoscopia?
 - ¿Cómo los gestionas?
 - ¿Cuál es tu experiencia?
20. Cuando comunicas un TSOH positivo, ¿la reacción es diferente en función del género o la edad de las personas?
21. Cuando tras un TSOH+ la colonoscopia es negativa, los pacientes hacen otro test a los 10 años.
22. ¿Cómo reaccionan?
23. ¿Tú que sientes?
 - Cuando hay ABR (adenomas de bajo riesgo) a los 5 años
 - ARM (adenomas de riesgo medio), a los 3 años las pide el médico
24. ¿Cómo reaccionan los pacientes?
25. ¿Y el médico?

26. ¿Sensación de (in)seguridad?
27. Alto riesgo especializada en 1 año.
28. En general, ¿que preguntan las personas?
29. Cuando ves una colonoscopia negativa, ¿Cómo te sientes?
30. ¿Hay barreras de comunicación?
 - Nivel educativo
 - Nivel cultural
 - Idioma
31. ¿Influye vuestra experiencia personal?
32. ¿Qué dificultades tienes en el programa?
33. ¿Veis un beneficio directo para vuestros pacientes?
34. ¿Es importante el programa?
35. ¿Algo más que comentar?

H ERANSKINA

CASP iraukuketa kritikorako tresna

CASP galderak:

- 1.- Berrikuspena argi definitutako gai bati buruz egin zen?
- 2.- Egileek artikulu mota egokia aukeratu zuten?
- 3.- Ikerketa garrantzitsu eta egokiak sartu direla uste duzu?
- 4.- Berrikuspenaren egileak sartutako ikerketen kalitatea ebaluatzeko esfortzu nahikoa egin dute?
- 5.- Ikerketa ezberdinen emaitzak emaitza “konbinatu” bat lortzeko nahastu ba dira, zentzuzkoa zen hau egitea?
- 6.- Zein da berrikuspenaren emaitza globala?
- 7.- Zein da emaitza/emaitzen zehaztasun maila?
- 8.- Emaitzak zure inguruan aplikatu daitezke?
- 9.- Emaitza garrantzitsu guztiak hartu dira kontuan erabakia hartzeko?
- 10.- Onurak kalte eta kostuak merezi dituzte?

Galdera bakoitzari bai, ez edo argi ez dagoela erantzun ahal zaio. Ondoren, “bai” erantzundako galderekin puntuazioa lortzen da.

I ERANSKINA**Berrikuspen sistematikoan aukeratutako ikerketen ebidentzia-taulak.**

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Clarke, 2015	Partehartzean genero ezberdintasunak dauden ezartzea eta haietan eragina izan dezaketen faktoreak identifikatzea.	Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS+MA Bilaketa aldia: 2000 urtarrila-2013 abendua Aukeratutako artikuluen diseinua: AEK+BI Baheketa proba: GEO Onartutako ikerketa kopurua: 17	Ikerketa mota: AEK eta BSetan gizonezkoen partehartze baxuagoa (OR 0,83 KT 0,71-0,97; OR 0,83 KI 0,76-0,91) Kokapen geografikoa: desberdintasunik ez. Gonbidapen eskutitza: gizonetan partehartze altuagoa proba baino lehenago eskutitza bazegoen (OR 0,77, KT 0,73-0,82). Testa jasotzeko modua: gizonen partehartze baxuagoa testa etxera bidaltzen zenean (OR 0,79, KT 0,75-0,83). Adina: 40-75 urte bitartean, gizonezkoen parte-hartze esanguratsuki baxuagoa izan zen (OR 0,79, KT 0,74-0,84), goitik adin limiterik ez ezartzerakoan ez zen ezberdintasunik aurkitu.	Altua	8

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Gimeno, 2012	Partehartzean eragina duten faktoreak identifikatzea.	Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BN Bilaketa aldia: Definitu gabe Aukeratutako artikuluen diseinua: Definitu gabe Baheketa proba: Definitu gabe Onartutako ikerketa kopurua: Definitu gabe	Giza-demografi faktoreak: Generoa: ez du eragin esanguratsurik Adina: adin altuagoarekin partehartzea igotzen da. Talde minoritarioak: partehartzea baxuagoa da. Egoera sozioekonomikoa eta hezkuntza maila: baxua denean partehartzea baxuagoa da. Ezkonduta egotea edo bikotearekin bizitzea: ezkondutako pertsonen artean partehartzea altuagoa da. Erretzea: erretzaileak gutxiago eta erretzaile ohiak gehiago parte hartzen dute. Osasun jokabideak eta beste programetan parte-hartzea: partehartzea altuagoa da. Landa eremuan edo hirian: emaitzak ezberdinak dira kokapen geografiko/herrialde ezberdinetan. Osasuna arreta eskaintzen duten profesionalak: haien rola berebiziko garrantzia du screening jokabideetan (KOMari buruzko kontzientzia sustatuz, hautemandako oztopoak murriztuz eta hautemandako baheketa proben onurak azaltzen. Medikuaren aholkuak KOM baheketarekin korrelazio indartsua du. Osasun sistema: Probaren ezaugarriak: Neurrizko-arriskua duen populazioak proba ez-erasokorrak ditu nahiago, eta GEO test immunokimikoa guaiakoarena baino. Oztopoak: -medikuarekin eztabaidatzeko aukerarik ez izatea -medikuaren oroitzapenik ez jasotzea -denbora falta. Faktore psikosozialak: KOMari eta baheketari buruzko ezagutza eza atxikidurarako oztopo moduan identifikatu da. KOM garatzeko arriskuaren pertzepzioa: partehartze tasa altuagoekin erlazionatu da. Jokaera ez-osasuntsuak (erretzea edo sedentarismoa adb.) arriskuaren pertzepzio altuagoarekin erlazionatu dira. Komorbilitatea, hesteetako sintomak egotea, gorputz masa indize altua eta antsietatea partehartzeko intentzioa altuagoarekin erlazionatu dira.	*	*

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Gimeno, 2012			Minbizi arriskuaren aintzatespen eza oztopo moduan ere identifikatu da. Lotsa, antsietatea, interes falta, minbiziaren beldur izatea, minaren beldur izatea, osasuntsu sentitzea, prestakuntzarako edo prozedurarako kezka ere partehartzeko errezelo gehiago daukate. Egoera sozioekonomikoa: klase baxuagoetan jarrerak negatiboagoak dira.		

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Guessous, 2010	Adineko (65 urtetik gorakoak) pertsonak KOMaren baheketan parte hartzeko duten oztopoak eta faktore erraztaileak identifikatzea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS</p> <p>Bilaketa aldia: 1995ko urtarrila-2008ko abendua</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: Ez da aurretik definitu</p> <p>Baheketa proba: GEO, S, K</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 83</p>	<p>Faktore erraztaileak: Ezkontuta egotea edo bikotearekin bizitzea. Mediku bera mantentzea denboran zehar. Doako osasun-arreta eta aseguru bikoitza. Oztopoak: Heziketa maila baxua. Afroamerikarra edo hispanoa izatea. Emakumezkoa izatea. Egoera sozioekonomiko baxua. KOMaren baheketaren kontzientzia ez izatea. Medikuaren gomendio eza.</p>	Ertaina	6

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Honein-AbouHaidar, 2016	KOMaren baheketan parte hartzeko erabakian eragina duten faktoreak aztertzea. Aurretik partehartze baxua duten taldeetan (etnia-arraza minoriak, egoera sozioekonomiko baxua) eta emakume eta gizonetan zehazki faktoreak aztertzea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS</p> <p>Bilaketa aldia: Hasiera- 2015eko otsaila</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: Ikerketa kualitatiboak eta metodo mistoak erabiltzen zituztenak.</p> <p>Baheketan proba: GEO, S, K</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 94</p>	<p>Faktore erraztaileak: KOMaren baheketaren, haren egokitasunaren eta helburuaren ezagutza. Jarrera positiboa KOMaren baheketa testaren aurrean. Baheketarako motibazioa (gaixo ez daudelaren bermea lortzeko, emaztearen eragina, KOMa pairatu duten familiakoak edo lagunak). Oztopoak: Familiako edo lagun bat hiltzen ikusi dutenak edo esperientzia negatibo baten ondorioz parte hartzeko konbentziturak ez egotea. Ezagutza eza: KOMaren berri edo haren arriskuaren berri ez izatea/ez ezagutzea eta baheketaren helburua ez ezagutzea. Minbiziaren ikuspegi negatiboa, beldurra. Jarrera negatiboak testaren aurrean: Gorozki-lagina hartu eta kudeatu behar izatea, kolonoskopiaren prestakuntza eta prozedura, eta haren arriskuak. Baheketarako motibazio eza beste eginbehar batzuk lehentasuna dutelako. Generoa eta kultura, minbizirako bestelako erremedioak, baheketa kulturaren parte ez izatea, babestuta egotearen sententzia, kokapen anatomikoa. Egoera sozioekonomikoa, lan denbora baheketan inbertitu behar izatea. Hurbiltasuna, garraioa.</p>	Altua	8

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Honein-AbouHaidar, 2016			<p>Osasun alorrean alfabetatzea eta hizkuntza: terminologia medikoa ulertu behar denean eta hizkuntza.</p> <p>Faktore eraldatzaileak (erraztaileak eta oztopoak eraldatzen dituztenak):</p> <p>Hezkuntza publikoa</p> <p>Lehen mailako arretako medikua</p>		

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Leung, 2016	Populazio txinatarrean KOMaren baheketari buruzko publikatutako literaturaren berrikuspen kritiko bat egitea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS+MA</p> <p>Bilaketa aldia: - 2014ko azaroa</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: Edozein ikerketa mota.</p> <p>Baheketa proba: GEO, S, K</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 22</p>	<p>Faktore soziodemografikoak: Generoa: emaitza desberdinak. Adina: emaitza desberdinak. Heziketa maila: korrelazio positiboa. Minbizia familia barnean: emaitza desberdinak. Erretzailea izatea: ez erretzaileak edo erretzaile ohiak gehiago partehartzen dute. Hautemandako osasun egoera: emaitza ez adierazgarriak. Osasun-asegurua: korrelazio positiboa EBetan izan ezik. Hileroko etxeko diru-sarrerak: emaitza desberdinak. Akulturazioa/erresidentzia urteak: emaitza nahasiak. Ezagutza: korrelazio positiboa.</p> <p>Faktore psikologikoak: Hautemandako larritasuna: oztopo izan daiteke. KOMa izateko sentikortasuna: parte-hartzea sustatzeko faktore bat izan liteke baina emaitzak ez dira argiak. Partehartzeko borondatea izatea eta baheketaren onuren pertzepzioa: ez da erlazio esanguratsurik ezarri. Minbiziari beldur izatea: emaitzak nahasiak dira. Medikua erregulartasunez bisitatzea: partehartzearekin era esanguratsuan asoziatuta dago. Medikuarekin kontaktua izatea: medikuaren gomendioak emaitza positiboak ditu partehartzean, baita aldizkako txekoek eta arazoak edo kezkek familia eta lagunekin eztabaidatzeak.</p>	Ertaina	7

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Vart, 2012	KOMaren baheketan test immunokimikoa eta guaiakoaren testa erabiliz partehartzea konparatzea. Testaren ezaugarrietatik zeintzuk diren partehartzearen faktore erraztaileak eta zeintzuk oztopo aztertzea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS+MA</p> <p>Bilaketa aldia: 2000-2011ko iraila</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: AEK</p> <p>Baheketa proba: GEO test immunokimikoa eta guaiako testa.</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 7</p>	<p>Partehartzea test imunokimikoarekin guaiako-testarekin konparatuz esanguratsuki altuagoa da.</p> <p>Identifikatutako faktore erraztaileak: Hartu beharreko lagin kopurua. Dieta edo tratamendu farmakologikoan murrizteak edo aldaketak egin behar ez izatea. Lagina hartzeko teknika sinplea izatea. Gorozkiak manipulatzeko beharra (hauek guztiak GEOi-aren aldekoak). Oztopoa: Lagina hozkailuan gorde behar izatea.</p>	Altua	9

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Vernon, 1997	KOMaren baheketa programetan (GEO eta sigmoidoskopia) atxikidura ebaluatzea, prebalentzia zehaztea, atxikidura areagotzeko interbentzioak diseinatzea, parte-hartzearen faktore prediktoreak identifikatzea, atxikidura-ezarako arrazoiak identifikatzea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS</p> <p>Bilaketa aldia: 1973 (datu basearen antzintasunaren arabera) -1996.</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: Edozein ikerketa mota.</p> <p>Baheketa proba: GEO (guaiako testa), S</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 38</p>	<p>Atxikidurarekin erlazioa duten faktoreak: GEO</p> <p>Adina: emaitzak oso desberdinak.</p> <p>Sexua: orokorrean emakumezkoak gehiago hartzen dute parte, baina ikerketa batzuetan ez da erlaziorik ezartzen.</p> <p>Maila sozioekonomikoa (heziketa, diru-sarrerak, lana izatea): gehienetan erlazio positiboa aurkitzen da.</p> <p>Etnizitatea: ikerketa gutxi</p> <p>Ezkonduta egotea/bikotearekin bizitzea: sendotasunik gabeko emaitzak.</p> <p>Gaixotasunaren sentiberatasuna: gehienetan erlaziorik ez.</p> <p>Baheketaren onurak: emaitzak anitzak dira.</p> <p>Osasunarekiko motibazioa: gehienetan positiboa.</p> <p>Autoeraginkortasuna: positiboa.</p> <p>Fatalismoa: negatiboa.</p> <p>Medikuaren gomendioa: positiboa.</p> <p>Minbiziaren arrisku faktoreak ezagutzea: positiboa.</p> <p>KOM (izan) duen norbait ezagutzea: positiboa.</p> <p>Sigmoidoskopia</p> <p>Hautemandako sentikortasuna: positiboa.</p> <p>Larritasuna: emaitza ezberdinak.</p> <p>Oztopoak: negatiboa.</p> <p>Baheketaren onurak ezagutzea: emaitza ezberdinak.</p> <p>Prebentzioa: positiboa.</p>	Ertaina	4

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Vernon, 1997			Minbiziari buruzko ezagutza: positiboa. Medikuaren gomendioa: positiboa. Parte ez hartzeko arrazoiak: lan edo familia arazoak, trabak, oso lanpetuta egotea, hiritik kanpo egotea, interes eza, kostua, KOM sintomarik ez izatea, testa .		

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
von Euler-Chelpin, 2009	GEO testa erabiltzen duten KOMaren baheketa programetan partehartzean eragina duten faktoreak identifikatzea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS</p> <p>Bilaketa aldia: Hasieratik- 2008</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: Edozein ikerketa mota.</p> <p>Baheketa proba: GEO</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 23</p>	<p>Sexua: emakumeen partehartzea gizonezkoena baino altuagoa da (salbuespenak daude).</p> <p>Maila sozioekonomikoa: maila baxuetan partehartzea baxuagoa da.</p> <p>Ezkontuta egotea/bikotearekin bizitzea: partehartzea igotzen du.</p> <p>Osasun zerbitzuen erabilera erabakigarri indartsua da ikerketa gehienetan, erabilera eskasa partehartze baxuarekin erlazionatzen da.</p> <p>duela denbora gutxi medikua bisitatu izana: partehartzea altuagoa da.</p>	Ertaina	7

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Khalid-de Bakker, 2011	Lehenengo gobicidapena eta geroko partehartzea konparatzea GEO, sigmoidoskopia, kolonoskopia, edo/eta CT-kolonografia erabiltzen duten KOMaren baheketa programetan. Parte-hartzean eragina duten faktoreak identifikatzea, gonbidapen-metodoa, populazio mota eta ezaugarri sozioekonomikoak barne.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS+MA</p> <p>Bilaketa aldia: - 2009ko urriak 1</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: KOMaren baheketa entseguak arrisku-ertaineko populazioetan, lehenengo gonbidapena edo ondorengo partehartzea zehazten dutenak.</p> <p>Baheketa proba: GEO, S, K eta CT-kolonografia.</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 100</p>	<p>Metaanalisiaren emaitzak: GEO erabiltzen duten programetan partehartzea altuagoa da sigmoidoskopia, kolonoskopia eta CT-kolonografia erabiltzen dutenetan baino.</p> <p>Partehartzean eragina duten beste faktore batzuk (BS): Gonbidapen metodoa: kit-a gonbidapen eskutitzarekin bidaltzea, lehen mailako medikuaren/familiako medikuaren inplikazioa eta aurrez aurreko gonbidapena partehartzea igotzen dute.</p> <p>Sexua: orokorrean emakumeen partehartzea altuagoa da.</p> <p>Egoera sozioekonomikoa: ikerketak erlaziorik ez ezartzearen edo maila altuak partehartze altuago izatearen aldekoak dira.</p> <p>Erraztaileak: Barne kontrol locus altua (banakoaren pertzepzioa, zeinetan gertakariak bere ekintzen ondorioz gertatzen diren, hau da, berak bere bizitza kontrolatzen duelaren pertzepzioa).</p> <p>Hautemandako oztopo txikiak. Udail-heste sintomak izatea. KOMa duen pertsonak ezagutzea. KOMaren prebentzio eta sendagarritasunaren kontziente izatea.</p> <p>Oztopoak: Baheketa zerbitzuetatik urrun egotea partehartzea oztopatzen dute.</p>	Ertaina-altua	9

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Power, 2009	KOMaren baheketa programen ikuspegi orokorra eta munduan zehar partehartze tasak ematea, partehartzearekin erlazionatu diren faktore eta partehartzea sustatzeko estrategiak azaltzea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BN</p> <p>Bilaketa aldia: Definitu gabe</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: Definitu gabe</p> <p>Baheketa proba: GEO, S, K</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: Definitu gabe</p>	<p>Egoera sozioekonomikoa: Gabezia egoera baita osasunerako dirua ez izatea (osasun aseguru unibertsala ez dagoen lekuetan): partehartzea murrizten du. Hezkuntza maila altua: partehartze altuarekin erlazioa dauka. “Health literacy”aren eragina aztertzen duten ikerketen emaitzei dagokionez, ebidentzia eskasa da eta ez-kontsekuentea (inconsistent) Langabezian egotea: ez dago erlazio esanguratsurik. Gutxiengo etnikoak: partehartzea baxuagoa da. Adina: emaitzak ez dira erabakigarriak. Generoa: kokapen geografikoaren arabera ezberdintasunak agertzen dira, EBetan gizonezkoak gehiago parte hartzen duten bitartean European alderantziz gertatzen da. Beste ikerketa batzuetan ezin da ezarri erlazio esanguratsurik. Ezkontuta egotea edo bikotearekin bizitzea: partehartzea altuagoa da. Osasun profesionalaren gomendioa, aseguru izatea eta osasun sistemaren ezaugarriak eragina daukate, batez ere aseguru unibertsala ez den lekuetan. Programaren ezaugarriak: Antolatutako programetan partehartzea altuagoa da oportunistetan baino. Proba: ez da aurkitu testa aldatzerakoan (gorozkien manipulazioa) ezberdintasunik. Lagina jasotzeko kit-a gonbidapenarekin batera eskutitzaz bidaltzea: partehartzea altuagoa da, eta postaz itzuli daitekeenean. Gonbidapen kopurua: partehartzea kopuruarekin igotzen da. Asegururik ez izatea: oztopoa da.</p>	*	5

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Power, 2009			<p>Baheketa oportunistea denean: medikuaren gomendioa jasotzea partehartzearen faktore prediktorea da. Familia-mediku egonkorra izatea eta bisita kopuruak ere partehartze altuarekin du erlazioa. Haien medikuarekin gogobetetze altuagoa izatea edo haien medikua informazio iturri printzipala izatea. Mediku-paziente komunikazioa ere.</p> <p>Osasun egoera: ez dago guztiz argi, emaitzak ez dira definitiboak/argiak.</p> <p>Beste baheketa programetan parte hartu izana, bestelako medikuetara bisitak egitea, fisikoki aktiboa izatea, eta osasun ohitura ezegokiak saihestea: partehartze altua eragiten dute.</p> <p>KOMari buruzko ezagutza: partehartze altuarekin erlazionatuta dago, bereziki baheketa oportunistetan.</p> <p>KOMari buruzko eta ezagutza eza/eskasa: partehartzerako oztopoa da.</p> <p>Ikerketak ez datoz bat arriskuaren pertzepzioari dagokionez.</p> <p>Baheketaren eraginkortasunari buruzko sinismena: partehartzearekin asoziatu dago.</p> <p>Ondorio negatiboak (minbiziaren beldur izatea, lan denbora galtzea) edo lotsa, beldurra, sintomarik ez izatea, kostuari buruzko ardura eta baheketaren kokapenak: efektu negatiboa daukate partehartzean.</p> <p>Kolonoskopiako prestakuntza: eragin negatiboa du.</p> <p>Fatalismoa: badirudi parte ez hartzeko arrazoiak izan daitezkeela baina gehiago ikertu beharra dago.</p>		

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaidzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Rex, 2002	Ez partehartzean edo partehartze baxuan eragina duten gaiak/faktoreak eztabaidatzea.	Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BN Bilaketa aldia: Aukeratutako artikuluen diseinua: Baheketa proba: Onartutako ikerketa kopurua:	Baheketaren erabilerarekin elkartutako faktoreak: Klinikoaren gomendioa. Hautemandako onura (testa efektiboa da). Familiako batek proba egin izana. Medikuarekin erlazioa izatea. Maila sozioekonomiko altua. Gaixotasunarekin esperientzia izatea. Jarduera prebentiboak egitea. Familiarian KOM historia izatea. Adina (<75 urte). Ezkonduta egotea. KOM sendagarria dela uste izatea (ezagutza). Urdail-hesteko sintomak izatea. Baheketarako oztupoak: Minaren beldur izatea, lotsa, deserosotasuna. Beharrik ez hautematea. Emaidzen beldur izatea. Fatalismoa (ezer ezin daitekela egin ustea). Garraio eta telefono zerbitzu ezegokiak. Medikuari ardura ez zaiola ustea (<i>deference to authority, trusting lack of concern on part of doctors</i>). Estaldurarik ez izatea.	*	4

Ikerketa	Helburua	Metodologia (BN, BS, BS+MA)	Emaitzak/partehartzean eragina duten faktoreak	Kalitatea (Osteba)	Kalitatea (CASP)
Wools, 2015	Partehartzean eraginda duten faktoreak identifikatzea.	<p>Ikerketaren metodologia (BN, BS, BS+MA): BS</p> <p>Bilaketa aldia: 1966-2015ko ekainaren 6a</p> <p>Aukeratutako artikuluen diseinua: Edozein ikerketa mota</p> <p>Baheketa proba: GEO, S, K</p> <p>Onartutako ikerketa kopurua: 79</p>	<p>Pertsonarekin/banakoarekin erlazionatutako faktoreak:</p> <p>Ezaugarri soziodemografikoak:</p> <p>Sexua: emakumezkoak gutxiago parte hartzen dute.</p> <p>Adina: Gazteak gutxiago parte hartzen dute.</p> <p>Gutxiengo etnikoa: oztopoa da.</p> <p>Bikoterik ez izatea: oztopoa da.</p> <p>Ko-gonbidapena: erraztailea da.</p> <p>Diru-sarrera baxua eta hezkuntza maila baxua: oztopoa da.</p> <p>Ingurumeneko ezaugarriak:</p> <p>Osasun-estaldurarik ez izatea: oztopoa da.</p> <p>Landa eremuan bizitzea: oztopo da.</p> <p>Osasun sistemaren erabilera: Kontaktua gutxiago izatea (txertoak, jarduera prebentiboak?) oztopoa da.</p> <p>Beste programetan parte-hartzea: erraztailea da.</p> <p>Medikuaren gonbidapena: erraztailea da.</p> <p>Osasun jokabideak eta osasun egoera: Erretzailea izatea oztopoa da, erretzaile ohia eta ez erretzailea izatea erraztailea.</p> <p>Jokabide osasuntsua: erreztaila da.</p> <p>Gaixotasun kronikoak izatea: erraztailea da.</p> <p>KOMaren historia familiarra izatea: erraztailea da.</p> <p>Faktore psikologikoak:</p> <p>Arriskuaren pertzepzioa izatea: erraztailea da.</p> <p>Proben pertzepzio txarra (lotsa, minaren beldur izatea, baheketa beharrezkoa ez dela uste izatea?) izatea: oztopoa da.</p> <p>KOMaren baheketari buruzko ezagutzarik ez izatea: oztopoa da.</p> <p>Norberaren osasunaren pertzepzio txarra izatea: oztopoa.</p> <p>Proba ezberdinen artean orokorrean ez dago ezberdintasunik.</p>	Ertaina	7

Laburdurak:

BN: berrikuspen narratiboa

BS: berrikuspen sistematikoa

BS+MA: berrikuspen sistematikoa metaanalisiarekin

AEK: ausazko entsegu klinikoak

BI: behaketa ikerketak

GEO: gorozkietan ezkutatutako odola

S: sigmoidoskopia

K: kolonoskopia

OR: Odds Ratio

KT: konfiantza tartea

* Berrikuspen narratiboetarako ez da kalitatea neurtu horretarako tresnarik ez dagoelako

