

**ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**"Μέθοδος κατάρτισης ερωτηματολογίων  
συλλογής δεδομένων για την υγεία"**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ ΖΑΪΜΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2000**

Τ Ε Ι Κ Α Λ Α Μ Α Τ Α Σ  
Τ Μ Η Μ Α  
Ε Κ Δ Ο Σ Ε Ω Ν & Β Ι Β Λ Ι Ο Θ Η Κ Η Σ

*αφιερώνεται  
στους γονείς μου*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

|  | σελ. |
|--|------|
| <b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</b>  |      |
| <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>  | 1    |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Υγεία ως Υπέρτατο Αγαθό της Ανθρώπινης Ζωής</b>   | 1-1  |
| 1.1. Ορισμός της Υγείας  | 1-1  |
| 1.2. Υγεία και Ποιότητα Ζωής   | 1-2  |
| 1.3. Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας  | 1-5  |
| 1.4. Η Μέτρηση της Υγείας  | 1-8  |
| 1.5. Σύγχρονοι Τρόποι Μέτρησης της Υγείας  | 1-9  |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Στρατηγική "Υγεία για Όλους" και ο Ρόλος των ΕΜΥΕ</b>                                     | 2-1  |
| 2.1. Γενικά  | 2-1  |
| 2.2. Ο Ευρωπαϊκός Έλεγχος "Υγεία για Όλους" και το Πλαίσιο Αξιολόγησης                                   | 2-3  |
| 2.3. Δείκτες "Υγεία για Όλους" – Ορισμός και Σκοπός  | 2-6  |
| 2.4. Δείκτες της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους" και Υγειονομική Πολιτική                                  | 2-8  |
| 2.5. Πηγές Πληροφόρησης  | 2-10 |
| 2.6. Στατιστικά Στοιχεία   | 2-10 |
| 2.7. Ad Hoc Έρευνα ή Συστήματα Παρακολούθησης μέσα στις Υπηρεσίες Υγείας                                 | 2-12 |
| 2.8. Πληθυσμιακές Έρευνες  | 2-12 |
| 2.9. Δείκτες "Υγεία για Όλους" που είναι Μετρήσιμοι Μόνο ή Μετριοούνται Καλύτερα από τις ΕΜΥΕ            | 2-14 |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ανάπτυξη Κοινών Μεθόδων και Οργάνων για τις ΕΜΥΕ</b>                                      | 3-1  |
| 3.1. Γενικά  | 3-1  |
| 3.2. Κάλυψη των Δεικτών "Υγεία για Όλους" στις ΕΜΥΕ (1980-1990)  | 3-3  |
| 3.3. Το Σχέδιο για της Διενέργεια των ΕΜΥΕ   | 3-6  |
| 3.4. Συμβούλια για την Ανάπτυξη Κοινών Μεθόδων και Οργάνων για τις ΕΜΥΕ                                  | 3-8  |
| 3.5. Ευκαιρίες για Βελτίωση της Διεθνούς Ικανότητας Σύγκρισης των Δεδομένων που Προέρχονται από τις ΕΜΥΕ | 3-14 |
| 3.6. Το Σχέδιο Αναθεώρησης   | 3-15 |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η Μεθοδολογία των ΕΜΥΕ</b>  | 4-1  |
| 4.1. Γενικά  | 4-1  |

|      |   |      |
|------|---|------|
| 4.2. | Συλλογή των Δεδομένων   | 4-2  |
| 4.3. | Ενδιάμεσοι που Απαντούν στη θέση των Ερωτώμενων Κατά τη Διάρκεια της Συνέντευξης Υγείας | 4-7  |
| 4.4. | Κατά Πρόσωπο Συνεντεύξεις και Συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου από τον Απαντώντα          | 4-9  |
| 4.5. | ΕΜΥΕ και ΕΜΥΕΥ  | 4-12 |
| 4.6. | Πληθυσμός – Δείγμα – Μέγεθος και Δομή   | 4-13 |
| 4.7. | Συμπερασματικά Σχόλια   | 4-24 |

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Κοινά Όργανα για τη Μέτρηση των Δεικτών "Υγεία για Όλους"**

|       |   |      |
|-------|---|------|
|       |   | 5-1  |
| 5.1.  | Γενικά  | 5-1  |
| 5.2.  | Προτεινόμενα Όργανα Μέτρησης για 11 Δείκτες "Υγεία για Όλους"                                     | 5-4  |
| I.    | Προσλαμβάνουσα Υγεία  | 5-4  |
| II.   | Προσωρινή Ανικανότητα   | 5-7  |
| III.  | Μακροχρόνια Ανικανότητα (Σωματική)  | 5-11 |
| IV.   | Προσδόκιμο Επιβίωσης Χωρίς Ανικανότητα  | 5-18 |
| V.    | Χρόνιες Καταστάσεις Υγείας (Πνευματικές)  | 5-24 |
| VI.   | Κάπνισμα  | 5-49 |
| VII.  | Σωματική Δραστηριότητα  | 5-55 |
| VIII. | Βάρος Γέννησης  | 5-59 |
| IX.   | Θηλασμός  | 5-63 |
| X.    | Βάρος Σώματος   | 5-67 |
| XI.   | Κοινωνικο-Οικονομική Ταξινόμηση   | 5-72 |
| 5.3.  | Δείκτες Υγείας για τους Οποίους Προτεινόμενα Όργανα για τη Μέτρησή τους δεν είναι Ακόμη Διαθέσιμα | 5-82 |
| XII.  | Χρόνιες Καταστάσεις Υγείας (Σωματικές)  | 5-82 |
| XIII. | Μακροχρόνια Ανικανότητα (Πνευματική / Κοινωνική)  | 5-85 |
| XIV.  | Κατανάλωση Τροφής   | 5-89 |
| XV.   | Κατανάλωση Αλκοόλ   | 5-98 |

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Εναρμόνιση των ΕΜΥΕ: Συμπεράσματα και Μελλοντικές Προοπτικές**

|      |                                       |     |
|------|---------------------------------------|-----|
|      |                                       | 6-1 |
| 6.1. | Γενικά                                | 6-1 |
| 6.2. | Εφαρμογή των Κοινών Οργάνων στις ΕΜΥΕ | 6-2 |
| 6.3. | Καθιερωμένα Όργανα και Αναθεωρήσεις   | 6-6 |

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Γενικά Συμπεράσματα**

7-1

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

---

ΕΜΥΕ Έρευνες για τη Μέτρηση της Υγείας με τη χρήση Ερωτηματολογίων

ΕΜΕΥΕ Έρευνες για τη Μέτρηση της Υγείας με τη χρήση Εξετάσεων Υγείας

Π Ο Υ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π Σ Υ Παγκόσμιο Συμβούλιο Υγείας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

Η παρούσα εργασία με τίτλο *"Μέθοδοι κατάρτισης ερωτηματολογίων συλλογής δεδομένων για την υγεία"*, εντάσσεται στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας, της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας και του τμήματος αυτής, Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας (Τ.Ε.Ι. – Σ.Δ.Ο. – Δ.Μ.Υ.Π.).

Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι η παρουσίαση των υγειονομικών δεικτών, που χρησιμοποιούνται για διάφορους λόγους μεταξύ των οποίων είναι: α) διεθνείς συγκρίσεις, β) σύγκριση του υγειονομικού επιπέδου του πληθυσμού σε μια χώρα, γ) μέτρηση των αποτελεσμάτων των διαφόρων υπηρεσιών υγείας και τύπων φροντίδας και ιατρικής πρακτικής. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι μέτρησης της υγείας, οι οποίοι συνεχώς εξελίσσονται. Η συλλογή των δεδομένων για την προσέγγιση κάποιων διαστάσεων της υγείας, γίνεται κυρίως με ερωτηματολόγια. Προκύπτει, λοιπόν, το ζήτημα του κατάλληλου σχεδιασμού των ερωτηματολογίων και της διεξαγωγής των συνεντεύξεων και ερευνών, καθώς επίσης και του τρόπου με τον οποίο θα γίνεται η χρήση των δεδομένων.

Από την υιοθέτηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1977, της στρατηγικής "Υγεία για Όλους", οι χώρες έγιναν πιο ενήμερες για την ανάγκη της επαρκούς πληροφόρησης για τις πολιτικές υγείας σε σχέση με τη διαμόρφωση, την εφαρμογή και τον έλεγχο αυτών. Ο στόχος της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" για την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Π.Ο.Υ., αναφέρει ότι τα πληροφοριακά συστήματα, σε όλα τα κράτη μέλη, θα πρέπει ενεργά να υποστηρίζουν τη διαμόρφωση, την εφαρμογή, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των πολιτικών "Υγεία για Όλους".

Για να επιτύχουν αυτό το στόχο τα πληροφοριακά συστήματα θα πρέπει – συν τοις άλλοις – να χρησιμοποιήσουν τους κατάλληλους δείκτες για τη

μέτρηση της προόδου των στόχων υγείας (για όλους) και να παρέχουν τα ελάχιστα δεδομένα, τα οποία θα βασίζονται σε διεθνώς αποδεκτά πρότυπα. Η υιοθέτηση των στόχων "Υγεία για Όλους" και των δεικτών υγείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση κατέληξε στην ίδρυση μιας απλής διαδικασίας ελέγχου και εκτίμησης, η οποία βοήθησε τις χώρες να δουν πιο καθαρά τις πληροφοριακές τους ανάγκες. Φαίνεται ότι η πληροφόρηση για τις υπηρεσίες υγείας συχνά αναφέρεται μόνο στην κατανομή των πόρων και στον έλεγχο των δαπανών και όχι στην ανάγκη της εκτίμησης των υπηρεσιών υγείας. Τα πληθυσμιακά δεδομένα για την νοσηρότητα, την ανικανότητα, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και των τρόπων ζωής δεν έχουν ακόμη αναγνωρισθεί ως έγκυρα.

Γι' αυτό θεωρήθηκαν απαραίτητες στη διαδικασία έλεγχου και εκτίμησης "Υγεία για Όλους", η περαιτέρω εξερεύνηση του ρόλου του πληθυσμού ή των Ερευνών, για τη Μέτρηση της Υγείας με τη χρήση Ερωτηματολογίων και η ανάπτυξη συγκεκριμένων μεθόδων και οργάνων για τέτοιου είδους έρευνες.

Για τη διευκόλυνση της ανάπτυξης κοινών μεθόδων και οργάνων για τις ΕΜΥΕ, οργανώθηκε μια σειρά από διεθνή συμβούλια, από τη Στατιστική Υπηρεσία της Ολλανδίας, υπό την αιγίδα του Περιφερειακού Γραφείου του ΠΟΥ για την Ευρώπη. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία περιγράφονται το ιστορικό, οι συζητήσεις, οι διαδικασίες και οι απόψεις των τριών συμβουλίων.

Το 1979, το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη και ο Διεθνής Επιδημιολογικός Οργανισμός, εκδώσαν μια δημοσίευση πάνω στις αντιλήψεις και τις διαδικασίες για τη μέτρηση της υγείας. Ακολούθησε το 1987 μια άλλη έκδοση για τη μέτρηση των βελτιώσεων της υγείας, μέσα από τα προγράμματα ελέγχου της ασθένειας και προαγωγής της υγείας. Αυτές οι δύο δημοσιεύσεις παρείχαν μερικά παραδείγματα μεθόδων για τη μέτρηση της υγείας και τη χρήση αυτών. Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία επικεντρώνεται στη μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους" μέσα από τις έρευνες υγείας, δίνοντας έμφαση σε διεθνείς συγκρίσεις των μεθόδων και

οργάνων. Αναλυτικότερα αυτή η πτυχιακή εργασία δίνοντας συμπερασματική και δομημένη πληροφόρηση πάνω στη μεθοδολογία της έρευνας, όπως είναι τα μεθοδολογικά ζητήματα που αφορούν το ρόλο και τις τεχνικές κατάρτισης των ερωτηματολογίων, τον προσδιορισμό του μεγέθους του πληθυσμού, την επιλογή του δείγματος, την επεξεργασία των στοιχείων και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, έχει ως σκοπό την παροχή μιας πηγής αναφοράς για όλους εκείνους που ασχολούνται με το σχεδιασμό και την εφαρμογή των πληροφοριακών συστημάτων υγείας, γενικότερα και ειδικότερα για τις ΕΜΥΕ.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια γενική αναφορά στον ορισμό της υγείας, στους παράγοντες που την επηρεάζουν και στους σύγχρονους τρόπους μέτρησης της υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται ο ρόλος των ΕΜΥΕ, αναφορικά με τον έλεγχο και την εκτίμηση της στρατηγικής "Υγεία για Όλους", τελειώνοντας με μια επιλογή από δείκτες "Υγεία για Όλους", οι οποίοι μπορούν να μετρηθούν μόνο ή μετριούνται καλύτερα από τις ΕΜΥΕ. Η λίστα των δεικτών "Υγεία για Όλους" που παρουσιάζεται, έχει διαμορφωθεί στη βάση των τριών συμβουλίων που έγιναν για τις ΕΜΥΕ.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται τα κύρια θέματα για την ανάπτυξη των κοινών μεθόδων και οργάνων για τις ΕΜΥΕ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται τα μεθοδολογικά ζητήματα αναφορικά με τη διενέργεια των ΕΜΥΕ.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται μια συστηματική και αναλυτική περιγραφή των προτεινόμενων οργάνων (ερωτηματολόγια) για τη μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους" μέσα από τη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι συστάσεις των τριών συμβουλίων πάνω σε διάφορα θέματα αναφορικά με τις ΕΜΥΕ, έχουν βασιστεί στις εμπειρίες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον ΠΟΥ – που προέρχονται από την ήδη υπάρχουσα διενέργεια των ΕΜΥΕ σε αυτές τις χώρες – αλλά και από την



ανάλογη διενέργεια αυτών των ερευνών σε μερικές βιομηχανικές χώρες, έξω από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται κάποια συμπεράσματα για τις μελλοντικές προοπτικές της διαμόρφωσης και της εκτίμησης των κοινών οργάνων μέτρησης των δεικτών "Υγεία για Όλους".

Στο έβδομο κεφάλαιο ακολουθούν τα γενικά συμπεράσματα από όλα τα κεφάλαια της εργασίας.

### Ευχαριστίες

Επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που με βοήθησαν και με συμβούλεψαν με οποιονδήποτε τρόπο στη συγγραφή αυτής της εργασίας, καθώς και τον εισηγητή της εργασίας τον κύριο Λεωνίδα Παρασκευόπουλου, επίκουρου καθηγητή ΤΕΙ Καλαμάτας, για τη βοήθειά του.

Ιούνιος 2000

Η Σπουδάστρια

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Η ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΥΠΕΡΤΑΤΟ ΑΓΑΘΟ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΖΩΗΣ

#### 1.1. Ορισμός της Υγείας

Υγεία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου, αλλά πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει, επιπλέον, ίση κατανομή των πόρων, έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα.

Είναι κοινός τόπος ότι η αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες δεν οδήγησε στην αναμενόμενη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στις αναπτυγμένες κοινωνίες, όπως αυτό μετράται σήμερα με τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.ά. Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτεύχθηκε πολύ πριν την καθιέρωση της σύγχρονης και πολυδάπανης βιοϊατρικής τεχνολογίας στην καθημερινή ιατρική πρακτική, (Σούλης 1997).

Όπως έχει αποδειχθεί, η βελτίωση των γενικών συνθηκών διαβίωσης τα τελευταία 100 χρόνια αποτέλεσε το κύριο παράγοντα ανόδου του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Αντίθετα, η θεραπευτική ιατρική από μόνη της φαίνεται να έχει μικρή αποτελεσματικότητα απέναντι στις σύγχρονες αρρώστιες (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ψυχικές παθήσεις) των προηγμένων κοινωνιών, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί και ως αρρώστιες του

πολιτισμού. Ο χαρακτηρισμός αυτός εκφράζει, βέβαια, τη διαπίστωση ότι η αρρώστια νοείται ως ένα φαινόμενο που δημιουργείται όχι μόνο από παθογόνους βιολογικούς παράγοντες αλλά και από τη συμβολή κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων. Η βελτίωση επομένως του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητη από τη συνολική κοινωνική ανάπτυξη και την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού. Κατ' επέκταση και η υγεία, ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, δεν αποτελεί μόνο το μέσον μιας απλής οικονομικής ανάπτυξης, αλλά αυτό καθ' αυτό το σκοπό κάθε τύπου ανάπτυξης. Ο σύγχρονος άνθρωπος δεν θέλει απλά να ζει ή να επιβιώνει, αλλά να αισθάνεται και να είναι ευτυχισμένος μέσα σε συνθήκες διαβίωσης και όρους ύπαρξης που να του επιτρέπουν να διάγει μια υψηλής ποιότητας ζωή.

## 1.2. Υγεία και Ποιότητα Ζωής

Προυπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική και επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης, όπως αποφαινεται ο Rokeach (Rokeach 1973), ο οποίος εξετάζοντας τις πλέον αξιόλογες καταστάσεις ύπαρξης του ανθρώπου, διαπίστωσε ότι κάθε άτομο κατέτασσε υψηλότερα στην κλίμακα την καλή υγεία από κάθε άλλη επιλογή. Έχοντας, δε, υπόψη την ολιστική θεώρηση, η υγεία δεν θεωρείται μόνο ως βιολογική ευεξία αλλά και ως ψυχολογική και κοινωνική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του ατόμου.

Επομένως η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και όποιο θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για τη βελτίωση της υγείας, θα πρέπει να απευθύνεται στην επίδραση που έχει η αρρώστια ή θεραπεία της σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά στο επίπεδο μόνο της φυσικής κατάστασης. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα συμφωνούσαν, κατά συνέπεια ότι η ποιότητα

ζωής δεν αφορά μια μονοθεϊστική αντίληψη αλλά μάλλον ένα σύμπλεγμα αλληλεπιδρώντων παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τρεις κυρίως διαστάσεις: α) φυσικής ευεξίας, β) ψυχικής ευεξίας και γ) κοινωνικής ευεξίας.

Η φυσική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ασθενή για την υγεία του και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η φυσική του κατάσταση. Η κοινωνική ευεξία αναφέρεται στο βαθμό της γενικής ικανοποίησης από τη ζωή, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και την άσκηση κοινωνικών ρόλων.

Στην ψυχική ευεξία διερευνάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του αρρώστου με τη χρησιμοποίηση κλιμάκων μέτρησης της αυτοεκτίμησης, της ευεξίας και της συνολικής επίδρασης, κλίμακες οι οποίες χρησιμοποιούνται και στο γενικό πληθυσμό. Ως τυπικά θέματα εξετάζονται το άγχος, η κατάθλιψη, η προσαρμοστικότητα στην αρρώστια κ.λπ. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη και άγχος, είναι ανήμποροι να αντιληφθούν και να ευχαριστηθούν όποια άλλη πλευρά συμβάλλει στην ποιότητα ζωής τους. Συναισθηματική επιβίωση ή υγιής ψυχολογική κατάσταση μπορεί να υπάρξει σ' εκείνα τα άτομα που έχουν ικανότητα προσαρμογής και διορθωτικών ρυθμίσεων όταν βρίσκονται σε καθεστώς δοκιμασιών και συμφορών από τη ζωή. Μερικοί ασθενείς είναι ανήμποροι να αντιμετωπίσουν το γεγονός της αρρώστιας και της θεραπείας τους, ενώ άλλοι φαίνεται να διαθέτουν τεράστιες πηγές σθένους, θάρρους και αξιοπρέπειας παρόλη τη μειονεκτικότητα, τον πόνο και την απειλή θανάτου. Η υγιής ψυχολογική λειτουργία που είναι ελεύθερη από άγχος και κατάθλιψη και η ικανότητα προσαρμογής σε διάφορες καταστάσεις αρρώστιας, είναι το κομβικό σημείο για τη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συμμετοχή σε κοινωνικές και ελεύθερες δραστηριότητες ευρύτερα, αναφέρονται στον κοινωνικό τομέα. Οι αρρώστιες και ιδιαίτερα οι χρόνιες είναι καταθλιπτικές και ο ασθενής συχνά εκφράζει φόβους εγκατάλειψης από φίλους και συγγενείς. Κοινωνικό-ανθρωπολογικές

μελέτες μαρτυρούν ότι η αποφυγή και η εγκατάλειψη του ασθενή από το κοινωνικό σύνολο εκφράζει μια συμπεριφορά αποκλεισμού απέναντι σε μειονεκτούντα άτομα, όπως έχει παρατηρηθεί ιστορικά στις περιπτώσεις μεταδοτικών ασθενειών, λέπρας, καρκίνου, AIDS, προκειμένου να διασφαλισθεί η εύρυθμη λειτουργία και "υγεία" της κοινωνικής ομάδας. Σταθερή υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, σε συνδυασμό με την ικανότητα συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες είναι εξ' ίσου σημαντικοί παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής.

Στον επαγγελματικό τομέα περιλαμβάνονται ως τυπικά θέματα η επιθυμία και η ικανότητα να αντεπεξέλθει σε αμειβόμενη εργασία, όπως και η ικανότητα εκτέλεσης των οικιακών εργασιών. Είναι γνωστό ότι ένα άτομο αντιλαμβάνεται κατά ένα μέρος τον εαυτό του μέσα από διάφορους κοινωνικούς ρόλους. Είναι επίσης γνωστό ένας μεγάλος βαθμός προσωπικής ικανοποίησης αποκτάται δια μέσου της κοινωνικής αναγνώρισης και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων που πραγματοποιούνται στο χώρο εργασίας ενός ατόμου. Κάθε πρόωρη συνταξιοδότηση, λόγω αρρώστιας, απειλεί ιδιαίτερα την αξία του εαυτού του, τον αυτοσεβασμό του και την αυτοεκτίμησή του και θα μπορούσαν να προκαλέσουν έντονο ψυχολογικό άγχος. Η εξάρτηση από τους άλλους για την εκπλήρωση των τυπικών αναγκών της ζωής είναι δυνατόν να προξενήσει σημαντική απώλεια της αυτοεκτίμησης.

Στον τομέα της φυσικής ευεξίας συνήθως εξετάζεται η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο της φυσικής λειτουργίας. Ο χρόνιος πόνος περιορίζει αυστηρά τη δυνατότητα του ατόμου να λειτουργήσει και να δημιουργήσει μια καλή ποιότητα ζωής, προκαλώντας ταυτόχρονα σημαντικά ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά άγχη. Ο πόνος σπάνια αποτελεί μια απλή αίσθηση που παράγεται από ένα συγκεκριμένο ερέθισμα και η αντίληψη γι' αυτόν δεν είναι πάντα αναλογική με το ερέθισμα. Ο πόνος είναι μια ιδιαίτερη προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται από παράγοντες, όπως η κουλτούρα, η

συναισθηματική κατάσταση κ.ά. Ιδιαίτερα ο ανεξέλεγκτος πόνος αποτελεί μια από τις πλέον ισχυρές εμπειρίες φόβου για τους ασθενείς π.χ. με καρκίνο. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η αντίληψη του πόνου είναι πάντα υποκειμενική. Ο πόνος μπορεί να κρύψει το άγχος αλλά μπορεί, επίσης, να είναι το αποτέλεσμα υπερβολικού άγχους.

Μια σημαντική ιδιαιτερότητα που παρατηρείται σχετικά με την αντίληψη για την καλή υγεία είναι ότι η καλή υγεία προσδιορίζεται περισσότερο από την απουσία της παρά από την παρουσία της. Αρκετοί συγγραφείς έχουν περιγράψει την αυξημένη επιθυμία ευχαρίστησης για ζωή, που εμφανίζεται μετά από μια σοβαρή ασθένεια. Αυτό υποδηλώνει ότι συχνά μια βαθύτερη αντίληψη για την υγεία είναι δυνατή όταν έχουμε βιώσει την εμπειρία απώλειάς της.

### **1.3. Προσδιοριστικοί Παράγοντες του Επιπέδου Υγείας**

Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σήμερα, είναι γενικά παραδεκτό ότι επηρεάζεται από ένα σύνολο αιτιολογικών παραγόντων (Σούλης 1987), σημαντικότεροι των οποίων είναι:

- Οι κλιματολογικές συνθήκες
- Η διατροφή
- Το εκπαιδευτικό – μορφωτικό επίπεδο
- Ο τρόπος ζωής
- Το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης
- Οι κοινωνικές σχέσεις
- Το επίπεδο διαταραχής οικολογικής ισορροπίας

- Οι συνθήκες εργασίας
- Τα καταναλωτικά πρότυπα φαρμάκου
- Η ποιότητα της κατοικίας
- Η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης

Το επίπεδο εισοδήματος θεωρείται σημαντικός παράγοντας, αφού απ' αυτό εξαρτώνται οι περισσότερες μεταβλητές. Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει μια διαφορά 7 ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και σημαντικές διαφορές στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ των χαμηλοτέρων και υψηλοτέρων κοινωνικά τάξεων (Υφαντόπουλος 1986).

Η διατροφή που φθάνει σήμερα στα επίπεδα υπερσιτισμού κακής ποιότητας (οι σύγχρονες διατροφικές συνήθειες απέχουν πολύ από μια υγιεινή διατροφή) σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή ενοχοποιούνται για την αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους δυσμενέστερους παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας που επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές ανισότητες μπροστά στο θάνατο (π.χ. εργατικά ατυχήματα).

Ο τρόπος ζωής σε ό,τι αφορά τη χρήση αλκοόλ και καπνού επηρεάζουν τη συχνότητα τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων όπως και τη συχνότητα καρδιοπαθειών καρκίνου.

Η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας, που προέρχεται από τη μόλυνση του περιβάλλοντος (μείωση του στρώματος του όζοντος, νέφος, πυρηνικά ατυχήματα, χημικά απόβλητα κ.ά.) προξενεί βλάβες στην υγεία των ατόμων.

Το καταναλωτικό πρότυπο φαρμάκων, που χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο της πολυφαρμακίας, προκαλεί παρενέργειες στον άρρωστο – χρήστη τους. Σε πρόσφατη έκθεση του Π.Ο.Υ. έχουν υπολογιστεί οι ζημιές από την αλόγιστη, υπερβολική ή κακή χρήση των φαρμάκων, σε ανθρώπινες ζωές ή σε δαπάνες για την αντιμετώπιση των

παρενεργειών τους. Παρόλο που επιστημονικά είναι παραδεκτό ότι μόνο 200 περίπου βασικά φάρμακα (δραστικές ουσίες) είναι αναγκαία, στην Ελλάδα κυκλοφορούν 3.000 ιδιοσκευάσματα σε 8.000 μορφές, ενώ στη Σουηδία, Ολλανδία, Νορβηγία και Δανία κυκλοφορούν 2.000 μορφές ιδιοσκευασμάτων, (Αντωνοπούλου, 1987).

Το κοινωνικό περιβάλλον και η αρρώστια έχουν μια πολυδιάστατη αλληλεπιδρώμενη σχέση. Χαρακτηριστικά του πρώτου συσχετίζονται με την πρόκληση ασθενειών. Είναι γενικά παραδεκτό ότι το κοινωνικό άγχος μειώνει τις άμυνες – έναντι της ασθένειας, ενώ η κοινωνική συμμετοχή αυξάνει τις ικανότητες του ατόμου, να επιβιώνει και να αναπροσαρμόζεται στο κοινωνικό περιβάλλον, (ψυχοσωματικές ασθένειες).

Συνοψίζοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του ατόμου ή ομάδων του πληθυσμού, θα μπορούσαμε να τους κατηγοριοποιήσουμε ως εξής:

- Κοινωνικο-οικονομική δομή της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικοί – πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης, προγραμματισμός του τομέα υγείας, αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.
- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικές ανισότητες.
- Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, τάσεις και στάσεις απέναντι στην υγεία και την αρρώστια.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (οικολογικοί): Επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.



- Γεωγραφικοί παράγοντες (γεωφυσικοί): Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες, επικοινωνίες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.λπ., οικογενειακός προγραμματισμός.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

#### 1.4. Η Μέτρηση της Υγείας

Η μέτρηση της υγείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για το σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας. Για να ληφθούν αποφάσεις μεταξύ εναλλακτικών επενδυτικών προτάσεων θα πρέπει πρώτα να γίνει μια αποτίμηση του κόστους των αποτελεσμάτων, τα οποία θα προκύψουν από κάθε διαφορετική πρόταση, έτσι ώστε να προτιμούνται αυτά τα οποία μεγιστοποιούν την αποδοτικότητα του συστήματος.

Για να γίνει όμως η όποια αποτίμηση είναι απαραίτητο πρώτα να προσδιοριστούν οι μονάδες μέτρησης.

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για τον καθορισμό μιας καλής μονάδας μέτρησης της υγείας και το πρόβλημα έχει απασχολήσει επιστήμονες από διάφορους κλάδους, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια ολόκληρη σειρά υγειονομικών δεικτών.

Οι υγειονομικοί αυτοί δείκτες χρησιμοποιούνται για διάφορους λόγους, μεταξύ των οποίων είναι:

- Η σύγκριση του υγειονομικού επιπέδου του πληθυσμού διαφόρων χωρών, καθώς και οι σχετικές αλλαγές που προκύπτουν με την

πάροδο του χρόνου.

- Η σύγκριση του υγειονομικού επιπέδου του πληθυσμού σε μια χώρα, για την καλλίτερη κατανομή των πόρων.
- Η μέτρηση των αποτελεσμάτων διαφόρων υπηρεσιών υγείας και δια-φόρων τύπων φροντίδας και ιατρικής πρακτικής (Mooney 1992).

Συνήθεις υγειονομικοί δείκτες συγκεντρώνονται γύρω από ζητήματα όπως ασθένειες, επιδημίες, θανάτους κ.ά. και χρησιμοποιούν δημογραφικές μεθόδους, για την καταγραφή φαινομένων, όπως θνησιμότητα, νοσηρότητα, χρησιμοποίηση υπηρεσιών κ.λπ.

### **1.5. Σύγχρονοι Τρόποι Μέτρησης της Υγείας**

Οι παραδοσιακοί δείκτες είναι αποτέλεσμα της καθαρά ιατρικής προσέγγισης στο θέμα της υγείας, που οι κοινωνίες είχαν και που θεωρούσαν ως υγεία την έλλειψη ασθένειας.

Η υγεία όμως είναι κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας.

Φαίνεται λοιπόν καθαρά η νέα αντίληψη ότι η υγεία δεν είναι παρουσία της ασθένειας, αλλά η επίτευξη της ευεξίας. Η υγεία είναι συνισταμένη πολλών παραγόντων, που η ταυτόχρονη παρουσία όλων είναι απαραίτητη.

Για να μετρηθεί συνεπώς το επίπεδο υγείας, θα πρέπει να μπορούν να εντοπισθούν πρώτα και να μετρηθούν κατόπιν όλοι οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η κινητικότητα, η πνευματική και ψυχική ισορροπία, η έλλειψη πόνου, η μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, η κοινωνική δραστηριότητα.

Η σύγχρονη προσέγγιση του θέματος πέρα από την ποσοτική διάσταση, διάρκεια ζωής, περιλαμβάνει και ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η

ποιότητα ζωής

Το ποσοτικό μέρος της υγείας είναι σχετικά εύκολο να υπολογιστεί, ιδίως στις χώρες όπου υπάρχουν προηγμένες στατιστικές και υγειονομικές υπηρεσίες.

Η ποιοτική όμως διάσταση της υγείας είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να προσδιοριστεί ακριβώς. Και αυτό γιατί ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας της υγείας καθώς και ο απόλυτα προσωπικός (υποκειμενικός) παράγοντας που υπεισέρχεται, δημιουργεί προϋποθέσεις για αξιολογικές κρίσεις (Value judgements) μόνο.

Θα πρέπει εδώ να τονισθεί ότι η υγεία δεν μπορεί να νοηθεί μόνο στην απόλυτη μορφή της, δηλαδή σαν κατάσταση ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής ευεξίας. Με βάση αυτό τον ορισμό κανείς ίσως στον κόσμο δεν είναι απόλυτα υγιής.

Καθοριστικός, λοιπόν, παράγοντας είναι σε περίπτωση έλλειψης υγείας, ο βαθμός αυτής της έλλειψης, το στάδιο δηλ. της ασθένειας και οι επιπτώσεις που έχει αυτή στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κοινωνικότητα του ατόμου, την κινητικότητα, τη φυσική δραστηριότητα, την έλλειψη πόνου κ.ά.

Η ανάγκη αυτή δημιούργησε τις προϋποθέσεις, ώστε να εξευρεθούν νέοι δείκτες που να περικλείουν στοιχεία ευημερίας του ατόμου.

Η μέτρηση βεβαίως της ποιότητας ζωής και της ευημερίας του ατόμου δεν είναι εύκολη υπόθεση. Έτσι κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι μέτρησης της υγείας, οι οποίοι συνεχώς εξελίσσονται και εμφανίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία με διάφορες παραλλαγές. Μερικοί από τους σύγχρονους τρόπους μέτρησης αναφέρονται ονοματικά και είναι: Κλίμακες Ανικανότητας (Disability Scales), Υγειονομικές Απεικονίσεις (Health Profiles), Υγειονομικοί Πίνακες (Health Indices), QALYs και οι EMYE (Health Interview Surveys).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ "ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ" ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΜΥΕ

#### 2.1. Γενικά

Τα κράτη – μέλη του Π.Ο.Υ., λανσάροντας το διεθνές κίνημα "Υγεία για Όλους" το 1977, αποφάσισαν ότι "ο κύριος κοινωνικός στόχος των κυβερνήσεων και του Π.Ο.Υ. τις ερχόμενες δεκαετίες, θα πρέπει να είναι η επίτευξη από όλους τους πολίτες του κόσμου μέχρι το έτος του 2000, ενός επιπέδου υγείας, που θα τους επιτρέπει να διευθύνουν μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή" (απόφαση Παγκοσμίου Συμβουλίου Υγείας 30.43). Στην αρχή αυτής της διαδικασίας τα κράτη – μέλη αναγνώρισαν ότι απαιτούνται τεράστιες προσπάθειες από όλες τις χώρες του κόσμου για να διατηρήσουν την παραπάνω αρχή. Στο Διεθνές Συμβούλιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που οργανώθηκε από τη UNICEF και τον Π.Ο.Υ. στην Άλμα – Άτα στη Ρωσία το 1978, τα κράτη – μέλη συμφώνησαν πάνω στο ελάχιστο περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο θεωρήθηκε ως το κλειδί για την επίτευξη της "Υγείας για Όλους". Το 1979 το ΠΣΥ λάνσαρε τη παγκόσμια στρατηγική "Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000" (απόφαση ΠΣΥ 32.30). Επίσης συμφώνησε να υιοθετήσει και να εξαπλώσει αυτή τη παγκόσμια στρατηγική προκειμένου η τελευταία να συναντήσει τις ειδικές ανάγκες των εθνικών και διεθνών συνθηκών.

Στη 30η συνεδρίαση στη Φεζ το Σεπτέμβριο του 1980, η Επιτροπή για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα κράτη – μέλη του Π.Ο.Υ. για την Ευρωπαϊκή Ένωση, ενέκριναν την πρώτη τους κοινή υγειονομική πολιτική: την Ευρωπαϊκή στρατηγική για την επίτευξη της "Υγείας για Όλους". Η στρατηγική αυτή απαιτεί μια θεμελιώδη αλλαγή στις εθνικές υγειονομικές

πολιτικές και ενθαρρύνει τη συγκέντρωση μεγάλης προτεραιότητας στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας, έτσι ώστε όλοι οι τομείς της υγείας, σε σχέση με τα θετικά βήματα που γίνονται για την υγεία, να διατηρήσουν και να βελτιώσουν την υγεία, έτσι ώστε μεγαλύτερη πίεση να τοποθετηθεί στο ρόλο που μπορούν να παίζουν τα άτομα, οι οικογένειες, οι κοινότητες στην ανάπτυξη της υγείας και έτσι ώστε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να είναι η μεγάλη προσέγγιση προκειμένου να γίνουν αυτές οι αλλαγές. Επίσης απαιτεί τη διαμόρφωση ειδικών στόχων για κάθε χώρα, για την υποστήριξη της εκπλήρωσης αυτής της στρατηγικής.

Η Επιτροπή για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνεπώς υιοθέτησε 38 ειδικούς στόχους για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην 34<sup>η</sup> συνεδρίασή της στην Κοπεγχάγη, το Σεπτέμβριο του 1984. Επίσης πρότεινε 65 ουσιώδεις δείκτες για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή ομάδες δεικτών, συγχωνεύοντας τους 12 παγκόσμιους δείκτες για να τους χρησιμοποιήσει ως μέσα για την εκτίμηση της προόδου σε σχέση με την επίτευξη αυτών των στόχων. Το 1991, οι 38 στόχοι "Υγεία για Όλους" των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μαζί με μια λίστα από δείκτες, υιοθετήθηκαν από την Επιτροπή για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην 41<sup>η</sup> συνεδρίασή της στη Λισσαβόνα.

Οι δεσμεύσεις που έγιναν από κάθε Ευρωπαϊκό κράτος – μέλος ξεπερνούν την απλή αποδοχή μιας κοινής υγειονομικής πολιτικής. Για να διαβεβαιωθούν ότι οι δεσμεύσεις τους ακολουθούνται από συγκεκριμένη δράση, τα κράτη – μέλη ανάλαβαν να παρακολουθήσουν την πρόοδό τους, σε σχέση με την επίτευξη της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" μέσα από απλό και συστηματικό έλεγχο και εκτίμηση. Επίσης συμφώνησαν να υποβάλλουν τις περιοδικές αναφορές τους, για μελέτη στην Επιτροπή για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στο ΠΣΥ. Αυτή η διαδικασία συνεργασίας θα παρέχει σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης πληροφόρηση για τη στρατηγική "Υγεία για Όλους" και τροφοδότηση της παραπάνω πληροφόρησης για την επικρατούσα

υγεία και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Επίσης αυτή η διαδικασία συνεργασίας θα διευκολύνει στην προσέγγιση λογικών αποφάσεων για κάθε προσθήκες ή αλλαγές που χρειάζονται να γίνουν σε εθνικές, περιφερειακές και διεθνείς πολιτικές υγείας και σε ανάλογες στρατηγικές υγείας, με σκοπό μέσα από την ανταλλαγή των εμπειριών τους οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να διδαχτούν από τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες της κάθε μιας.

## 2.2. Ο Ευρωπαϊκός Έλεγχος "Υγεία για Όλους" και το Πλαίσιο Αξιολόγησης

Ο έλεγχος ορίζεται ως η διατήρηση ή η απλή εξέταση των δραστηριοτήτων υγείας που βρίσκονται σε εξέλιξη ή των προγραμμάτων υγείας, σε σχέση με τους προσδιορισμένους στόχους για την υγεία. Σκοπός του ελέγχου είναι η καταγραφή των δραστηριοτήτων του προγράμματος υγείας στο παρόν και η ανίχνευση των πιθανών παρεκκλίσεων από τη καθορισμένη σειρά της δραστηριότητας του προγράμματος υγείας. Υπάρχει μια διαφορά ανάμεσα στον έλεγχο και την επίβλεψη: η τελευταία αναφέρεται σε μια παρακολουθήση που βρίσκεται σε εξέλιξη με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και των παραγόντων που μπορεί να το επηρεάζουν και αναλαμβάνει το σκοπό της ανίχνευσης πιθανών αλλαγών που βρίσκονται σε νεαρό στάδιο στο πρόγραμμα υγείας και προωθεί την κατάλληλη δράση σε σχέση με αυτές τις αλλαγές.

Η αξιολόγηση πηγαίνει ένα βήμα πιο πέρα από τον έλεγχο και επιχειρεί αν προσδώσει αξία στις δραστηριότητες υγείας, τις υπηρεσίες υγείας κ.τ.λ., προκειμένου να εκτιμήσει το κατά πόσο αυτές είναι καλές.

Η κύρια απαίτηση της διαδικασίας ελέγχου και αξιολόγησης είναι ότι θα πρέπει να είναι χρήσιμη για τους δημιουργούς της πολιτικής υγείας και της απόφασης για την υγεία, στην εκτίμησή τους για τις δραστηριότητες υγείας ή

των προγραμμάτων υγείας. Γι' αυτό θα πρέπει η συγκεκριμένη διαδικασία να είναι έγκυρη και να απαντά σε τουλάχιστον μερικές ερωτήσεις που απασχολούν τους δημιουργούν πολιτικής υγείας.

Οι Ευρωπαϊκοί στόχοι έχουν προσεκτικά αναπτυχθεί από τα κράτη – μέλη και το Γραφείο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το Π.Ο.Υ., για να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Γι' αυτό από την αρχή, οι αναφορές ελέγχου και αξιολόγησης "Υγεία για Όλους" έχουν ακολουθήσει τη δομή των στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης "Υγεία για Όλους". Οι ασκήσεις ελέγχου και αξιολόγησης "Υγεία για Όλους" και επιτυχείς αναφορές της προόδου αυτών, έγιναν εναλλακτικά, κάθε τρία χρόνια, από το 1984 – 1985.

Κάθε επιτυχής αξιολόγηση και έλεγχος έφεραν μεγαλύτερη κατανόηση των ευθυνών και του σκοπού των ασκήσεων για τις Ευρωπαϊκές Χώρες, το Γραφείο για τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του επιτελείου του Π.Ο.Υ. και, το πιο σημαντικό, μεγαλύτερη κατανόηση της αξίας από το μοίρασμα της συλλογικής εμπειρίας. Αυτό οδήγησε σε συνεχείς βελτιώσεις στο πλαίσιο του ελέγχου και της αξιολόγησης, στη διαδικασία, στους μηχανισμούς, στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο και την αξιολόγηση. Ακολουθούν τα σημαντικότερα γεγονότα της διαδικασίας ελέγχου και αξιολόγησης μέχρι τώρα.

Οι 65 κύριοι δείκτες υγείας ή ομάδα δεικτών υγείας, υιοθετήθηκαν από την Επιτροπή για τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Σεπτέμβριο του 1984 και χρησιμοποιήθηκαν το 1985 σε άσκηση αξιολόγησης. Στα αποτελέσματα της πρώτης αξιολόγησης της στρατηγικής "Υγεία για Όλους", αυτοί οι δείκτες υγείας αναθεωρήθηκαν σε μια διαδικασία στην οποία πολλά ιδρύματα υγείας και άτομα έλαβαν μέρος. Στη βάση των αποτελεσμάτων, η Επιτροπή για τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 1987, υιοθέτησε μια αναθεωρημένη λίστα από δείκτες υγείας και μια διαδικασία για την πρόοδο του ελέγχου. Αυτή η ομάδα των δεικτών υγείας (73 κύριοι, 63

συμπληρωματικοί) χρησιμοποιήθηκε σε άσκηση ελέγχου που έγινε το 1987 – 1988, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάστηκαν στην Επιτροπή για τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην 38<sup>η</sup> συνεδρίασή της, το 1988.

Ακολουθώντας την άσκηση ελέγχου που έγινε το 1987 – 1988, οι δείκτες υγείας και η διαδικασία ελέγχου αναθεωρήθηκαν ξανά, προκειμένου να απλοποιηθεί περισσότερο η διαδικασία και για να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην προετοιμασία της δεύτερης αξιολόγησης "Υγεία για Όλους" το 1991. Οι αλλαγές στα θέματα της δεύτερης αξιολόγησης, όπως υιοθετήθηκαν από την Επιτροπή για τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην 40<sup>η</sup> συνεδρίασή της το 1990, παρουσιάζονται συγκεντρωμένες παρακάτω:

- Παρουσιάστηκε μια ευέλικτη "κατάσταση εκτίμησης" αναφορικά με την πρόοδο του κάθε δείκτη υγείας σε κάθε μια χώρα ξεχωριστά. Αυτή η "κατάσταση εκτίμησης" απαιτεί ποιοτική περιγραφή και παρέχει σημεία αναφοράς που έχουν αντικαταστήσει τους προηγούμενους "μη ποιοτικούς δείκτες υγείας".
- Γύρω στο 1/3 των δεικτών υγείας έμεινε अपαράλλαχτο και γύρω στο 1/6 των δεικτών υγείας επαναδιαμορφώθηκε και παρουσιάστηκε ένας μικρός αριθμός από καινούργιους δείκτες υγείας. Οι υπόλοιποι δείκτες υγείας είτε συμπεριλήφθηκαν στην "κατάσταση εκτίμησης" είτε διαγράφηκαν.
- Οι παγκόσμιοι δείκτες υγείας και το πλαίσιο αξιολόγησης συγχωνεύτηκαν σε ένα παγκόσμιο πλαίσιο, για να αποφύγουν την ανάγκη τα κράτη – μέλη για την παραγωγή αναφορών, σύμφωνα με δύο ξεχωριστά πλαίσια (όπως έτσι είχε συμβεί σε προηγούμενες ασκήσεις).
- Δεν υπάρχει πλέον μια διάκριση ανάμεσα στους κύριους και τους συμπληρωματικούς δείκτες υγείας, από τότε που μερικοί από τους τελευταίους βρέθηκαν να είναι πολύ σημαντικοί.



Ο σκοπός της δεύτερης αξιολόγησης δεν ήταν μόνο για να εκτιμήσει το επίπεδο της επίτευξης "Υγεία για Όλους" αλλά επίσης και για να εντοπίσει ποιοι παράγοντες και επιδράσεις επηρεάζουν την πρόοδο του επιπέδου της επίτευξης "Υγεία για Όλους". Η τελευταία υποδείκνυε ότι σε πολλές χώρες κάποια πληροφόρηση απλά δεν ήταν διαθέσιμη σε κεντρικό επίπεδο. Λόγω των εξελίξεων στις τοπικές κοινωνίες, σε θέματα που έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής και την προαγωγή της υγείας και τα οποία είναι δυνατόν να ελέγχονται κεντρικά. Επιπλέον η εκτίμηση της προόδου για το επίπεδο της επίτευξης "Υγεία για Όλους" έδειξε ότι η διεθνής συγκέντρωση πληροφόρησης για την υγεία ακόμη χρειάζεται να βελτιωθεί μέσα από την μεγαλύτερη σταθεροποίηση των ορισμών και των μεθόδων συλλογής δεδομένων για την υγεία και την επεξεργασία τους (π.χ. έρευνες).

### 2.3. Δείκτες "Υγεία για Όλους" – Ορισμός και Σκοπός

Οι δείκτες υγείας είναι συνήθως αριθμητικοί (αναλογίες, τιμές) αν και μπορούν επίσης να είναι και ποιοτικοί (π.χ. ύπαρξη ή απουσία ενός γεγονότος που θεωρείται ότι είναι σημαντικό). Οι ποιοτικοί δείκτες υγείας και ειδικότερα οι συνδυασμοί αυτών, ορισμένες φορές παρέχουν ανεκτίμητη εμβάθυνση στις πτυχές μιας κατάστασης και ίσως προτιμούνται από αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις για την υγεία. Στο περιεχόμενο της στρατηγικής "Υγεία για Όλους", οι δείκτες υγείας ορίζονται ως οι μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση της αλλαγής για το επίπεδο της επίτευξης των στόχων "Υγεία για Όλους". Αυτός ο ορισμός δεν περιορίζεται μόνο στους αριθμητικούς δείκτες υγείας.

Οι δείκτες υγείας συγκεντρώνονται πάνω σε μετρήσιμες κλειδιά που επιτρέπουν μια κρίση σχετικά με την όλη διαδικασία. Με άλλα λόγια, οι δείκτες υγείας μειώνουν τον αριθμό των πιθανών μετρήσεων σε μερικές

μετρήσεις που είναι απαραίτητες και επαρκείς για το σκοπό για τον οποίο γίνονται. Με αυτό το νόημα, οι δείκτες υγείας ήδη συγχωνεύουν γνώση σχετικά με το τι είναι σημαντικό (προτεραιότητες) και επίσης παρέχουν έναν τρόπο απασχόλησης με αυτό που είναι συχνά μια μεγάλη ποσότητα πληροφόρησης.

Οι δείκτες υγείας γενικά και ειδικότερα οι δείκτες "Υγεία για Όλους" υπηρετούν διάφορους σκοπούς:

- αυτοί είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής
- αυτοί χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της προόδου π.χ. χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο και την εκτίμηση της υγειονομικής κατάστασης, με σεβασμό στους προσδιορισμούς (υγεία για όλους) στόχους
- αυτοί μπορούν να παρέχουν μέτρα σύγκρισης ώστε οι χώρες να συγκρίνουν την πρόοδό τους με αυτή των άλλων χωρών, ειδικότερα με εκείνες τις χώρες που έχουν τα ίδια επίπεδα κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης
- αν και δεν μπορούν αυτοί να είναι μετρήσιμοι στο παρόν εξαιτίας της ανεπαρκούς πληροφόρησης, όμως υιοθετούνται για χρήση γιατί δείχνουν αυτό που χρειάζεται να γίνει (οδηγία για δράση, συμπεριλαμβάνοντας την ανάπτυξη των πληροφοριακών συστημάτων για την υγεία) και
- αυτοί έχουν μια λειτουργία επικοινωνίας και συνεργασίας: για παράδειγμα, όταν αποφασίζεται μια κατάλληλη συμβουλευτική διαδικασία, για την υγεία, αυτοί αποτελούν ένα σημαντικό μήνυμα για την κοινότητα σχετικά με τις συμφωνημένες προτεραιότητες.

Οι δείκτες "Υγεία για Όλους" ακολουθούν την ίδια δομή και λογική με τους στόχους "Υγεία για Όλους". Οι πρώτοι καλύπτουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τους κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες για την υγεία

όπως: τρόποι ζωής, περιβάλλον, φροντίδα υγείας και γενική υποστήριξη στην ανάπτυξη της υγείας, συμπεριλαμβάνοντας την έρευνα, τις πολιτικές, την εκπαίδευση, την πληροφόρηση που αφορούν την υγεία κ.τ.λ. Όλοι οι στόχοι "Υγεία για Όλους" δεν έχουν στατιστικούς (ποσοτικούς) δείκτες, μερικοί από αυτούς είναι δύσκολο να μετρηθούν ευθέως σε ποσοτικούς όρους. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιείται μια λεπτομερή περιγραφή της κατάστασης και της προόδου. Οι περισσότεροι στατιστικοί δείκτες σχετίζονται με τους στόχους (1-12) του επιπέδου υγείας, λιγότεροι έχουν διαμορφωθεί για τους τρόπους ζωής (στόχοι 13-17), για το περιβάλλον (στόχοι 18-25) και για τη φροντίδα υγείας (στόχοι 26-31) και μόνο μερικοί είναι διαθέσιμοι για τους στόχους υποστήριξης 32-38.

#### **2.4. Δείκτες της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους" και Υγειονομική Πολιτική**

Μια άποψη της υγειονομικής πολιτικής είναι η ανάπτυξη των αντικειμενικών της πολιτικής υγείας. Οι αντικειμενικές μπορεί να βασίζονται πάνω σε συγκρίσεις από συγκεντρωμένα δεδομένα (η εμπειρική προσέγγιση) ή όχι (η θεωρητική προσέγγιση). Και οι δύο προσεγγίσεις έχουν τα πλεονεκτήματά τους και στην πραγματικότητα μια αντικειμενική πολιτική υγείας μπορεί να βασίζεται στο συνδυασμό και των δύο παραπάνω προσεγγίσεων. Η εμπειρική προσέγγιση μπορεί να είναι προτιμότερη σε παραδείγματα όπου η υγειονομική πολιτική δεν είναι αναπτυγμένη σε εθνικό επίπεδο και μάλλον προβάλλεται από τις αποκεντρωτικές διαπραγματεύσεις μεταξύ εκείνων που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας και εκείνων που τις πληρώνουν. Σχετικοί και διαφοροποιημένοι δείκτες υγείας είναι ένας απαραίτητος όρος για ένα πληροφοριακό σύστημα υγείας που είναι ικανό να υποστηρίξει την ανάπτυξη των στόχων της πολιτικής υγείας.

Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται στην υγειονομική πολιτική για διάφορους σκοπούς: για να διαμορφώσουν τους στόχους της πολιτικής υγείας, για να εφαρμόσουν τις υγειονομικές πολιτικές σε σχέση με τη διαχειριστική διαδικασία και για να εκτιμήσουν το αποτέλεσμα των υγειονομικών πολιτικών. Οι δείκτες της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" παρέχουν τα απαραίτητα δεδομένα – για παράδειγμα τα δεδομένα πάνω στη συνεισφορά των προβλημάτων υγείας και των παραγόντων κινδύνου για τα προβλήματα υγείας, τα δεδομένα της φροντίδας υγείας αναφορικά με τις τάσεις, τους πόρους, την κατανομή και την έκβαση αυτής – για να υποστηρίξουν αυτές τις δραστηριότητες.

Ο ίδιος τύπος πληροφόρησης συχνά απαιτείται από τους δημιουργούς της πολιτικής υγείας σε τοπικά, περιφερειακά, εθνικά και διεθνή επίπεδα, αλλά μπορεί αυτός ο τύπος πληροφόρησης να αναλυθεί, να ερμηνευθεί και να παρουσιαστεί με διάφορους τρόπους. Η εμπειρία δείχνει ότι η πληροφόρηση σε έναν αριθμό δεικτών "Υγεία για όλους" είναι διαθέσιμη σε τοπικά, περιφερειακά και διεθνή επίπεδα. Τέτοιοι δείκτες είναι χρήσιμοι για τη διαλεύκανση των παραλλαγών και των ακραίων καταστάσεων, που μπορεί να έχουν συνέπειες στην εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής και με τη σειρά τους μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση των υγειονομικών αναγκών των πληθυσμών, στη στοχοποίηση των προσδιορισμένων αναγκών και στον έλεγχο των εκροών των υπηρεσιών. Παράδειγμα των πολιτικών υγείας που είναι βασισμένες σε δείκτη υγείας σε εθνικό επίπεδο είναι οι καμπάνιες για την καρδιακή ασθένεια, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας για τον ιό του AIDS και η προβολή της ασθένειας του καρκίνου. Ανάλογα παραδείγματα σε τοπικό επίπεδο είναι η μείωση της περί γεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας και η παροχή μετανηπιακής φροντίδας σε κατοίκους μικρών περιοχών. Εκτός από τα δεδομένα που προέρχονται από τις υπηρεσίες υγείας, οι ΕΜΥΕ, είναι μια σημαντική πηγή δεδομένων για τους δείκτες "Υγεία για Όλους" και έχουν αποδειχθεί πολύτιμες για τη διαχείριση,

το σχεδιασμό και την αξιολόγηση της υγείας. Η Φιλανδία, για παράδειγμα, σχεδίασε ένα δημόσιο νόμο υγείας στη βάση των δεδομένων από τις ΕΜΥΕ και η κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών χρησιμοποίησε τα δεδομένα της έρευνας για να διαμορφώσει τη νομοθεσία για τα προγράμματα υγείας Medicare και Medicaid. Επιπλέον περισσότεροι, εθνικές στατιστικές έχουν συμπληρωθεί από επιπρόσθετα δεδομένα των ΕΜΥΕ και αυτό αύξησε σημαντικά τη χρησιμότητά τους.

Σε μερικές χώρες, η στρατηγική "Υγεία για Όλους" και η διαδικασία ελέγχου έχει ήδη εφαρμοστεί σε επίπεδο πολιτικής υγείας, όπως είναι: η τοποθέτηση των προγραμμάτων έρευνας πάνω στις ανισότητες υγείας, οι αποφάσεις υγείας, το AIDS και οι χρόνιες ασθένειες, η ενδυνάμωση της προληπτικής πολιτικής υγείας, η ανάπτυξη καινούργιων συστημάτων ελέγχου και η ενδυνάμωση της επιδημιολογίας σε τοπικά επίπεδα.

## 2.5. Πηγές Πληροφόρησης

Οι πηγές δεδομένων που μπορούν να παρέχουν πληροφόρηση στους δείκτες "Υγεία για Όλους", ταξινομούνται σε τρεις κύριες ομάδες:

- περιεκτικά στατιστικά αρχεία που ήδη έχουν ιδρυθεί για την υγεία ή για άλλους σκοπούς
- ad hoc (και όχι απαραίτητα περιεκτική) έρευνα ή συστήματα παρακολούθησης μέσα στις υπηρεσίες υγείας και
- πληθυσμιακές έρευνες.

## 2.6. Στατιστικά Στοιχεία

Παραδείγματα από στατιστικά στοιχεία που είναι ήδη καθιερωμένα για

την υγεία ή για άλλους σκοπούς, περιλαμβάνουν διοικητικά αρχεία, όπως εκείνα που χρησιμοποιούνται για τους δημογραφικούς δείκτες (συμπεριλαμβάνοντας την πληροφόρηση πάνω σε θέματα όπως οι τιμές της άμβλωσης και η συνεισφορά της ηλικίας για την κυοφορία), για τους δείκτες θνησιμότητας, για τα δεδομένα πάνω στα ατυχήματα (τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα σε μερικές χώρες, άλλοι τύποι από ατυχήματα επίσης περιλαμβάνονται σε μερικές χώρες), για την προμήθεια του καπνού, για το αλκοόλ και για ποικίλα θρεπτικά στοιχεία, για τη μόρφωση και το βαθμό της εκπαίδευσης, για τους ανθρώπινους και άλλους πόρους για την υγεία και για τις τιμές κάλυψης για τις ποικίλες υπηρεσίες υγείας. Καταχωρημένα προγράμματα επίσης χρησιμοποιούνται για τις ποικίλες συνθήκες υγείας (καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα και άλλες χρόνιες παθήσεις συμπεριλαμβάνοντας τα πνευματικά προβλήματα υγείας). Τα παραπάνω όμως προγράμματα έχουν το πλεονέκτημα της συνέχειας αλλά συνήθως κοστίζουν για να διατηρηθούν και συχνά περιορίζονται σε γεωγραφική κάλυψη.

Η διαθέσιμη πληροφόρηση μέσα από αυτά τα συστήματα υγείας, συνήθως, παρουσιάζεται με ένα τρόπο που είτε είναι σταθερός, είτε μπορεί να επαναυπολογιστεί για να επιτρέψει μια σταθερή παρουσίαση. Στην περίπτωση των αρχείων που είναι περιορισμένα σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές ή αλλιώς σε προσδιορισμένες ομάδες ατόμων, η πληροφόρηση δεν μπορεί να επεκταθεί στο σύνολο του πληθυσμού, αλλά μπορούν να υπολογιστούν μόνο οι τάσεις για δεδομένο χρόνο. Παρόλα αυτά μερικά στοιχεία δεν παρέχουν στην πράξη ικανοποιητική πληροφόρηση:

- αναφορές από τις εργασιακές ασθένειες ή τα ατυχήματα, όπου γι' αυτές οι πρακτικές μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα στις χώρες και μερικές φορές διαφέρουν σε τέτοιο εύρος ώστε και η ανάλυσή τους, μέσα στη χώρα, να είναι δύσκολη και
- αναφορές από αναγνωρισμένες ασθένειες, οι οποίες παρουσιάζουν μερικά προβλήματα αναγνώρισης αλλά μπορούν να περιέχουν

σοβαρά προβλήματα από λανθασμένες αναφορές.

## 2.7. Ad hoc Έρευνα ή Συστήματα Παρακολούθησης μέσα στις Υπηρεσίες Υγείας

Το κύριο παράδειγμα αυτού του τύπου συστήματος, είναι το σύστημα παρακολούθησης "ιατρός – φρουρός" που εφαρμόζεται σε διάφορες χώρες, στο οποίο ζητείται από έναν περιορισμένο αριθμό γενικών ιατρών να κάνουν αναφορά πάνω σε μια καθορισμένη λίστα από προσεκτικά διαλεγμένα θέματα (τα οποία αλλάζουν από καιρό σε καιρό) για να συμπληρώσουν σ' αυτά την πληροφόρηση που συλλέγουν από τα αρχεία. Ένα πληροφοριακό δίκτυο "Ιατρός – Φρουρός" προμηθεύει απλές και καθορισμένες αναφορές πάνω σε ειδικές ασθένειες και σε διαδικασίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συνήθως το δίκτυο αυτό έχει μια κάλυψη γύρω στο 1% από το παγκόσμιο πληθυσμό.

## 2.8. Πληθυσμιακές Έρευνες

Ο όρος "πληθυσμιακές έρευνες" δίνεται για μια μορφή συλλογής δεδομένων στην οποία ένας επαρκής αριθμός από απαντούντες (αλλά συνήθως ένα μικρό δείγμα απαντούντων από το συνολικό πληθυσμό) αντιπροσωπεύοντας τον πληθυσμιακό στόχο, ερωτάται με ένα συστηματικό και δομημένο τρόπο. Οι πληθυσμιακές έρευνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ερευνηθούν τις συνθήκες διαβίωσης, τις οικιακές απαιτήσεις, την εργασιακή δύναμη, την υγεία, τη θρεπτικότητα κ.τ.λ. ή ένα συνδυασμό όλων αυτών. Οι ΕΜΥΕ είναι ένας τύπος πληθυσμιακής έρευνας που περιλαμβάνει ερωτήσεις πάνω στα χαρακτηριστικά υγείας (προσλαμβάνουσα υγεία, αρρώστιες,

ανικανότητα), στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (συμπεριλαμβάνοντας τις προληπτικές υπηρεσίες υγείας) και σε μια ποικιλία από δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά. Το νοικοκυριό είναι συχνά η μονάδα δείγματος που χρησιμοποιείται στις έρευνες και γι' αυτό ο όρος "έρευνα νοικοκυριού" επίσης χρησιμοποιείται συχνά.

Ο όρος "ΕΜΥΕ", όπως χρησιμοποιείται εδώ, αφορά όλους τους τύπους των πληθυσμιακών ερευνών με ένα ερωτηματολόγιο υγείας ως συνθετικό. Ακόμη παραπέρα, ο παραπάνω όρος δεν χρησιμοποιείται αποκλειστικά για να φανερώσει μια έρευνα μέσα από τις κατά πρόσωπο συνεντεύξεις, αλλά μπορεί επίσης να αναφέρεται σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις και σε ταχυδρομικές έρευνες. Οι ΕΜΥΕ μπορούν, επίσης, να περιέχουν μια εξέταση υγείας ως συνθετικό.

Οι ΕΜΥΕ είναι σχετικές με εκείνους τους δείκτες "Υγεία για Όλους", που βασίζονται σε:

- πληροφόρηση που δεν μπορεί να συλλεχθεί μέσα από αρχεία
- πληροφόρηση έξω από τη δικαιοδοσία των υπηρεσιών υγείας (και γι' αυτό δεν μπορεί να συλλεχθεί επαρκώς μέσα από τα συστήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα της υγείας, όπως είναι τα προγράμματα παρακολούθησης ιατρός – φρουρός)
- πληροφόρηση που δεν μπορεί να συλλεχθεί απευθείας από το γενικό πληθυσμό.

Ένα από τα πρόσθετα πλεονεκτήματα των δεδομένων από τις ΕΜΥΕ είναι ότι τα δεδομένα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ερευνήσουν τις σχέσεις ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση της υγείας, στη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία, στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στις κοινωνικές, οικονομικές και δημογραφικές μεταβλητές. Για παράδειγμα, η περιοχή της δικαιοσύνης στην υγεία, απαιτεί δεδομένα που μπορούν να διαφοροποιηθούν από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Γι' αυτό και οι ΕΜΥΕ είναι μια ικανή και πλούσια πηγή πληροφόρησης για πολλούς δείκτες.



Η πληροφόρηση για πολλούς από τους δείκτες "Υγεία για Όλους" μπορεί μόνο ή μπορεί να συλλεχθεί καλύτερα από το δείγμα των ερευνών για το πληθυσμό. Αυτό αναφέρεται κυρίως σε περιοχές:

- αυτοεκτίμησης του επιπέδου υγείας και των δεικτών που σχετίζονται με την ανικανότητα
- δεικτών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ, θηλασμός, φυσική δραστηριότητα) και δεικτών που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας
- (σε μερικές χώρες) δεικτών που σχετίζονται με την περιβαλλοντολογική υγεία (νερό / υγιεινή, σπίτι) και
- εκείνων των πλευρών της παροχής και χρήσης της υγειονομικής υπηρεσίας όπου η ατομική ανταπόκριση είναι ο κύριος παράγοντας (π.χ. οικογενειακός προγραμματισμός).

Συνοψίζοντας, η αρμοδιότητα των ΕΜΥΕ για τους σκοπούς της "Υγείας για Όλους" βρίσκεται στην παροχή των δεδομένων για τους δείκτες "Υγεία για Όλους" που δεν μπορεί με επάρκεια και ικανότητα να εκτιμηθεί από άλλες μεθόδους αλλά η αρμοδιότητα των ΕΜΥΕ ισχύει και για την έρευνα των σχέσεων με τους άλλους δείκτες "Υγείας για Όλους" και τα χαρακτηριστικά του ιστορικού τους.

## **2.9. Δείκτες "Υγεία για Όλους" Που Είναι Μετρήσιμοι Μόνο ή Μετριούνται Καλύτερα από τις ΕΜΥΕ**

Στη βάση της αρχικής λίστας από τους προτεινόμενους δείκτες "Υγεία για Όλους" επιλέχθηκε μια λίστα από δείκτες για την οποία ίσως να είναι σχετικές οι ΕΜΥΕ (σε μερικές περιπτώσεις με την πρόσθεση και άλλων πηγών πληροφόρησης). Αυτή η τελευταία λίστα ολοκληρώθηκε από μια ομάδα κατά τη διάρκεια του πρώτου Συμβουλίου για την Ανάπτυξη Κοινών

Μεθόδων και Οργάνων για τις ΕΜΥΕ το 1988. Εξαιτίας των αναθεωρήσεων που ακολούθησαν στους στόχους και τους δείκτες, η λίστα υπέστη έναν αριθμό αλλαγών, η πιο πρόσφατη λίστα είναι βασισμένη στην αναθεώρηση των στόχων "Υγεία για Όλους" του 1991.

Οι αναθεωρήσεις που αναφέρονται στη λίστα κατέληξαν όχι μόνο σε αλλαγές στην έκφραση αλλά και επίσης σε ουσιαστικές μετατροπές, διαγραφές και προσθέσεις. Ακολουθεί η λίστα των παραπάνω αναφερόμενων δεικτών.

Λίστα των Δεικτών "Υγεία για Όλους" για τους οποίους είναι σχετικές οι ΕΜΥΕ.

### **Στόχος 1 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**

#### **Ισότητα στην Υγεία**

##### Δείκτες του στόχου:

- 1.1 Διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ των χωρών
- 1.2 Διαφορές στο επίπεδο υγείας στο εσωτερικό των χωρών

### **Στόχος 2 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**

#### **Υγεία και Ποιότητα Ζωής**

##### Δείκτες του στόχου:

- 2.2 Εκτίμηση της προσλαμβάνουσας υγείας
- 2.6 Εκτίμηση της κοινωνικής υγείας και υποστήριξη
- 2.7 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής
- 2.8 Προσδόκιμο επιβίωσης: πίνακες ταξινόμησης καταστάσεων υγείας

**Στόχος 3 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**  
**Καλύτερες ευκαιρίες για άτομα με ανικανότητες**

Δείκτες του στόχου:

- 3.2 Ποσοστό (%) των ατόμων που βρίσκονται σε ηλικία εργασίας που δραστηριοποιούνται σε απλές επαγγελματικές απασχολήσεις.
- 3.3 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής για άτομα με ανικανότητες.

**Στόχος 4 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**  
**Μείωση χρόνιας ασθένειας**

Δείκτες του στόχου:

- 4.1 Αριθμός των ημερών της προσωρινής ανικανότητας για κάθε άτομο ανά χρόνο, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.
- 4.2 Ποσοστό (%) του πληθυσμού που βιώνει διαφορετικά επίπεδα μακροχρόνιας ανικανότητας, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.
- 4.5 Προσδόκιμο επιβίωσης χωρίς ανικανότητα στη γέννηση και στις ηλικίες 1, 15, 45 και 65 ετών, ανάλογα με το φύλο.
- 4.6 Ιατρικά περιστατικά και διατήρηση των επιλεγμένων χρόνιων καταστάσεων υγείας: σε όλες τις ηλικίες, ανάλογα με το φύλο, επίσης για άτομα από 65 ετών και άνω, ανάλογα με το φύλο.
- 4.9 Μακροχρόνια ανικανότητα για δουλειά, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.

**Στόχος 6 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**  
**Υγιεινή Γήρανση**

Δείκτες του στόχου:

- 6.5 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων από 65 ετών και άνω.

**Στόχος 12 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**

**Μείωση των πνευματικών διαταραχών και αυτοκτονιών**

Δείκτες του στόχου:

- 12.2 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής από άτομα με πνευματικές διαταραχές.
- 12.3 Πνευματική υγεία

**Στόχος 16 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**

**Υγιεινή διαβίωση**

Δείκτες του στόχου:

- 16.4 Ποσοστό (%) των νεογνών με βάρος γέννησης τουλάχιστον 2.500 g
- 16.5 Ποσοστό (%) των παιδιών με αποδεκτό βάρος για την ηλικία τους ή με αποδεκτή αναλογία του βάρους με το ύψος τους.
- 16.6 Ποσοστό (%) των παιδιών που έχουν θηλαστεί σε ηλικία έξι εβδομάδων, τριών μηνών και έξι μηνών.
- 16.7 Πρότυπα κατανάλωσης ενέργειας, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την κοινωνικο-οικονομική ομάδα: συνολική καθημερινή κατανάλωση ενέργειας, καθημερινή κατανάλωση ενέργειας για σωματικές δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο, κατανάλωση ενέργειας για σωματικές δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο με υψηλότερη ένταση.
- 16.10 Κατανομή του σωματικού βάρους ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, συμπεριλαμβάνοντας το ποσοστό (%) του πληθυσμού με σωματικό βάρος (βάρος / ύψος<sup>2</sup>) μεγαλύτερο από 30 Kg/m<sup>2</sup>.
- 16.11 Διατροφή με επαρκές επίπεδο θρεπτικών ουσιών.
- 16.12 Άσκηση

**Στόχος 17 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**

**Κάπνισμα, Αλκοόλ και Ψυχοφάρμακα**

Δείκτες του στόχου:

- 17.2 Κατανομή της κατανάλωσης αλκοόλ ανάλογα με την ποσότητα που καταναλώθηκε, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο
- 17.3 Κατανάλωση των κύριων ναρκωτικών ουσιών που καλύπτονται από διεθνή σύμβαση (Single Convention on Narcotic Drugs) σε συνέδριο που έγινε το 1961 (όπως αυτή η σύμβαση τροποποιήθηκε το 1972).
- 17.6 Κατανάλωση των φαρμακευτικών ψυχοτρόπων ουσιών.
- 17.10 Αναλογία του πληθυσμού στην οποία:
- δεν καπνίζουν
  - είναι βαριοί καπνιστές (20 ή περισσότερα τσιγάρα ανά ημέρα)
  - δεν έχουν καπνίσει ποτέ
  - έχουν σταματήσει το κάπνισμα για τα τελευταία δύο χρόνια
  - έχουν μειώσει το κάπνισμα για τα τελευταία δύο χρόνια

**Στόχος 24 της Στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000":**

**Ανθρώπινο περιβάλλον και κατοικία**

Δείκτες του στόχου:

- 24.3 Αναλογία του πληθυσμού που είναι άστεγος και αναλογία του πληθυσμού που ζει με ανέσεις κάτω από το κανονικό όριο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΜΥΕ

#### 3.1. Γενικά

Είναι κοινά αποδεκτό ότι οι ΕΜΥΕ είναι πολύτιμες για τα πληροφοριακά συστήματα υγείας, γιατί παρέχουν πλήρη, περιεκτική και ολοκληρωμένη πληροφόρηση για την υγεία, για τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία, για την κατανάλωση φαρμάκων, για τα προσωπικά χαρακτηριστικά υγείας του ατόμου και για τα χαρακτηριστικά του νοικοκυριού. Η ανάλυση δεν εμποδίζεται από περιορισμούς στις μεταβλητές, αλλά είναι πιθανόν να περιλαμβάνει στα ερωτηματολόγια υγείας την απαραίτητη πληροφόρηση του ιστορικού της υγείας για τον απαντούντα και της οικογενείας του / της. Οι ΕΜΥΕ είναι ένα σχετικό φθηνό και ταχύ εργαλείο, ειδικότερα όταν συγκρίνονται με τα κόστη από τη χρήση δεδομένων που έχουν ήδη συλλεχθεί σε περιοδική βάση από τις υπηρεσίες υγείας.

Ένας αυξανόμενος αριθμός από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει ήδη εμπειρία από τις ΕΜΥΕ μέσα στο εθνικό τους πλαίσιο πληροφόρησης για την υγεία. Η Στατιστική Υπηρεσία της Ολλανδίας, για παράδειγμα, διεύθυνε μια συνεχή ΕΜΥΕ από το 1981. Έξω από την Ευρωπαϊκή Ένωση γνωστά παραδείγματα χωρών που περιλαμβάνουν τις ΕΜΥΕ στο εθνικό τους πλαίσιο πληροφόρησης για την υγεία είναι στις Η.Π.Α. που ανάλαβαν μια συνεχή ΕΜΥΕ από το 1957, στην Ιαπωνία που σε μια διαδικασία από το 1953 ανάλαβε μια ΕΜΥΕ και στη Στατιστική Υπηρεσία του Καναδά που διεύθυνε έρευνες ανικανότητας από το 1983.

Στη δεκαετία του '80, οι αυξανόμενες επαφές μεταξύ των στατιστικών γραφείων, των υπουργείων υγείας και των ατόμων σε διάφορες χώρες, έδειξε

την ανάγκη για μια διεθνή ανταλλαγή γνώσης σχετικά με τις μεθόδους και τα όργανα που χρησιμοποιούνται για τις ΕΜΥΕ. Αυτή η ανάγκη έγινε γεγονός από δύο παρατηρήσεις:

1. Παρόλη την αδιαφιλονίκητη αρμοδιότητα των ΕΜΥΕ για τα πληροφοριακά συστήματα υγείας και για την ύπαρξη των συνεχών ΕΜΥΕ σε μερικές χώρες, αρκετές χώρες διενεργούν τις ΕΜΥΕ στη βάση της έρευνας ad hoc. Οι τελευταίες έρευνες φαίνεται να έχουν αναπτυχθεί ανεξάρτητα και οι αποφάσεις γι' αυτές και οι ερωτήσεις που υποβάλλουν είναι δημιουργημένες πάνω σε ένα ειδικό περιεχόμενο για τα προβλήματα υγείας, για τα συστήματα φροντίδας της υγείας και τα θέματα των πολιτικών υγείας, με ισχύ για κάθε χρονική στιγμή σε διαφορετικές χώρες. Αυτό εγείρει μια ποικιλία από τεχνικές λύσεις. Παρόλα αυτά, πολλές από τις διαφορές στις μεθόδους και στα όργανα της έρευνας φαίνεται ότι δεν είναι απαραίτητες.
2. Ένας μεγάλος αριθμός από δείκτες "Υγεία για Όλους" φαίνεται ότι είναι απόλυτα εξαρτημένοι από τη διαθεσιμότητα των δεδομένων από τις ΕΜΥΕ. Οι ασκήσεις ελέγχου και εκτίμησης "Υγεία για Όλους" έδειξαν ότι η πληροφόρηση μόνο για μια μικρή αναλογία τέτοιων δεικτών, ήταν διαθέσιμη σε έναν επαρκή αριθμό χωρών. Εάν δεν γίνουν σημαντικές βελτιώσεις γι' αυτή την κατάσταση, η έλλειψη πληροφόρησης θα εμποδίσει τον έλεγχο της προόδου αναφορικά με τους στόχους που βασίζονται στους δείκτες των ερευνών. Γι' αυτό το Π.Ο.Υ. ενδιαφέρεται να διασφαλίσει ένα επίπεδο σύγκρισης μεταξύ των χωρών για τη μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους". Άλλες γνωστές προσπάθειες για την επίτευξη της διεθνούς σύγκρισης αναφορικά με τις στατιστικές υγείας, είναι η χρήση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών (International Classification of Diseases, ICD) – που εμπεριέχει την

κωδικοποίηση των αιτιών θανάτου – και η χρήση της πρόσφατα αναπτυγμένης Διεθνούς Ταξινόμησης των Ελαττωμάτων, Ανικανοτητών και Αναπηριών (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH).

Αν και πολλές χώρες διευθύνουν τις ΕΜΥΕ για πολλά χρόνια, η διεθνής σύγκριση των δεδομένων από αυτές τις έρευνες είναι ένα σχετικά νέο θέμα. Η έλλειψη διαθεσιμότητας και σύγκρισης αυτών των δεδομένων έχει βρεθεί ότι είναι ένας μεγάλος εξαναγκασμός για τη διεθνή σύγκριση των δεδομένων που προέρχονται από τις ΕΜΥΕ.

### 3.2. Κάλυψη των Δεικτών "Υγεία για Όλους" στις ΕΜΥΕ (1980-1990)

Προκειμένου να ερευνηθεί περισσότερο η κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους" από τις ΕΜΥΕ, μια μελέτη απογραφής έγινε το 1990, από τη Στατιστική Υπηρεσία Ολλανδίας, ύστερα από απαίτηση του Γραφείου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον Π.Ο.Υ., με τη χρησιμοποίηση ενός ερωτηματολογίου σε όλα τα στατιστικά γραφεία και με τη συμμετοχή των σχετικών ερευνητικών ιδρυμάτων, σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε μερικές επιλεγμένες χώρες έξω από αυτή (Αυστραλία, Καναδάς, Ιαπωνία και Η.Π.Α.). Οι συνολικές απαντήσεις ήταν 59 ερωτηματολόγια από 33 γραφεία, από άτομα και / ή ιδρύματα σε 26 χώρες.

Αυτή η μελέτη απογραφής παρείχε πληροφόρηση για 17 δείκτες "Υγεία για Όλους" για τους οποίους είναι σχετικές οι ΕΜΥΕ (λίστα δεικτών Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>). Τα δεδομένα για καθένα από αυτούς τους δείκτες συλλέχθηκαν τουλάχιστον από μια χώρα. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι υπάρχει αξιοσημείωτη διαφορά στον αριθμό των δεικτών που καλύφθηκε από τις χώρες, μέσα από έρευνα (χρησιμοποίηση ερωτηματολογίου), ο μεγαλύτερος αριθμός ήταν 15 και ο μικρότερος 2. Δείκτες που αφορούν τις μετρήσεις διαφόρων



καταστάσεων υγείας, όπως: προσλαμβάνουσα υγεία (δείκτης 2.2 από τη λίστα δεικτών Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), μακροχρόνια ανικανότητα (δείκτης 4.2 από τη λίστα δεικτών Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), και το κάπνισμα (δείκτης 17.10 από τη λίστα δεικτών Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), καλύφθηκαν από έρευνες σε όλες σχεδόν τις χώρες. Ενώ κάποιοι άλλοι δείκτες, όπως αυτός που αφορά τη μέτρηση του βάρους γέννησης (δείκτης 16.4 από τη λίστα δεικτών Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), καλύφθηκαν μόνο σε μερικές χώρες. Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι η κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους" από έρευνα, είναι πιο συχνή για τους επιλεγμένους δείκτες που σχετίζονται με διαφορετικές απόψεις για το επίπεδο υγείας (στόχοι 1 – 12 της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" από τη λίστα δεικτών Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) και ακολουθούνται από τους δείκτες για τους υγιεινούς τρόπους ζωής (στόχοι 13 – 17 της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" από τη λίστα δεικτών Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>).

Η συγκεκριμένη μελέτη περιείχε μια καταγραφή των μεθόδων της έρευνας και των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες για τη συλλογή πληροφόρησης για τους δείκτες "Υγεία για Όλους". Διαφορές βρέθηκαν στη μέθοδο της δειγματολογίας, στην αποδοχή ή στον αποκλεισμό για συγκεκριμένες ομάδες ιδρυμάτων υγείας (οίκοι ευγηρίας) και στη μέθοδο συλλογής των δεδομένων και στη διατύπωση των ερωτήσεων.



**Εικόνα 1: Κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους" μέσα από τη διενέργεια των ΕΜΥΕ, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.**

**Πηγή: Evers**

Αυτή η μελέτη, επίσης, έδειξε ότι πολλές ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τον ίδιο δείκτη, δεν μπορούν να παρέχουν συγκρίσιμα αποτελέσματα, γιατί αυτά δεν παρουσιάζουν ομοιομορφία. Όλες αυτές οι διαφορές περιορίζουν την ικανότητα σύγκρισης των δεδομένων από τις διάφορες χώρες και επιβεβαιώνουν την ανάγκη για την ανάπτυξη και τη χρήση αποδεκτών προτύπων στις έρευνες.

Η μελέτη επίσης έδειξε ότι τα διαθέσιμα διεθνή δεδομένα από τις ΕΜΥΕ στην περίοδο 1980 – 1990, δεν ήταν αρκετά κατάλληλα για τον έλεγχο "Υγεία για Όλους". Μερικοί από τους δείκτες "Υγεία για Όλους", για τους οποίους η πληροφόρηση μπορεί να συλλεχθεί ή συλλέγεται καλύτερα με τις ΕΜΥΕ, καλύφθηκαν μόνο, σε μερικές χώρες αλλά και όταν αυτοί οι δείκτες καλύπτονταν τα αποτελέσματα που προέκυπταν, συχνά δεν ήταν συγκρίσιμα. Διεθνείς ενδοχώριες συγκρίσεις των πληθυσμιακών δεδομένων, για τις συνθήκες υγιεινής και για τις αποφάσεις υγείας, έχουν κυριαρχική σημασία για τον καθορισμό των στόχων υγείας και για την καλή διαχείριση των πόρων για την υγεία. Παρόλα αυτά, αυτού του είδους οι συγκρίσεις είναι ακόμη περιορισμένες ή ακόμη και αδύνατες. Ένα ακόμη συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι οι διαφορές που παρουσιάστηκαν στη διενέργεια των ΕΜΥΕ από τις χώρες, θα μπορούσαν να εναρμονιστούν με τη χρησιμοποίηση κοινών μεθόδων, ερωτηματολογίων και ταξινομήσεων.

### **3.3. Το Σχέδιο για τη Διενέργεια των ΕΜΥΕ**

Η κατάσταση αναφορικά με την έλλειψη της ικανότητας σύγκρισης των δεδομένων από τις έρευνες θα έπρεπε να βελτιωθεί με την ενθάρρυνση εκείνων που εμπλέκονταν στις ΕΜΥΕ σε διεθνές επίπεδο, για τη μεταξύ τους συνεργασία, έτσι ώστε να επωφεληθούν από την εμπειρία του καθενός και να παραδειγματιστούν από τις επιτυχίες και τις αποτυχίες τους, μέσα από διεθνείς

συναντήσεις και από τη δημιουργία ενός πληροφοριακού δικτύου από ειδικούς. Ο κύριος μακροχρόνιος αντικειμενικός στόχος είχε δύο πτυχές:

- να αναπτύξει κοινές μεθόδους και όργανα (ερωτηματολόγια) τουλάχιστον για έναν κεντρικό πυρήνα δεικτών της στρατηγικής "Υγεία για Όλους"
- να παρακινήσει τις χώρες, ώστε να χρησιμοποιήσουν αυτές τις κοινές μεθόδους και τα όργανα, προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη διεθνή ικανότητα σύγκρισης των δεδομένων από τις έρευνες και να προάγει την αξία και τη χρήση των αποτελεσμάτων από αυτές.

Ακολούθησε μια έντονη ανταλλαγή απόψεων μεταξύ του Γραφείου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης του Π.Ο.Υ. και της Στατιστικής Υπηρεσίας της Ολλανδίας και το πρώτο ζήτησε από τη δεύτερη να οργανώσει το πρώτο συμβούλιο για την ανάπτυξη κοινών μεθόδων και οργάνων για τις ΕΜΥΕ. Το πρώτο συμβούλιο έγινε τον Ιούνιο του 1988, υπό την αιγίδα του Γραφείου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ακολούθησε το δεύτερο συμβούλιο το Σεπτέμβριο του 1990 και το τρίτο το Σεπτέμβριο του 1992.

Η γνώση και η έρευνα αναπτύχθηκε με τη συνεργασία των διαφόρων φορέων και μετά από διάφορες φάσεις ελέγχου και αξιολόγησης δεδομένων σχετικά με τη στρατηγική "Υγεία για Όλους", τα συμπεράσματα που προέκυψαν διαδόθηκαν, αξιολογήθηκαν και νέα βελτιωμένα στοιχεία και δεδομένα συλλέχθηκαν. Εν τούτοις, ήταν απαραίτητο να υπάρξει πληρέστερη ενημέρωση – ανάδραση από τα κράτη – μέλη για τη διαδικασία συλλογής στοιχείων και δεδομένων που θα ήταν συγκρίσιμα διεθνώς, άμεσα και μεσοπρόθεσμα.

### 3.4. Συμβούλια για την Ανάπτυξη Κοινών Μεθόδων και Οργάνων για τις ΕΜΥΕ

Για κάθε συμβούλιο, προσκαλέστηκε ένας αριθμός από ειδικούς, οι οποίοι εμπλέκονταν στις ΕΜΥΕ για την Ευρωπαϊκή Ένωση ή για επιλεγμένες χώρες έξω από αυτή (Αυστραλία, Καναδάς, Ιαπωνία και Η.Π.Α.), όπου στις παραπάνω χώρες είχαν διενεργηθεί συνεχείς ή τουλάχιστον απλές έρευνες.

Οι σκοποί των τριών συμβουλίων είχαν ως εξής:

- να αναθεωρήσουν τους δείκτες "Υγεία για Όλους" για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβάνοντας αναθεωρημένους και καινούργιους δείκτες υγείας, για τους οποίους η πληροφόρηση παρέχεται καλύτερα από τις ΕΜΥΕ
- να μελετήσουν εάν η λίστα με τους δείκτες "Υγεία για Όλους" παραλείπει σχετικούς με τους παραπάνω δείκτες υγείας που καλύπτονται από τις ΕΜΥΕ και αν είναι κατάλληλο να προτείνουν επιπρόσθετους δείκτες υγείας
- να αναπτύξουν κοινές μεθόδους και όργανα για τη συλλογή της πληροφόρησης για τους παραπάνω αναφερόμενους δείκτες υγείας (αυτό σχετίζεται με την αναθεώρηση και τη συνεργασία των οργάνων που υπάρχουν και με την ανάπτυξη καινούργιων οργάνων)
- να παρέχουν μια γενική θεώρηση και να συζητήσουν για τις σημερινές και μελλοντικές ΕΜΥΕ στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στις επιλεγμένες χώρες έξω από αυτή, προκειμένου να έχουν πρόσβαση στα συμπεράσματα για τη συλλογή της πληροφόρησης πάνω στους δείκτες "Υγεία για Όλους" σε αυτές τις χώρες
- να συζητήσουν τις πιθανότητες ένταξη των προτεινόμενων κοινών οργάνων στις σημερινές και μελλοντικές ΕΜΥΕ.

Σε κάθε συμβούλιο συζητήθηκε ένας αριθμός από γενικά θέματα, που

σχετίζονταν με τους παραπάνω σκοπούς. Εν τούτοις, ο περισσότερος χρόνος των συμβουλίων αφορούσε τη συζήτηση για την ανάπτυξη κοινών οργάνων αναφορικά με τη μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους". Τα κύρια θέματα συζήτησης εξετάστηκαν μέσα από την παρουσίαση ανάλογων εργασιών από τους συμμετέχοντες στα συμβούλια. Για τους 11 δείκτες "Υγεία για Όλους" προτάθηκαν κοινά όργανα για τη συλλογή της πληροφόρησης που είναι σχετική με αυτούς. Για τους άλλους 4 δείκτες "Υγεία για Όλους", τα προτεινόμενα κοινά όργανα βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της ανάπτυξης και δεν είναι διαθέσιμα προς χρήση. Μελετήθηκε επίσης, όπου ήταν δυνατόν, η ικανότητα σύγκρισης των δεικτών "Υγεία για Όλους" από τις διεθνείς ταξινομήσεις ICD και ICIDH.

#### **Πρώτο Συμβούλιο, 1988**

Το πρώτο συμβούλιο κατέληξε συμφωνία για τη λίστα των δεικτών "Υγεία για Όλους", για τους οποίους είναι σχετικές οι ΕΜΥΕ. Μια γενική άποψη γι' αυτούς τους δείκτες, συμπεριλαμβάνοντας τις τροποποιήσεις που έγιναν μέσα από τις τελευταίες αναθεωρήσεις, που έγιναν πάνω στους δείκτες "Υγεία για Όλους" παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Όργανα συλλογής δεδομένων προτάθηκαν για έξι από αυτούς τους δείκτες: προσλαμβάνουσα υγεία, προσωρινή ανικανότητα, μακροχρόνια ανικανότητα, κάπνισμα, βάρος γέννησης και θηλασμός. Επίσης προτάθηκε να προστεθεί στη λίστα και ένας ακόμη δείκτης για το ενήλικο βάρος και ύψος. Για το θηλασμό, ο ανάλογος δείκτης "Υγεία για Όλους" διευρύνθηκε για να συμπεριλάβει και το θηλασμό στην ηλικία των έξι εβδομάδων.

Επίσης ένα κύριο θέμα συζήτησης ήταν και τα μεθοδολογικά θέματα που θα πρέπει να μελετηθούν για το σχεδιασμό των ΕΜΥΕ.

Για να διευκολυνθεί ο έλεγχος της προόδου σε σχέση με τη στρατηγική "Υγείας για Όλους", προτάθηκε ότι οι απλές ΕΜΥΕ θα πρέπει να διενεργούνται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης τονίστηκε

ότι ο Π.Ο.Υ. θα πρέπει να διανείμει τα όργανα συλλογής δεδομένων που σχετίζονται με τους δείκτες "Υγεία για Όλους", που προτάθηκαν από τα συμβούλια, σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έτσι ώστε οι τελευταίες να προάγουν την εφαρμογή των παραπάνω οργάνων.

#### Δεύτερο Συμβούλιο, 1990

Στο δεύτερο Συμβούλιο συζητήθηκε η αναφορά της μελέτης απογραφής του 1990, για την κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους" στις ΕΜΥΕ και προτάθηκε ότι αυτή η άσκηση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται περίπου κάθε πέντε χρόνια, υπολογίζοντας στην εκτέλεσή της τα προτεινόμενα όργανα συλλογής δεδομένων για τους δείκτες "Υγεία για Όλους".

Οι συμμετέχοντες έμαθαν ότι υπήρχε μια ένδειξη για την αύξηση του αριθμού των ΕΜΥΕ που διενεργούνταν και ότι το Συμβούλιο της Ευρώπης είχε υιοθετήσει το όργανο για το δείκτη της μακροχρόνιας ανικανότητας, που είχε προταθεί από το πρώτο Συμβούλιο, ως την ελάχιστη δυνατή ομάδα ερωτήσεων που θα πρέπει να χρησιμοποιείται από τις ΕΜΥΕ, με μερικές προϋποθέσεις.

Για τους δείκτες "Υγεία για Όλους" έγιναν συστάσεις για τη μέτρηση αυτών των δεικτών που αφορούσαν: το προσδόκιμο επιβίωσης χωρίς ανικανότητα, τη μακροχρόνια ανικανότητα, το βάρος σώματος (στη βάση του αυτοαναφερόμενου βάρους και ύψους) και την κοινωνικο-οικονομική ταξινόμηση. Για το δείκτη της μακροχρόνιας ανικανότητας, όπως πρότεινε το συμβούλιο της Ευρώπης, προστέθηκαν τρία προαιρετικά θέματα στο όργανο που είχε προταθεί από το πρώτο συμβούλιο. Επιπλέον προστέθηκαν δύο συνολικές βαθμολογίες στο όργανο για τη μέτρηση των δεικτών που αφορούσαν την αναπηρία και την ανικανότητα. Προτάθηκε επίσης μια διεύρυνση του τίτλου για το δείκτη που αφορά το βάρος σώματος: εκτός από το ποσοστό (%) του πληθυσμού με βάρος σώματος μεγαλύτερο από  $30\text{Kg/m}^2$ , συμπεριλήφθηκε και η συνεισφορά της μάζας του σώματος – από τότε έτσι ο

παραπάνω δείκτης χρησιμοποιείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τον Π.Ο.Υ.

Επίσης συζητήθηκε η μέτρηση του δείκτη για τις χρόνιες σωματικές συνθήκες υγείας και προτάθηκε μια μικρή λίστα από εκείνες τις συνθήκες που μπορούν να συμπεριληφθούν στις ΕΜΥΕ.

Αναφορικά με το δείκτη για την αθλητική δραστηριότητα είχε εξαχθεί το συμπέρασμα από το δεύτερο συμβούλιο ότι το ερωτηματολόγιο που βασιζόταν στην έρευνα για την υγεία του Quebec (Quebec Health Survey) και είχε προταθεί για χρήση από τον Π.Ο.Υ. το 1990, δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στη σημερινή μορφή του σε άλλες χώρες με διαφορετικά πολιτιστικά πλαίσια. Το θέμα αυτό απασχόλησε και το τρίτο συμβούλιο.

Οι συμμετέχοντες στο συμβούλιο συζήτησαν την πρόταση του Γραφείου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον Π.Ο.Υ., για το αν θα έπρεπε να αναπτυχθεί ένα κοινό πρόγραμμα συνέντευξης για την υγεία. Οι παραπάνω κατέληξαν στο ότι η διαδικασία του συντονισμού των ΕΜΥΕ που βρίσκονται σε εξέλιξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση και της παρακίνησης για τη δημιουργία νέων ΕΜΥΕ, θα έπρεπε να ενθαρρυνθεί και να υποστηριχθεί. Αυτή η διαδικασία είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον επαναπροσανατολισμό των πληροφοριακών συστημάτων υγείας και την υποστήριξη των στρατηγικών "Υγεία για Όλους". Η παραπάνω διαδικασία θα πρέπει να στοχεύει:

- στην ενθάρρυνση των χωρών για να διευθύνουν απλά τις ΕΜΥΕ
- στο συντονισμό με τις έρευνες για την εξέταση της υγείας
- στη βελτίωση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιούνται από την αποδοτικότητα των ερευνών
- στη διευκόλυνση της χρήσης κοινών μεθόδων και οργάνων, προκειμένου να βελτιωθεί η ικανότητα διάθεσης των συγκρίσιμων πληθυσμιακών δεδομένων.

Στο δεύτερο συμβούλιο, επίσης, προτάθηκε ότι το Γραφείο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το Π.Ο.Υ. να χρησιμοποιήσει μελλοντικές



ασκήσεις ελέγχου "Υγείας για Όλους", προκειμένου να ενθαρρύνει τις χώρες για να χρησιμοποιούν τα προτεινόμενα όργανα και αν είναι δυνατόν για να συντονίσει τα χρονοδιαγράμματα της διενέργειας των ερευνών. Επίσης προτάθηκε ότι θα πρέπει να σχεδιαστεί ένα κέντρο συνεργασίας για τον Π.Ο.Υ. και ότι θα πρέπει να εξερευνηθούν οι πιθανότητες για συνεργασία με άλλους διεθνείς οργανισμούς.

### Τρίτο Συμβούλιο, 1992

Στο τρίτο συμβούλιο προτάθηκαν όργανα για τη μέτρηση του δείκτη για την αθλητική δραστηριότητα και του δείκτη για τις χρόνιες πνευματικές καταστάσεις υγείας. Για το δείκτη της πνευματικής υγείας, τα όργανα μέτρησης ήταν βασισμένα πάνω σε μια μελέτη που είχε αναλάβει το Τμήμα της Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Groningen (ένα κέντρο συνεργασίας με τον Π.Ο.Υ.). Για τη μέτρηση των ανικανοτητών εξαιτίας των πνευματικών προβλημάτων υγείας, προτάθηκε ένα όργανο μόνο για το δείκτη των προσωρινών ανικανοτητών.

Αναφορικά με τη μέτρηση του δείκτη προσδόκιμο επιβίωσης για ικανά άτομα, έγιναν κάποιες περαιτέρω συστάσεις σε αντίθεση με εκείνες που έγιναν στο δεύτερο συμβούλιο.

Για τη μέτρηση του δείκτη για την κατανάλωση τροφής, μέσα από τις ΕΜΥΕ, προτάθηκε ότι θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη μέτρηση για την εισαγωγή της τροφής από τους παχύσαρκους (ολική και μερική) που σχετίζεται με την ολική εισαγωγή της ενέργειας. Επίσης συστήθηκε ότι θα πρέπει να συνεχίσουν να ελέγχονται οι τάσεις για τη διαθεσιμότητα των μακρο-θρεπτικών συστατικών (macro-nutrients).

Για το δείκτη για την κατανάλωση αλκοόλ, προτάθηκε ότι η πληροφόρηση που συλλέγεται θα πρέπει να περιλαμβάνει την ποσότητα του ποτού που καταναλώθηκε κατά τη διάρκεια μιας "τυπικής" ή "μέσης" χρονικής περιόδου και ότι οι ερωτήσεις για αυτό το θέμα θα πρέπει, όπου

είναι δυνατό, να συμπληρώνονται από τον ασθενή. Κανένα ιδιαίτερο όργανο δεν προτάθηκε, αλλά παρουσιάστηκαν κάποιες διευκρινιστικές ομάδες από ερωτήσεις που θα μπορούσαν να απευθυνθούν σε πειραματικές μελέτες.

Δύο σημαντικά θέματα που χρειάζονται περισσότερη μελέτη σχετίζονται με: το ένα θέμα για τη σχέση μεταξύ των ερευνών για τη συνέντευξη της υγείας και των ερευνών για την εξέταση της υγείας και το άλλο θέμα για τους τρόπους απόκτησης πληροφόρησης για την υγεία των ατόμων που είναι κάτοικοι σε ιδρύματα.

Επίσης συζητήθηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης, πάνω στις διεθνείς διαφορές για τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες από την αυτοαναφερόμενη υγεία, την οποία, μελέτη, είχαν αναλάβει το Τμήμα της Δημόσιας Υγείας και της Κοινωνικής Ιατρικής, το Πανεπιστήμιο Erasmus και η Στατιστική Υπηρεσία του Rotterdam και της Ολλανδίας. Παρόλη την περιορισμένη ικανότητα σύγκρισης των δεδομένων πάνω στους κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες και τους δείκτες υγείας, η οποία ικανότητα σύγκρισης ζητήθηκε από τις συμμετέχοντες χώρες και η οποία περιόρισε τις πιθανότητες για συγκριτική ανάλυση των παραπάνω δεδομένων, η μελέτη παρήγαγε κάποια σημαντικά ευρήματα. Για τους άνδρες οι μικρότερες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες βρέθηκαν στη Νορβηγία, στην Ισπανία, στη Σουηδία και στην Αγγλία, ενώ οι μεγαλύτερες στον Καναδά, στη Γερμανία, στην Ιταλία και ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. Μια μεσαία θέση κατείχαν η Δανία, η Φιλανδία, η Ιαπωνία και η Ολλανδία. Για τις γυναίκες, τα διεθνή σχέδια ήταν λιγότερο ξεκάθαρα.

Για τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, τα δεδομένα που δεν μπορούσαν εμφανώς να συγκριθούν αποκλείστηκαν από την ανάλυση, αλλά συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση εκείνα τα δεδομένα που προέκυψαν από τις ερωτήσεις της έρευνας και παρουσίαζαν μικρές μόνο διαφορές στην έκφραση ή στη δομή τους. Αυτό, πιθανότατα, δεν είχε μεγάλη επιρροή στα ευρήματα της μελέτης, γιατί προέκυψε το ίδιο σχέδιο για τη διεθνή διαφορά

στις ανισότητες υγείας, όταν η ανάλυση περιορίστηκε μόνο σε προαιρετικά συγκρίσιμους δείκτες υγείας. Παρόλα αυτά προκειμένου να βελτιωθούν οι πιθανότητες για αξιόπιστες διεθνείς συγκρίσεις, αναγνωρίστηκε ότι οι περισσότερες χώρες θα πρέπει να χρησιμοποιούν ερωτήσεις για τη μέτρηση της υγείας που μπορούν να συγκριθούν και ότι επίσης πρέπει να συμπεριλάβουν στις έρευνές τους την εκπαίδευση και τουλάχιστον μία από τις άλλες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές (εισόδημα, απασχόληση).

Επίσης προτάθηκε η μελέτη να επαναληφθεί στο μέλλον, κατά προτίμηση, κάθε πέντε χρόνια.

### **3.5. Ευκαιρίες για Βελτίωση της Διεθνούς Ικανότητας Σύγκρισης των Δεδομένων που Προέρχονται από τις ΕΜΥΕ**

Ένα από τα συμπεράσματα της μελέτης του 1990, για την κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους", από τις ΕΜΥΕ, ήταν ότι παρόλη τη μεγάλη διαφορά στο σχεδιασμό των ερωτηματολογίων, για τις ΕΜΥΕ, και στις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν, για τις ΕΜΥΕ, οι περισσότερες διαφορές που προέκυψαν θα μπορούσαν να εναρμονιστούν με τη χρησιμοποίηση καινούργιων οργάνων μέτρησης. Για αυτό το λόγο το Γραφείο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέλαβε μία ταχυδρομική άσκηση το 1992, ζητώντας τη γνώμη των επαγγελματιών που διενεργούσαν τις έρευνες, επάνω στις ευκαιρίες για την εναρμόνιση των διαφορών από τη μελέτη του 1990. Ειδικότερα, οι σκοποί αυτής της έρευνας ήταν η απόκτηση μιας ένδειξης για το κατά πόσο ήταν πιθανόν οι ΕΜΥΕ, που είχαν σχεδιαστεί για το 1993 – 1994, να μπορούσαν να παράγουν δεδομένα που να είναι συμβατά με τις συστάσεις του πρώτου και δεύτερου Συμβουλίου και να ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες ή και τα προβλήματα που αναμένονταν, σε σχέση με την εναρμόνιση των δεδομένων από τις έρευνες στο μέλλον.

Ένα ακόμη συμπέρασμα ήταν ότι τα λιγότερα ή περισσότερα συγκρίσιμα δεδομένα, πιθανότατα θα παράγονταν από ένα σημαντικό αριθμό χωρών, αλλά γι' αυτό σε πολλές περιπτώσεις θα ήταν απαραίτητες νεώτερες τροποποιήσεις στα χρησιμοποιούμενα όργανα, γιατί τα τελευταία θα διέφεραν ελάχιστα από τα προτεινόμενα όργανα. Θα ήταν χρήσιμο να μελετηθούν οι έρευνες που διενεργούνταν στην Ευρώπη σε τρεις ομάδες:

- εκείνων των ομάδων που μπορούν αμέσως να παράγουν συγκριτικά αποτελέσματα για μερικούς από τους δείκτες "Υγεία για Όλους"
- εκείνων των ομάδων, για τις οποίες, με μικρή προσπάθεια, οι ερωτήσεις των ερευνών μπορούν να αλλάξουν για να παράγουν συγκριτικά αποτελέσματα ή πιθανότατα ακόμη και τα αποτελέσματα να μπορούν να υιοθετηθούν, για να δημιουργήσουν συγκριτικές ομάδες δεδομένων και
- εκείνων των ομάδων, για τις οποίες απαιτούνται νέες ή επιπρόσθετες ερωτήσεις.

Για έξι από τους έντεκα δείκτες "Υγεία για Όλους", για τους οποίους κοινά όργανα είχαν προταθεί από τα συμβούλια, φάνηκε από τη μελέτη του 1990, ότι δεν υπήρχαν ή υπήρχαν μόνο μικρές διαφορές στη μέτρησή τους, μεταξύ των χωρών. Προκειμένου να αξιολογηθούν οι εμπειρίες των χωρών, από τις μετρήσεις γι' αυτούς τους έξι δείκτες και για να φανεί η δυναμική της προόδου για τη διαδικασία της μέτρησης των δεικτών, η Στατιστική Υπηρεσία της Ολλανδίας και το Γραφείο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ξεκίνησε, το 1993, μια νέα μελέτη.

### 3.6. Το Σχέδιο Αναθεώρησης

Εν συντομία, το σχέδιο για τις ΕΜΥΕ επέφερε τα εξής:

- τρία διεθνή συμβούλια, κατά τη διάρκεια της περιόδου 1988 -

1992, τα οποία παρείχαν ένα τόπο συζητήσεως για την ανταλλαγή εμπειρίας και τα οποία κατέληξαν στη διαμόρφωση των προτεινόμενων οργάνων για 11 δείκτες "Υγεία για Όλους"

- μια μελέτη για τις ΕΜΥΕ το 1990, αναφορικά με την πρόσβαση στην κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους" από τις παραπάνω έρευνες και ακολούθησε μια δεύτερη μελέτη, το 1992, για την απόκτηση μιας γενικής άποψης, σε σχέση με τις ευκαιρίες που παρουσιάζονταν στις χώρες, προκειμένου να εναρμονίσουν τις μετρήσεις για τους δείκτες "Υγεία για Όλους" και
- μια πιο αναλυτική μελέτη έγινε το 1993 – 1994 για να εκτιμήσει τις εμπειρίες από τη χρησιμοποίηση έξι (προτεινόμενων) οργάνων μέτρησης.

Η εμπειρία μετά από πέντε χρόνια συνεδρίων και μελετών έδειξε ότι στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει διάχυτο το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη των ΕΜΥΕ. Τώρα γενικά αναγνωρίζεται ότι η πληροφόρηση, που προέρχεται από τις έρευνες (κάλυψη του γενικού πληθυσμού, ενοποιημένα δεδομένα πάνω στην υγεία, τρόπος ζωής, χρήση των υπηρεσιών υγείας, χαρακτηριστικά ιστορικού) είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Οι έρευνες έδειξαν ότι είναι ένα χρήσιμο όργανο για τον έλεγχο της υγείας και της συμπεριφοράς υγείας των πληθυσμών: η αρμοδιότητα της πολιτικής των ΕΜΥΕ σε εθνικό και διεθνές επίπεδο έχει γερά ιδρυθεί και μεγαλώνει και αυξάνεται ο αριθμός των χωρών, που διενεργεί αυτές τις έρευνες.

Η παραπάνω εμπειρία, επίσης, έδειξε ότι οι διαφορές μεταξύ των ερωτήσεων, που υπάρχουν στις ΕΜΥΕ σε διάφορες χώρες, αν και συχνά είναι περιττές, είναι δύσκολο να ξεπεραστούν. Όταν μια χώρα έχει πραγματοποιήσει μια τέτοια έρευνα, είναι υπέρ αυτής να επαναλάβει την έρευνα εν μέρη, τουλάχιστον, απαράλλαχτη, προκειμένου να εκτιμήσει την τάση του πληθυσμού σε διεθνές επίπεδο. Δυστυχώς σε πολλές περιπτώσεις, οι

περιοχές των χωρών που επιθυμούν να διατηρήσουν μια τέτοια έρευνα παράλληλη, συχνά περιλαμβάνουν σ' αυτή παράλληλους και τους δείκτες "Υγεία για Όλους" για τους οποίους τα Συμβούλια έχουν προτείνει τη χρήση των κοινών οργάνων.

Αν και η προσέγγιση κατανόησης και συμφωνίας για τη δημιουργία αλλαγών είναι μια διαδικασία που απαιτεί την κατανάλωση χρόνου, αυτή η προσέγγιση φαίνεται να αντιστέκεται σε κάθε απόπειρα για την επιτάχυνσή της, το σχέδιο των ΕΜΥΕ είναι επιτυχές ως προς τον πρώτο σκοπό του: την ανάπτυξη κοινών οργάνων μέτρησης, για τους δείκτες "Υγεία για Όλους". Όταν αυτή η διαδικασία της παραπάνω προσέγγισης, χρειάζεται να επεκταθεί, ο δεύτερος σκοπός του σχεδίου των ΕΜΥΕ – η εκτέλεση αυτών των οργάνων – θα πρέπει τώρα ενεργά να επιδιωχθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.: Κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους" στις ΕΜΥΕ σε διάφορες χώρες, 1990

| Χώρα       | Δείκτης "Υγεία για Όλους" |     |     |     |     |     |     |      |      |      |       |       |      |      |      |       | Σύνολο δεικτών |      |
|------------|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-------|-------|------|------|------|-------|----------------|------|
|            | 2.2                       | 3.2 | 4.1 | 4.2 | 4.5 | 4.6 | 4.9 | 16.4 | 16.6 | 16.7 | 16.10 | 16.11 | 17.2 | 17.3 | 17.6 | 17.10 |                | 24.3 |
| Αυστρία    | x                         | x   | x   | x   |     | x   | x   |      |      |      | x     |       |      |      |      | x     | x              | 9    |
| Βέλγο      |                           |     |     |     |     | x   |     |      |      |      | x     | x     | x    | x    | x    | x     |                | 7    |
| Βουλγαρία  | x                         | x   | x   | x   | x   | x   |     | x    | x    | x    | x     |       | x    |      |      | x     | x              | 13   |
| Δανία      | x                         | x   | x   | x   | x   |     | x   |      |      | x    | x     | x     | x    |      | x    | x     |                | 12   |
| Φιλανδία   | x                         | x   | x   | x   |     | x   | x   |      |      | x    | x     | x     | x    | x    | x    | x     | x              | 14   |
| Γαλλία     | x                         | x   | x   | x   | x   | x   | x   |      |      |      | x     | x     | x    | x    | x    | x     |                | 13   |
| Γερμανία   | x                         | x   |     | x   |     |     | x   |      |      |      |       |       |      |      |      | x     |                | 5    |
| Ουγγαρία   | x                         |     | x   | x   |     | x   | x   | x    |      |      | x     | x     | x    |      |      | x     |                | 10   |
| Ισλανδία   | x                         | x   |     | x   |     |     | x   |      |      | x    | x     | x     | x    |      |      | x     |                | 9    |
| Ιρλανδία   | x                         | x   |     | x   |     |     | x   |      |      |      |       |       |      |      |      |       | x              | 5    |
| Ισραήλ     | x                         | x   |     | x   |     |     |     | x    |      |      |       |       |      |      |      | x     |                | 5    |
| Ιταλία     | x                         | x   | x   | x   |     | x   | x   |      |      | x    | x     | x     | x    | x    | x    | x     | x              | 14   |
| Ολλανδία   | x                         | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x    | x    | x    | x     | x     | x    |      | x    | x     |                | 15   |
| Νορβηγία   | x                         | x   | x   | x   |     | x   | x   |      |      | x    |       | x     | x    |      | x    | x     | x              | 12   |
| Πολωνία    | x                         | x   | x   | x   |     | x   | x   | x    |      | x    |       | x     |      |      |      | x     |                | 10   |
| Πορτογαλία | x                         | x   | x   |     |     | x   |     |      |      |      |       |       | x    |      |      | x     |                | 6    |
| Ισπανία    | x                         | x   | x   | x   |     | x   | x   |      |      | x    | x     | x     | x    |      | x    | x     |                | 12   |
| Σουηδία    | x                         | x   | x   | x   | x   | x   | x   |      |      | x    | x     |       | x    |      | x    | x     | x              | 13   |
| Ελβετία    | x                         | x   | x   | x   | x   | x   | x   |      |      | x    | x     | x     | x    |      | x    | x     |                | 13   |
| Τουρκία    |                           |     |     |     |     |     |     |      | x    |      |       |       |      |      |      |       | x              | 2    |

(Πίνακας 1 συνεχίζεται)

(Πίνακας 1 συνέχεια)

| Χώρα  | Δεύτερης "Υγεία για Όλους" |     |     |     |     |     |     |      |      |      |       |       |      |      |      |       |      |                |
|---|----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-------|-------|------|------|------|-------|------|----------------|
|   | 2.2                        | 3.2 | 4.1 | 4.2 | 4.5 | 4.6 | 4.9 | 16.4 | 16.6 | 16.7 | 16.10 | 16.11 | 17.2 | 17.3 | 17.6 | 17.10 | 24.3 | Σύνολο δεικτών |
| Βρετανία  | x                          | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x    | x    | x    | x     | x     | x    |      |      | x     | x    | 15             |
| Σύνολο δεικτών που καλύπτονται από τις χώρες της Ε.Ε. | 19                         | 18  | 15  | 18  | 7   | 15  | 16  | 5    | 5    | 12   | 14    | 13    | 15   | 4    | 10   | 19    | 9    |                |
| Αυστραλία   | x                          | x   | x   | x   |     | x   | x   |      | x    | x    | x     |       | x    | x    | x    | x     |      | 13             |
| Καναδάς   | x                          | x   | x   | x   |     | x   | x   |      |      | x    | x     | x     | x    | x    | x    | x     |      | 13             |
| Ιαπωνία   | x                          |     | x   | x   |     | x   | x   |      |      | x    | x     | x     | x    |      |      | x     |      | 10             |
| Η.Π.Α.  | x                          | x   | x   |     |     | x   | x   |      | x    | x    | x     | x     | x    |      |      | x     |      | 11             |
| Σύνολο δεικτών που καλύπτονται από 25 χώρες           | 23                         | 21  | 19  | 21  | 7   | 19  | 20  | 5    | 7    | 16   | 18    | 16    | 19   | 6    | 12   | 23    | 9    |                |

Πηγή: Evers



**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.: Απεικόνιση των τριών συμβουλίων και των θεμάτων συζήτησης, αναφορικά με την ανάπτυξη κοινών μεθόδων και οργάνων για τις ΕΜΥΕ**

| Συμβούλιο | Περίοδος               | Συμμετοχή ατόμων<br>(χωρών) | Μελέτες<br>συμμετεχόντων | Κύρια θέματα συζήτησης  |
|-----------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|
| Πρώτο     | 21-23 Ιουνίου 1988     | 19<br>(13)                  | 6                        | Επιλογή των δεικτών "Υγεία για Όλους" για την κάλυψή τους από τις ΕΜΥΕ<br>Μεθοδολογικά θέματα για τις ΕΜΥΕ<br><br>Μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους" αναφορικά με<br>- προσλαμβανομένη υγεία<br>- μακροχρόνια ανικανότητα<br>- κάπνισμα<br>- βάρος γέννησης<br>- θηλασμός  |
| Δεύτερο   | 18-20 Σεπτεμβρίου 1990 | 22<br>(13)                  | 5                        | Κάλυψη των δεικτών "Υγεία για Όλους" στις ΕΜΥΕ<br>Προαγωγή των ΕΜΥΕ και χρήση των προτεινόμενων οργάνων για τη μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους".<br><br>Μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους" αναφορικά με:<br>- κοινωνικο-οικονομική ταξινόμηση<br>- προσδόκιμο επιβίωσης χωρίς ανικανότητα<br>- μακροχρόνια ανικανότητα<br>- βάρος σώματος<br>- χρόνιες σωματικές καταστάσεις υγείας<br>- σωματική δραστηριότητα |

(Πίνακας 2 συνεχίζεται)

(Πίνακας 2 συνέχεια)

| Συμβούλιο | Περίοδος               | Συμμετοχή ατόμων<br>(χωρών) | Μελέτες<br>συμμετεχόντων | Κύρια θέματα συζήτησης  |
|-----------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|
| Τρίτο     | 22-24 Σεπτεμβρίου 1992 | 22<br>(12)                  | 7                        | Διεθνείς συγκρίσεις των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων από την αυτο-αναφερόμενη υγεία<br>Προαγωγή χρήσης των προτεινόμενων οργάνων<br><br>Μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους" αναφορικά με<br>- σωματική δραστηριότητα<br>- πνευματική υγεία (καταστάσεις και ανικανότητες)<br>- προσδόκιμο επιβίωσης χωρίς ανικανότητα<br>- κατανάλωση τροφής<br>- κατανάλωση αλκοόλ |

Πηγή: Evers

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΜΥΕ

#### 4.1. Γενικά

Σ' αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται τα πιο σημαντικά μέρη της μεθοδολογίας των ΕΜΥΕ, αναφορικά με τη μέτρηση της υγείας και των δεικτών, που σχετίζονται με την υγεία γενικότερα και ειδικότερα στη μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους". Παρόλα αυτά, αυτό το κεφάλαιο δεν είναι ένας πλήρης οδηγός για το σχεδιασμό και τη διεύθυνση μιας ΕΜΥΕ. Για το σκοπό αυτό αναφέρεται γενικά η βιβλιογραφία για τη μεθοδολογία της έρευνας και ειδικά για τη μεθοδολογία των ΕΜΥΕ.

Μεθοδολογικές απόψεις για τις έρευνες, όπως είναι οι μέθοδοι συλλογής των δεδομένων υγείας και το σχέδιο του δείγματος, είναι πολύ σημαντικές, εξαιτίας της επίδρασής τους πάνω στην ποιότητα των δεδομένων υγείας. Όπως τόνισε και ο Gartwright "τα δεδομένα από μια έρευνα μπορεί να είναι τόσο καλά, όσο και η πιο αδύναμη διαδικασία για τη συλλογή τους". Η ποιότητα των δεδομένων που συλλέγονται καθορίζεται από την ισχύ και την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου και από έναν αριθμό από άλλους παράγοντες που συνδέονται με την κάλυψη του πληθυσμού και από τα χαρακτηριστικά του ερωτώντα, του απαντούντος. Η ισχύ και η αξιοπιστία των δεδομένων από την έρευνα θα πρέπει να εκτιμούνται απλά και γι' αυτό είναι επιθυμητό όλες οι έρευνες να περιλαμβάνουν ελέγχους αξιοπιστίας και ισχύος. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η διεθνής συνεργασία και η ανταλλαγή γνώσης πάνω σε αυτά τα θέματα.

Κάποια μεθοδολογικά θέματα συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια των συμβουλίων, καταλήγοντας σε μερικές γενικές συστάσεις. Ένας άλλος αριθμός θεμάτων, που είναι σημαντικά για την ικανότητα σύγκρισης μεταξύ

των χωρών, όπως ο καθορισμός μιας δεδομένης ηλικίας και ο καθορισμός του βάρους στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει απάντηση για το ερωτηματολόγιο υγείας, δεν έχουν συζητηθεί ακόμη και αναφέρονται εν συντομία σ' αυτό το κεφάλαιο. Επίσης, σημαντική είναι η ανταλλαγή εμπειρίας πάνω σε αυτά τα θέματα, προκειμένου να βελτιώνεται συνεχώς η ποιότητα των στατιστικών ερευνών.

Τα επόμενα κεφάλαια καλύπτουν τη συλλογή των δεδομένων υγείας, τον πληθυσμό (δείγμα, μέγεθος, δομή) και το σύνολο των μελετών, που σχετίζονται με την επεξεργασία των δεδομένων υγείας και τη παρουσίασή τους. Τα συμπεράσματα από τα συμβούλια ενσωματώνονται στα παρακάτω κεφάλαια.

#### 4.2. Συλλογή των Δεδομένων

Πριν αρχίσει η συλλογή των δεδομένων, θα πρέπει να παρθούν πολλές αποφάσεις και να γίνουν επιλογές, αναφορικά με την κατασκευή και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου για μια ΕΜΥΕ, και των θεμάτων που σχετίζονται με αυτή την έρευνα (ορισμός χρονικής περιόδου αναμονής των απαντήσεων, γλώσσα, τρόπος της συλλογής των δεδομένων), των εναλλακτικών λύσεων για τη διενέργεια των προσωπικών συνεντεύξεων (π.χ. ταχυδρομείο, τηλέφωνο), τη χρήση ενδιάμεσων ατόμων για λογαριασμό του ερωτώμενου, τα χαρακτηριστικά των ερωτώντων που χρησιμοποιούν τα ερωτηματολόγια υγείας και τη χρήση των εξετάσεων υγείας.

##### **Η Κατασκευή του Ερωτηματολογίου**

Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε ένα ερωτηματολόγιο καθορίζεται από το σκοπό της έρευνας και από το σχέδιο ανάλυσης, που έχει σχεδιαστεί προκαταβολικά. Για τους περισσότερους από τους δείκτες "Υγεία για Όλους",

που μπορούν να καλυφθούν από τις ΕΜΥΕ, οι μετρήσιμοι στόχοι σε αναλυτικά εργαλεία και οι απαιτήσεις γι' αυτούς τους δείκτες έχουν ορισθεί και συμφωνηθεί. Τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να περιέχουν όλες τις απαραίτητες ερωτήσεις, για το σκοπό της έρευνας και για την ανάλυση των αποτελεσμάτων αυτής και τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια θα πρέπει να είναι, όσο το δυνατόν, πιο απλά και σύντομα, οι ερωτήσεις που πλεονάζουν θα πρέπει να αποφεύγονται προσεκτικά, προκειμένου να ελαχιστοποιούν το βάρος των ερωτήσεων που απευθύνονται στους απαντώντες και για να αυξήσουν γενικά την αποδοτικότητα της έρευνας. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες και ακριβείς σε επίπεδο όπου και το λιγότερο προικισμένο πνευματικά άτομο, να μπορεί να τις απαντήσει.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μπορούν να έχουν κωδικοποιημένες απαντήσεις ή να επιτρέπουν τις ανοιχτές απαντήσεις. Οι περισσότερες ερωτήσεις στις ΕΜΥΕ έχουν έτοιμες κατηγορίες απαντήσεων, από τις οποίες ο απαντών μπορεί να επιλέξει μία ή περισσότερες απαντήσεις. Το σχέδιο αυτού του τύπου των ερωτήσεων είναι πιο δύσκολο, εξαιτίας όλων των πιθανών απαντήσεων που θα πρέπει να περιλαμβάνουν. Τα πλεονεκτήματα σε αυτή την περίπτωση είναι ότι καταγράφεται αμέσως η απάντηση που δίνεται από τον ερωτώμενο στην κατάλληλη κατηγορία των απαντήσεων. Με τις ανοιχτές ερωτήσεις ο απαντών διαμορφώνει τις δικές τους / της απαντήσεις, οι οποίες καταγράφονται κατά λέξη πάνω στο ερωτηματολόγιο.

Αν και τέτοιες ερωτήσεις είναι μερικές φορές αναπόφευκτες, η ερμηνεία και η ταξινόμηση των απαντήσεων απαιτεί μεγαλύτερη ικανότητα και επιπρόσθετη προσπάθεια και από τις δύο πλευρές, των ερωτώντων και απαντούντων.

Είναι επιθυμητό, στο πρόγραμμα της συνέντευξης, να απευθύνονται στους απαντούντες μόνο εκείνες οι ερωτήσεις που είναι σχετικές με αυτούς. Για παράδειγμα, ένας άνδρας δεν θα πρέπει να ερωτάται για ασθένειες που προσβάλλουν τις γυναίκες και αντίστροφα, όπως και ένας φοιτητής δεν θα

πρέπει να ερωτάται για το επάγγελμα που αυτός ή αυτή ασκεί. Εκτός από τη χρήση εντελώς διαφορετικών ερωτηματολογίων για διαφορετικές ομάδες από απαντούντες, συχνά χρησιμοποιείται μια ειδική σειρά στις ερωτήσεις. Τέτοια σειρά είναι, επίσης, απαραίτητη όταν για ορισμένα τμήματα του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιείται μια διαδικασία που απαιτεί δύο ή περισσότερα στάδια. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται, επίσης, ερώτηση υπό όρους: ο απαντών προχωρεί στο επόμενο στάδιο μόνο εάν η απάντηση πληροί τον όρο της ερώτησης, ή αν οι ερωτήσεις στο πρώτο στάδιο έχουν συγκεκριμένες ειδικές τιμές. Για παράδειγμα, αυτή η διαδικασία χρησιμοποιείται συχνά για την εκτίμηση των πνευματικών προβλημάτων υγείας.

Η περίπλοκη πορεία της διεξαγωγής των ερωτήσεων δημιουργεί υψηλές απαιτήσεις, πάνω στο σχεδιασμό και τη διάταξη του ερωτηματολογίου και αυξάνει το φόρτο εργασίας για τον ερωτώντα ή στην περίπτωση των ερωτηματολογίων που διαχειρίζονται απευθείας από τον απαντώντα.

Στις κατά πρόσωπο συνεντεύξεις και στις τηλεφωνικές συνεντεύξεις, δημιουργούνται προβλήματα από την περίπλοκη πορεία της διεξαγωγής των ερωτήσεων, που μπορούν να επιλυθούν με τη χρησιμοποίηση της σχετικής που αφορά τη διαδικασία διενέργειας της συνέντευξης με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού υπολογιστή (computer assisted interviewing, CAI), η οποία ήδη εφαρμόζεται σε μερικές χώρες. Το CAI απαιτεί υψηλή εξειδίκευση για τη φάση προετοιμασίας, αλλά από τη στιγμή που έχει επιτευχθεί η λειτουργικότητα, επιτυγχάνονται σημαντικά οφέλη στη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων οι ευρείας – κλίμακας έρευνες. Επειδή, συνήθως, οι ΕΜΥΕ περιλαμβάνουν έναν μεγάλο αριθμό από ερωτήσεις, θα πρέπει να χρησιμοποιείται κάποια λογική σειρά στη διεξαγωγή των ερωτήσεων, η οποία σειρά θα καθορίζεται στη βάση της γνώσης για την ψυχολογία και τη συμπεριφορά του ατόμου, στο οποίο αυτές οι ερωτήσεις απευθύνονται. Για παράδειγμα, μια γενική ερώτηση πάνω σε ένα συγκεκριμένο θέμα υγείας

μπορεί να γίνει πριν ή μετά από κάποιες ειδικές ερωτήσεις, πάνω στο ίδιο θέμα υγείας. Το πλεονέκτημα των ερωτήσεων, που απευθύνονται στον απαντούντα, πάνω στο συγκεκριμένο θέμα υγείας και μετά η γενική ερώτηση πάνω στο ίδιο θέμα, μπορεί να συνοψίσει τις απόψεις του γι' αυτό. Παρόλα αυτά, μερικές φορές, μια γενική συμπεριφορά υγείας (προσλαμβάνουσα υγεία) μπορεί να επηρεαστεί όταν έχουν ήδη αναφερθεί συγκεκριμένα θέματα υγείας (π.χ αρρώστιες), γι' αυτό το λόγο αυτή δεν είναι η κατάλληλη προσέγγιση της σειράς των ερωτήσεων, που θα πρέπει να ακυρωθεί. Η επιρροή που ασκεί η σειρά της ερώτησης στη διάθεση του απαντώντα, θα πρέπει να μελετηθεί, επίσης όταν σχεδιάζονται οι επαναλαμβανόμενες έρευνες: οι διαφορές στο σχεδιασμό των επαναλαμβανόμενων ερευνών μπορεί να επηρεάζει την ικανότητα σύγκρισης των παραπάνω ερευνών από χρόνο σε χρόνο.

Επιθυμητό είναι τα ερωτηματολόγια των ερευνών να περιλαμβάνουν όργανα με αποδεδειγμένη ισχύ και αξιοπιστία.

### Μνήμη

Στο βαθμό που οι ερωτήσεις βασίζονται στη μνήμη του απαντώντα, αυτές θα πρέπει να ελαχιστοποιούνται, επειδή μπορεί οι απαντήσεις να είναι προκατειλημμένες. Το μέγεθος της προκατάληψης εξαρτάται από το πότε έγινε το περιστατικό για το οποίο ερωτάται ο ασθενής. Για παράδειγμα, για τη συλλογή δεδομένων πάνω στην προσωρινά περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, η χρονική περίοδος για την οποία ζητείται από ένα άτομο να αναφέρει την περιορισμένη φυσική δραστηριότητα δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις δύο εβδομάδες, εξαιτίας της ελλιπούς αναφοράς ή της υπερβολικής αναφοράς για την περιορισμένη φυσική δραστηριότητα ως αποτέλεσμα των κενών μνήμης που παρουσιάζονται, όταν χρησιμοποιούνται μεγαλύτερες χρονικές περιόδους. Όμοια μπορούν να υπάρχουν προβλήματα όταν ζητείται από τους απαντούντες να θυμηθούν ακριβώς τον αριθμό των αλκοολούχων

ποτών που έχουν καταναλώσει τις προηγούμενες επτά ημέρες. Είναι πιθανός ο σχεδιασμός ημερολογίου και η εύρεση άλλων βοηθειών για τη μνήμη, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν δυσκολίες όπως εκείνες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ακόμη περισσότερο, είναι απαραίτητο να εξεταστεί η διακύμανση της αναφοράς για τη χρονική περίοδο στην οποία αναφέρεται, για να υπολογιστεί το σφάλμα και πιθανόν, να γίνουν και διορθώσεις για να το λάβουν υπόψη τους.

### Γλώσσα

Πολλές χώρες έχουν μέσα στο πληθυσμό τους μειονότητες, οι οποίες ίσως δεν γνωρίζουν με ευχέρεια την κύρια γλώσσα και γι' αυτό είναι ανίκανες να συμμετέχουν σε μια έρευνα, εάν το ερωτηματολόγιο υγείας είναι διαθέσιμο μόνο σε αυτή τη γλώσσα. Θα πρέπει να μελετηθεί η χρήση των ερωτηματολογίων υγείας σε διαφορετικές γλώσσες ή η χρήση των διερμηνέων, όταν δεν είναι στο περιθώριο το αποτέλεσμα που προσδοκάται από τον αποκλεισμό αυτών των πληθυσμιακών ομάδων, από τις έρευνες με τη χρήση των ερωτηματολογίων υγείας.

Γενικά, υπάρχει κάποια απώλεια στην τυποποίηση των ερωτήσεων όταν χρησιμοποιούνται διαφορετικές γλώσσες: δεν είναι πάντα πιθανόν να βρεθούν λέξεις ή φράσεις με το ίδιο, ακριβώς, νόημα. Ακόμη περισσότερο η σημασία της υγείας και των προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία, μπορεί να διαφέρει ουσιαστικά ανάμεσα σε διαφορετικές κουλτούρες. Αυτοί οι περιορισμοί είναι ακόμη πιο σοβαροί όταν χρησιμοποιούνται διερμηνείς, γιατί ο ερευνητής δεν είναι σε θέση για να ελέγξει την ποιότητα της μετάφρασης.



### 4.3. Ενδιάμεσοι που Απαντούν στη Θέση των Ερωτώμενων Κατά τη Διάρκεια της Συνέντευξης Υγείας

Το βασικό σχέδιο πολλών ερευνών είναι η συλλογή δεδομένων που προέρχονται από συνέντευξη με τη συμμετοχή ατόμων ως κατόχων του δείγματος που αφορά τον πληθυσμό, με την προέλευση αυτών των ατόμων από νοικοκυριά ή από ταχυδρομικές διευθύνσεις. Η πληροφόρηση για το νοικοκυριό μπορεί να συλλεχθεί από ένα άτομο, το οποίο ενεργεί ως το ενδιάμεσο άτομο για τα άλλα άτομα του νοικοκυριού. Αυτή είναι μια χρήσιμη προσέγγιση και γι' αυτό το λόγο τους ενδιάμεσους, για τους ερωτώμενους που χρησιμοποιούνται συχνά για την απόκτηση πληροφόρησης για τα παιδιά, και σε μερικές περιπτώσεις για τα άτομα με πνευματικές και με ανικανότητες σε μια από τις αισθήσεις τους. Η συμμετοχή του ενδιάμεσου που απαντά στη θέση του ερωτώμενου, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υγείας, δεν είναι κατάλληλη σε ορισμένες περιοχές του πιθανού περιεχομένου των ερευνών υγείας, όπως για παράδειγμα στις ερωτήσεις που αφορούν τα αισθήματα.

Υπάρχει ένδειξη ότι οι λεπτομέρειες για συγκεκριμένα σωματικά ελαττώματα, ή για ανικανότητες, σε μια από τις αισθήσεις, μπορούν δύσκολα να εκτιμηθούν από ένα ενδιάμεσο άτομο που ενεργεί για λογαριασμό του ερωτώμενου. Αυτό αφορά εκείνα τα ενδιάμεσα άτομα που συμμετέχουν στη συνέντευξη υγείας για θέματα πνευματικής υγείας και άλλα θέματα, την οποία τα άτομα θέλουν να την κρύψουν ακόμη και από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους. Για την προσλαμβάνουσα υγεία, ο Van Sonsbeek δεν βρήκε – σε κανένα συνολικό επίπεδο μέσα στο γενικό πληθυσμό – ως το αποτέλεσμα της συνέντευξης τη συμμετοχή ενδιάμεσου ατόμου που απαντά στη θέση του ερωτώμενου.

Η συμμετοχή του ενδιάμεσου ατόμου για τον ερωτώμενο δικαιολογείται όταν ο πραγματικός πληροφοριοδότης εξαρτάται από το ενδιάμεσο άτομο. Αυτό συμβαίνει στην περίπτωση των μικρών παιδιών και στην περίπτωση των βαριά άρρωστων ατόμων ή των αναπήρων. Το ενδιάμεσο άτομο όχι μόνο

είναι ικανό να απαντήσει με πληρότητα και ακρίβεια στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου υγείας κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υγείας, αλλά και από ηθική άποψη μια τέτοια προσέγγιση είναι αποδεκτή για τις παραπάνω περιπτώσεις των συγκεκριμένων ερωτώμενων ασθενών. Στις έρευνες που βασίζονται στο νοικοκυριό, υπάρχουν δύο άλλες ομάδες ατόμων, οι οποίες είναι δύσκολο να προσεγγιστούν για τη διενέργεια της συνέντευξης υγείας: οι παντρεμένοι άνδρες και οι νέοι ανύπαντροι άνδρες. Για τις παραπάνω ομάδες ατόμων συμμετέχουν ενδιάμεσα άτομα στη διενέργεια της συνέντευξης υγείας.

Ο όρος "η επίδραση του ενδιάμεσου" (proxy effect) χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα στατιστικά σφάλματα που παρουσιάζονται όταν η αναφορά του πραγματικού πληροφοριοδότη παρεκκλίνει από την αναφορά του ενδιάμεσου ατόμου. Στις περιπτώσεις όπου είναι πιθανή η ύπαρξη των επιδράσεων των ενδιάμεσων έχουν ήδη αναφερθεί παραπάνω. Ένας αριθμός από πρόσφατες έρευνες δεν θα μπορούσε να παρουσιάσει μια επίδραση του ενδιάμεσου για σοβαρά προβλήματα υγείας.

Οι γνώμες διαφέρουν ουσιαστικά για το ρόλο της συνέντευξης που διενεργείται με τη συμμετοχή ενός ενδιάμεσου ατόμου στη θέση του ερωτώμενου, σε σχέση με τους δείκτες υγείας, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα.

Από τη μια πλευρά μπορεί να ειπωθεί ότι αυτός ο τύπος συνέντευξης μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερες και πιθανότατα πιο αληθείς εκτιμήσεις για την κατανάλωση αλκοόλ από την αυτο-αναφορά σε περιοχές όπου τέτοιες συνήθειες θεωρούνται κοινωνικά ανεπιθύμητες. Από την άλλη πλευρά η υποβολή ερωτήσεων στο ενδιάμεσο άτομο, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης υγείας, μπορεί να μην πληροφορεί επαρκώς – γιατί ορισμένοι άνθρωποι δεν επιθυμούν να αποκαλύψουν τη συμπεριφορά τους στους άλλους – ειδικότερα οι σύζυγοι και οι γονείς – με κάθε λεπτομέρεια και ακρίβεια.

Η φιλοσοφία της συμμετοχής των ενδιάμεσων ατόμων για τα ερωτώμενα

άτομα διαφέρει ανάλογα με τη χώρα. Όταν στη Βρετανία οι συνεντεύξεις με τη συμμετοχή των ενδιαμέσων ατόμων στη θέση των ερωτώμενων είναι αποδεκτές μόνο ως έσχατη λύση, στη Γαλλία και την Ολλανδία αυτές οι συνεντεύξεις διενεργούνται ως πάγια τακτική. Προκειμένου να εμποδιστεί η περίπτωση της μη – απάντησης αυτές οι συνεντεύξεις, όπου η επίδραση του ενδιαμέσου (proxy effect) είναι συνήθης. Για τα άλλα μέρη της συνέντευξης είναι πιθανό ο ερωτώμενος να αφήσει το ερωτηματολόγιο υγείας να συμπληρωθεί από τον πραγματικό πληροφοριοδότη και αργότερα να το πάρει.

#### **4.4. Κατά Πρόσωπο Συνεντεύξεις και Συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου από τον Απαντώντα**

Η μέθοδος που προτιμάται για τη συλλογή των δεδομένων στις έρευνες υγείας είναι οι προσωπικές ή οι κατά πρόσωπο συνεντεύξεις, κατά τις οποίες ο ερωτών απευθύνει τις ερωτήσεις στον απαντώντα και στη συνέχεια εκτιμά τις απαντήσεις που παίρνει από τον απαντώντα, συνήθως με τη χρησιμοποίηση ενός ερωτηματολογίου υγείας. Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ότι οι αξίες των απαντήσεων είναι γενικά υψηλότερες και τα ερωτηματολόγια υγείας συμπληρώνονται πλήρως, παρά με τη χρησιμοποίηση κάποιων άλλων μεθόδων. Παρόλα αυτά για κάποια θέματα υγείας είναι προτιμότερο να δίνεται το ερωτηματολόγιο στον απαντώντα για να το συμπληρώσει. Οι μέθοδοι της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, από τον απαντώντα, προτιμούνται, συνήθως, όταν το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε κάποιο ευαίσθητο θέμα υγείας (όπως αλκοόλ, ναρκωτικά, αντισύλληψη και σεξουαλική συμπεριφορά) ή και στην περίπτωση που είναι δύσκολη η εξασφάλιση απόλυτης μυστικότητας για τη διενέργεια μιας συνέντευξης. Μια μέθοδος είναι η παρουσίαση του ερωτηματολογίου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και η διάθεση χρόνου στον απαντώντα για να το συμπληρώσει,

πριν συνεχίσει τη συνέντευξη με τον ερωτώντα.

Μια άλλη μέθοδος είναι μετά τη συνέντευξη να αφήσει το ερωτηματολόγιο ο ερωτώντας στον απαντώντα για να το συμπληρώσει και να το πάρει αργότερα. Με αυτή τη μέθοδο όλες οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις συμπληρώνονται από τον απαντώντα με απόλυτη μυστικότητα, αν και θα πρέπει να τονισθεί ότι οι άνθρωποι προτιμούν καλύτερα να συμμετέχουν σε μεγάλες συνεντεύξεις, παρά να συμπληρώνουν μεγάλα ερωτηματολόγια.

Σε μια άλλη μέθοδο ο ερωτών απευθύνει τις ερωτήσεις στον απαντώντα και ο τελευταίος απαντά βλέποντας μια κάρτα που έχει γραμμένες όλες τις ομάδες των απαντήσεων για τις συγκεκριμένες ερωτήσεις, που του απευθύνονται. Αυτή η διαδικασία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για δύο λόγους: για να πληροφορήσει τον απαντώντα σχετικά με όλες τις πιθανές απαντήσεις που μπορεί να δώσει για κάθε ερώτηση που του απευθύνεται και – στην περίπτωση που οι απαντήσεις κωδικοποιούνται – για να ενθαρρύνει τον απαντώντα να δώσει τη σωστή απάντηση, παρά μια απάντηση που είναι κοινωνικά αποδεκτή (είναι πιθανή η διενέργεια των συνεντεύξεων υγείας με αυτό τον τρόπο, χωρίς να γνωρίζει τις απαντήσεις ο ερωτώντας).

### Ταχυδρομικές και Τηλεφωνικές Έρευνες

Η ευρείας κλίμακας εθνικές έρευνες κοστίζουν και υπάρχει διαρκής πίεση για την εύρεση εναλλακτικών μεθόδων για τη διενέργεια της συνέντευξης. Οι ταχυδρομικές έρευνες και οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις είναι φθηνότερες από τις κατά πρόσωπο συνεντεύξεις.

Η τηλεφωνική συνέντευξη είναι μια μέθοδος έρευνα για την υγεία, που είναι σχετικά φθηνή και ευέλικτη. Παρόλα αυτά, σήμερα, η πρόσβαση στις τηλεφωνικές υπηρεσίες δεν είναι επαρκώς διαδεδομένη σε πολλές χώρες: η κατοχή τηλεφώνου, συνήθως, είναι ένα πλεονέκτημα για εκείνες τις πληθυσμιακές ομάδες που ανήκουν σε ομάδες με υψηλότερο επίπεδο υγείας. Άλλα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ο σύντομος χρόνος της

επικοινωνίας, έχουμε τόσο πιο συχνά αποτελέσματα με λιγότερο ολοκληρωμένη πληροφόρηση και περισσότερες απαντήσεις "δεν ξέρω", επίσης είναι το λιγότερο ικανό μέσο για την απόκτηση δεδομένων, πάνω σε ευαίσθητα θέματα υγείας.

Η συμμετοχή των ηλικιωμένων, άνω των 65 ετών, θα είναι μεγαλύτερη στο δείγμα δεδομένου ότι αυτοί λόγω ηλικίας θα βρίσκονται συνήθως στο σπίτι και επομένως θα απαντήσουν στο τηλέφωνο. Για τις ΕΜΥΕ, οι τηλεφωνικές μέθοδοι δεν προτείνονται ως η μοναδική πηγή πληροφόρησης, για τις συγκεκριμένες έρευνες, αλλά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συμπληρωματικούς σκοπούς ή για σκοπούς ελέγχου και επικύρωσης των απαντήσεων.

Οι ταχυδρομικές μέθοδοι έχουν, επίσης, γνωστά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Δύο σημαντικά μειονεκτήματα, είναι ο χαμηλός ρυθμός των απαντήσεων και οι δυσκολίες από την αναγνώριση του δείγματος, που προκύπτουν από τη χρήση των υπάρχοντων αρχείων με ταχυδρομικές διευθύνσεις. Ο ρυθμός της απάντησης, επίσης, εξαρτάται από την έκταση του ερωτηματολογίου: όσο πιο μεγάλο είναι το ερωτηματολόγιο, τόσο πιο χαμηλός είναι ο ρυθμός των απαντήσεων. Ενώ οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις, γενικά, αποφέρουν τους υψηλότερους βαθμούς απαντήσεων, οι ταχυδρομικές συνεντεύξεις μπορούν να παρέχουν δεδομένα υψηλότερης ποιότητας, όπως για παράδειγμα στα ευαίσθητα θέματα υγείας.

Οι ταχυδρομικές μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά για συγκεκριμένους πληθυσμούς ή σκοπούς. Ένα παράδειγμα είναι η πληροφόρηση για τις πρακτικές διατροφής των νηπίων. Η εμπειρία έχει δείξει ότι είναι πιο εύκολη η πρόσβαση σε γυναίκες που πρόσφατα γέννησαν και αυτές οι γυναίκες – που τις αφορά άμεσα το θέμα της έρευνας – παράγουν υψηλά επίπεδα απαντήσεων. Η χρήση των μεθόδων επιλογής δείγματος από τα ταχυδρομικά αρχεία είναι περισσότερο αποδοτική στη δειγματοληψία, για την οποία απαιτείται περαιτέρω μελέτη, όπως είναι για τα άτομα με

ανικανότητες ή τις γυναίκες σε ηλικία κυοφορίας.

#### 4.5. ΕΜΥΕ και ΕΜΥΕΥ

Έρευνες, που αποτελούνται από εξετάσεις υγείας για τη διενέργειά τους, όπως οι σωματικές εξετάσεις υγείας, η εξέταση για την εκτίμηση της λειτουργίας των πνευμόνων και της καρδιάς, η εξέταση σε εργαστήριο για τη μέτρηση του αίματος και των ούρων κ.τ.λ., γενικά αποκαλούνται ως Έρευνες για τη Μέτρηση της Υγείας με τη χρήση Εξετάσεων Υγείας (Health examination surveys). Εάν και τα περισσότερα θέματα υγείας που συνήθως περιέχονται σε μια έρευνα υγείας, μπορούν να ερευνηθούν με τη χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου που περιέχει δομημένες ερωτήσεις για τη διενέργεια μιας προσωπικής συνέντευξης υγείας (ΕΜΥΕ), αυξάνεται συνεχώς το πεδίο για τη συμπεριλαβή άλλου είδους μετρήσεων και τεστ για τη διενέργεια μια έρευνας υγείας. Για συγκεκριμένους τύπους από σωματικές δυσλειτουργίες (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα), οι εξετάσεις υγείας είναι σημαντικές γιατί παρέχουν αντικειμενική πληροφόρηση για την ασθένεια ή και για τους παράγοντες κινδύνου, που την αφορούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα δεδομένα που προέρχονται από μια εξέταση υγείας και εκείνα τα δεδομένα που προέρχονται από μια συνέντευξη υγείας, θα πρέπει στην ιδανικότερη περίπτωση να συλλέγονται ως ένα μέρος από τη διαδικασία της ίδιας έρευνας υγείας, γιατί τα πρώτα με τα δεύτερα δεδομένα είναι συμπληρωματικά μεταξύ τους. Όπου αυτό δεν είναι δυνατό, θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες για τη σύνδεση των παραπάνω δεδομένων με κάποιον τρόπο.

##### Ερωτώντες

Ο ερωτώντας εκτός από το καθήκον να απευθύνει τις ερωτήσεις με τη

σειρά που είναι γραμμένες στο ερωτηματολόγιο και της σημείωσης των απαντήσεων, πρέπει να βρει και να αναγνωρίσει τα κατάλληλα άτομα, τα οποία θα πάρουν μέρος στη συνέντευξη, να πείσει αυτά τα άτομα για να συνεργαστούν, για την έρευνα υγείας, να ξεκαθαρίσει συγκεκριμένα θέματα, να ρωτήσει συμπληρωματικές ερωτήσεις, εάν χρειάζεται και να διαμορφώσει τα διάφορα ηθικά πρότυπα. Οι ερωτώντες για τις ΕΜΥΕ, συνήθως, δεν είναι επαγγελματίες σε θέματα υγείας, και δεδομένου των παραπάνω απαιτήσεων που αναφέρθηκαν για τα καθήκοντά τους, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στην επιλογή τους, στην εκπαίδευσή τους και στην επίβλεψή τους. Όταν οι εξετάσεις υγείας συμπεριλαμβάνονται σε μια συνέντευξη, ίσως χρειαστεί το επαγγελματικό προσωπικό, που αποτελείται από τους ερωτώντες να ξαναστρατολογηθεί και να εκπαιδευτεί. Η εμπειρία από το Γραφείο Απογραφής του Πληθυσμού και Ερευνών του Λονδίνου, έχει επιδείξει ότι η παραπάνω διαπίστωση είναι δυνατή με την προσεκτική εκπαίδευση και το προσεκτικό έλεγχο με επαγγελματίες ερωτώντες και με την καθιέρωση ενός συγκεκριμένου τύπου εξοπλισμού. Για παράδειγμα, οι διάφοροι ερωτώντες, έχουν κάνει μετρήσεις για το ύψος, το βάρος, την όραση και πιο πρόσφατα, έχουν κάνει μέτρηση της πίεσης του αίματος, χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικά σφυγμομανόμετρα και έχουν συλλέξει 24ωρα δείγματα ούρων.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώντα – φυλή, ηλικία ή φύλο – μπορούν να παράγουν σφάλματα μέτρησης, όταν οι μετρήσεις σχετίζονται με αυτά τα χαρακτηριστικά.

#### **4.6. Πληθυσμός – Δείγμα – Μέγεθος και Δομή**

Το δείγμα για μια ΕΜΥΕ θα πρέπει να αντιπροσωπεύει το γενικό πληθυσμό ή ένα μέρος της χώρας. Το δείγμα μπορεί να σχεδιαστεί με διάφορες μεθόδους, για παράδειγμα, με τη χρησιμοποίηση:

- διευθύνσεων ή ταχυδρομικών αρχείων
- εκλογικών καταλόγων
- πληθυσμιακών καταλόγων
- τηλεφωνικών καταχωρήσεων

Μερικές από αυτές τις μεθόδους δειγματοληψίας μπορεί να οδηγήσουν σε επιλογή μη αντιπροσωπευτικού δείγματος.

Κατά κανόνα οι εκλογικοί κατάλογοι περιέχουν μόνο τα άτομα που είναι από 18 ετών και άνω και έχουν την υπηκοότητα της χώρας. Όπως έχει ήδη τονισθεί η κατοχή τηλεφώνου, ως όρος για τη συμμετοχή των ατόμων στο δείγμα, μπορεί να οδηγήσει σε επιλογή ατόμων με υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Αν και οι διευθύνσεις και τα ταχυδρομικά αρχεία περιέχουν, κυρίως όλες τις διευθύνσεις των κτιρίων μιας χώρας μπορεί, επίσης, να οδηγήσουν σε μη αντιπροσωπευτικό δείγμα, γιατί δεν συμπεριλαμβάνουν εκείνα τα άτομα που δεν ζουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά, όπως είναι οι άστεγοι και οι κάτοικοι των ιδρυμάτων υγείας. Επιπλέον, όταν ένα μόνο άτομο, που ανήκει στο νοικοκυριό συμμετέχει στη συνέντευξη υγείας, οι διευθύνσεις / τα ταχυδρομικά αρχεία και οι τηλεφωνικές καταχωρήσεις, δεν παρέχουν ένα αποδοτικό δείγμα από τα άτομα του νοικοκυριού, γιατί η απάντηση του ατόμου θα πρέπει να ζυγιστεί με βάση το μέγεθος του νοικοκυριού<sup>1</sup>.

Οι πληθυσμιακοί κατάλογοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πλαίσια δείγματος, σε χώρες όπου αυτοί οι κατάλογοι υπάρχουν και είναι διαθέσιμοι ως δημόσια αρχεία για την εξυπηρέτηση σκοπών που σχετίζονται με τη

<sup>1</sup> Για την απόκτηση ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος, το οποίο αφορά ένα άτομο, θα πρέπει ιδανικά να σχεδιαστεί από ένα πληθυσμιακό κατάλογο. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, ένα άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει διεύθυνση, ταχυδρομικούς ή τηλεφωνικούς καταλόγους. Υπάρχει όμως, ένα μειονέκτημα ότι το κάθε άτομο δεν έχει την ίδια πιθανότητα για να επιλεγεί. Εάν επιλέγεται ένα άτομο ανά νοικοκυριό, τότε εκείνα τα νοικοκυριά με μόνο ένα άτομο έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλεγούν από εκείνα τα νοικοκυριά με περισσότερα μέλη. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιείται ένας παράγοντας ζύγισης αντιστρόφως ανάλογος με την ευκαιρία για επιλογή. Αυτός ο παράγοντας είναι επίσης χρήσιμος, εάν περισσότερα από ένα μέλη (αλλά όχι όλα) του νοικοκυριού παίρνουν μέρος στη συνέντευξη, αν και σε αυτή την περίπτωση το πλεονέκτημα της συμμετοχής στη συνέντευξη (σχεδόν) όλων των μελών ενός νοικοκυριού βαραίνει περισσότερο το μειονέκτημα της άισης ευκαιρίας.



συλλογή δειγμάτων. Οι πληθυσμιακοί κατάλογοι φαίνεται να είναι σχεδόν συμπληρωμένοι, σε ορισμένες χώρες, αλλά οι μεταβολές όπως είναι οι αλλαγές των διευθύνσεων μπορούν μόνο να καταχωρηθούν με αργό ρυθμό, καταλήγοντας έτσι σε καταλόγους που δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι. Η στρατηγική της δειγματοληψίας ενός δείγματος, μπορεί να περιέχει διάφορα στάδια, συχνά χρησιμοποιούνται δύο ή ακόμη και τρία στάδια. Για παράδειγμα, στην Ολλανδία χρησιμοποιείται ένα δείγμα για τη διεύθυνση που περιέχει δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο σχεδιάζεται ένα δείγμα από τους δήμους της χώρας, το οποίο, δείγμα, περιλαμβάνει πάντα όλους τους μεγάλους δήμους και στο οποίο οι μικρότεροι δήμοι έχουν την πιθανότητα να συμπεριληφθούν ανάλογα με τον αριθμό των κατοίκων τους. Στο δεύτερο στάδιο, για κάθε δήμο διαλέγεται τυχαία ένας αριθμός από διευθύνσεις. Ένα πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι περιορίζει τον ταξιδιωτικό χρόνο των ερωτώντων.

#### **Μονάδα για τη Συλλογή Δείγματος και Ανάλυση**

Τα χρονικά αποτελέσματα είναι πιθανώς σε υψηλή προτεραιότητα και γι' αυτό ένα απλό σχέδιο που έχει μόνο μια μονάδα δείγματος για ανάλυση – το άτομο – θα ήταν θεμιτό. Το δείγμα των ατόμων, συχνά θα επιλέγεται από διευθύνσεις / οικογένειες. Στην πραγματικότητα είναι απαραίτητο να συμπεριλαμβάνονται όλοι οι κάτοικοι μιας διεύθυνσης / τα μέλη της οικογένειας, για τους σκοπούς της συνέντευξης, χωρίς να δημιουργούνται λάθη. Γι' αυτό το λόγο η προσέγγιση της οικογένειας ή της διεύθυνσης είναι προτιμότερη για τη διενέργεια των ΕΜΕΥ.

Μια προσέγγιση της οικογένειας είναι επίσης επιθυμητή γιατί η χρήση των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, όπως και κάποιες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές για τα μη ενεργά μέλη του νοικοκυριού, π.χ. μη εργαζόμενοι ενήλικες και παιδιά, καθορίζονται από τον αρχηγό της οικογένειας και / ή άλλα εργαζόμενα μέλη αυτής.

Αν και τα δεδομένα της ανάλυσης είναι πρωτίστως βασισμένα σε

ατομικό επίπεδο, πιο περίπλοκες αναλύσεις μπορούν να διεξαχθούν σε κάποιο μετέπειτα στάδιο με τη χρησιμοποίηση των χαρακτηριστικών του νοικοκυριού που είναι διαθέσιμα στη βάση δεδομένων γι' αυτό.

### Μέγεθος

Ο τελικός ορισμός για το μέγεθος του δείγματος, θα βασίζεται πάνω σε λεπτομέρειες των αποτελεσμάτων που απαιτούνται. Όσο πιο ξεκάθαρη είναι η λεπτομέρεια, τόσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του δείγματος, που χρειάζεται να παρέχει αντιρρήσεις μέσα σε αποδεκτά όρια. Το εύρος της λεπτομέρειας είναι, συν τοις άλλοις, καθορισμένο από την ανάγκη παραγωγής ξεχωριστών δεδομένων για μικρότερες γεωγραφικές και / ή περιοχές διαχείρισης μέσα σε μια χώρα και από την ανάγκη για την παροχή τριμηνιαίων δεδομένων. Τέτοιου είδους λεπτομέρειες ίσως να απαιτούνται για σκοπούς διαχείρισης και σχεδιασμού.

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μεγιστοποιήσουν την αξία που αποκτάται από το δείγμα. Αυτές οι στρατηγικές, κυρίως, απευθύνονται στις συνεχόμενες έρευνες. Μια από αυτές είναι ο συνδυασμό των δεδομένων για δύο ή τρία χρόνια, για την επίτευξη του μεγέθους δείγματος που απαιτείται σε σχέση με το μικρότερο γεωγραφικό επίπεδο, ενώ παράλληλα διατηρούνται τα ετήσια δεδομένα για ένα μεγαλύτερο επίπεδο. Αυτό, επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παραγωγή ξεχωριστών δεδομένων για μικρότερες ομάδες, οι οποίες έχουν προσδιοριστεί με βάση τα κοινωνικο-οικονομικά ή εθνικά κριτήρια.

Είναι, επίσης, πιθανό να παρουσιάζεται ένα πλαίσιο στοιχείων στο σχεδιασμό των ερευνών, έτσι ώστε οι οικονομικότερες (π.χ. τηλεφωνικές ή ταχυδρομικές) μέθοδοι να μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν απαιτείται έγκυρη πληροφόρηση από τη διαδικασία της συνέντευξης. Αυτό επιτρέπει ώστε να διεξαχθούν κάποιες γεωγραφικού μήκους αναλύσεις, όπως και στην παραγωγή πλεονεκτημάτων από το δείγμα, που επιτρέπει μια πιο ακριβή

μέτρηση της αλλαγής. Παρόλα αυτά, αν και οι γεωγραφικού μήκους έρευνες είναι σχετικές με κάποιους σκοπούς είναι λιγότερο κατάλληλες για τον έλεγχο των τάσεων που παρουσιάζονται στα πληθυσμιακά επίπεδα, μέσα στο χρόνο.

### Περίοδος συλλογής

Η περίοδος της συλλογής των δεδομένων αναφέρεται στη χρονική περίοδο στην οποία γίνεται η έρευνα. Όταν υπάρχουν εποχιακές επιρροές πάνω σε θέματα που περιλαμβάνονται σε μια ΕΜΥΕ, οι ερωτώμενοι θα πρέπει να τις διαχειρίζονται ανάλογα (π.χ. με τη διενέργεια της συνέντευξης σε άλλη χρονική περίοδο). Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, τα δεδομένα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και να ερμηνεύονται με προφύλαξη και / ή με τις κατάλληλες διορθώσεις για την αποφυγή των λαθών εξαιτίας των εποχιακών διαφορών. Μια εναλλακτική λύση είναι ο περιορισμός της συλλογής των δεδομένων σε μια – πιο "φυσιολογική" – χρονική περίοδο.

Οι εποχιακές επιρροές, αναφορικά με τη χρήση των πόρων για τη φροντίδα υγείας και για την προσωρινή ανικανότητα, είναι αρκετά γνωστές αλλά για άλλους δείκτες υγείας, όπως είναι η προσλαμβανουσα υγεία, για την οποία δεν μπορεί να βρεθεί κάποια εποχιακή επίδραση.

### Συνεχόμενες ή Επαναλαμβανόμενες Έρευνες

Αν και μια ΕΜΥΕ μπορεί να παρέχει σχετικά δεδομένα, κάποια περιοδικότητα – συνεχόμενη ή επαναλαμβανόμενη – στην εκτίμηση χρειάζεται, συνήθως, και ιδιαίτερα σε σχέση με τον έλεγχο της κατάστασης υγείας. Παρόλα αυτά, ίσως να μην είναι αποτελεσματική η διενέργεια ειδικών ερευνών για συγκεκριμένες ομάδες σε μια συνεχόμενη βάση. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι καλύτερο να σχεδιάζονται διάφορες έρευνες με διενέργεια σε διάστημα κάποιων χρόνων. Οι συνεχόμενες έρευνες δεν είναι, επίσης, συνήθως απαραίτητες για τις διεθνείς συγκρίσεις των δεδομένων υγείας. Για τον έλεγχο των στόχων "Υγεία για Όλους", για παράδειγμα, τα δεδομένα θα

πρέπει να ενημερώνονται κάθε τρία χρόνια. Συνεπώς, μια επαναλαμβανόμενη έρευνα με ισχύ για τρία χρόνια είναι επαρκής, εάν και αυτό το χρονικό διάστημα φαίνεται ότι είναι η ελάχιστη απαίτηση.

Στο σχεδιασμό κάθε ευρεία γενικής πληθυσμιακής έρευνας, τα κόστη και τα οφέλη μιας συνεχόμενης ή επαναλαμβανόμενης έρευνας θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά. Είναι απίθανο οι μεγάλες αλλαγές των μεταβλητών να παρατηρούνται από χρόνο σε χρόνο. Αλλά για κάθε ευρεία έρευνα, ο σχεδιασμός των οικονομικών κοστών θα είναι μεγαλύτερος εξαιτίας του μεγαλύτερου αριθμού των ερωτώντων και άλλου προσωπικού που χρειάζεται να εκπαιδευτεί. Γι' αυτό το λόγο οι συνεχόμενες έρευνες, ίσως να έχουν μεγαλύτερο κόστος επιρροής από τις επαναλαμβανόμενες, ακόμη και για τη μέτρηση της πληροφόρησης πάνω σε θέματα για τα οποία δεν είναι απαραίτητη η παροχή δεδομένων από χρόνο σε χρόνο.

### **Πληθυσμοί Ιδρυμάτων Υγείας**

Στις ΕΜΥΕ αποκλείονται από τη διενέργειά τους όλα τα μη ιδιωτικά νοικοκυριά. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας, νοσοκομεία, φυλακές και σε άλλα μέρη, αποκλείονται από το δείγμα. Εάν και τα παραπάνω άτομα αφορούν μια μικρή αναλογία από το σύνολο του πληθυσμού, παρόλα αυτά ίσως να διαφέρουν από εκείνα που ζουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη μέτρηση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας, όπως είναι η πνευματική κατάπτωση και η μακροχρόνια ανικανότητα. Η απόκλιση αυτού του πληθυσμού από τις ΕΜΥΕ εκτός από το να δημιουργεί λάθη στα δεδομένα των ερευνών, επίσης περιορίζει τη διεθνή σύγκριση των συγκεκριμένων δεδομένων υγείας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στο μέγεθος και στον ορισμό αυτού του πληθυσμού ανάμεσα στις χώρες. Η κύρια δυσκολία της συμπεριλαβής των μη ιδιωτικών νοικοκυριών σε μια ΕΜΥΕ είναι η εύρεση ενός περιεκτικού πλαισίου για τον καθορισμό του δείγματος. Επιπλέον δεν

είναι όλα τα όργανα κατάλληλα, που χρησιμοποιούνται για τις έρευνες σε άτομα που ζουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά, να χρησιμοποιούνται και για τις έρευνες που αφορούν τα άτομα που ζουν σε ιδρύματα υγείας.

Γενικά προτείνεται ότι τα άτομα που ζουν έξω από τα ιδιωτικά νοικοκυριά θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται, αν είναι δυνατόν, στις ΕΜΕΥ είτε ως κομμάτι της γενικής έρευνας, είτε ως ξεχωριστό κομμάτι αυτής. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο αυτές οι πληθυσμιακές ομάδες προσδιορίζονται. Υπάρχουν δύο κύριες ομάδες:

- αυτοί που ζουν με κάποιου είδους μη ιδιωτικές ανέσεις, όπως είναι τα νοσοκομεία, οι οίκοι ευγηρίας, οι φυλακές και
- αυτοί που είναι άστεγοι και δεν θα επιλεγούν ως δείγμα από τον ιδιωτικό και μη ιδιωτικό τομέα του νοικοκυριού.

Για τη δεύτερη ομάδα απαιτείται μια γενική άποψη για τις δυνατότητες συλλογής δείγματος.

### Παιδιά

Στις ΕΜΥΕ είναι πάγια τακτική η χρήση ξεχωριστών ερωτήσεων για τα παιδιά (όπως είναι τα παιδιά ηλικίας κάτω των 16 ετών), για τα οποία ο γονιός είναι συνήθως ο πληροφοριοδότης. Για μερικά, αλλά όχι για όλα τα προτεινόμενα όργανα, υπάρχουν κάποιοι συγκεκριμένοι περιορισμοί σε σχέση με την ηλικία των παιδιών, όπως αυτά περιγράφονται παρακάτω. Χρειάζεται η διεθνής συμφωνία για την ηλικία που διακρίνει τους ενήλικες από ένα παιδί και για την καταλληλότητα του συγκεκριμένου οργάνου που αφορά τα παιδιά.

Εάν και οι συνεντεύξεις που είναι σχετικές με μικρά παιδιά μπορούν μόνο να διενεργηθούν με τον ενδιάμεσο, καμιά φορά είναι απαραίτητο να ερωτώνται τα ίδια τα παιδιά. Όταν τα παιδιά πρόκειται να ερωτηθούν για θέματα, όπως είναι το κάπνισμα και το ποτό, οι μέθοδοι των ερευνών θα πρέπει να επιτρέπουν στα παιδιά, ώστε να είναι ειλικρινή: χρειάζεται ένα μη απειλητικό και εμπιστευτικό περιβάλλον και τα παιδιά δεν θα πρέπει να

ενθαρρύνονται, ώστε να υπερβάλουν. Για τις έρευνες πάνω σε ευαίσθητα θέματα η αυτο-συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και οι μέθοδοι της διενέργειας της συνέντευξης με τη βοήθεια υπολογιστή έχουν μεγάλα πλεονεκτήματα, τουλάχιστον για τα παιδιά που βρίσκονται στην ηλικία ή πάνω από αυτή, στην οποία όλα είναι εγγράμματα.

Διάφοροι σημαντικοί δείκτες που σχετίζονται με την υγεία και τη διατροφή των παιδιών που πλησιάζουν ή βρίσκονται στην ηλικία των τεσσάρων ετών, μπορεί να αποκτηθεί σχετική με αυτούς πληροφόρηση μόνο μέσα από τις μητέρες των παιδιών. Για αυτή τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα των παιδιών θα βρεθεί μόνο ένας πολύ μικρός αριθμός δείγματος, ακόμη και στα μεγάλα δείγματα των ευρειών πληθυσμιακών ερευνών. Στις συνεχόμενες έρευνες, αυτό το πρόβλημα μπορεί να λυθεί με τη σύνδεση των δεδομένων από διάφορα χρόνια. Σε άλλες περιπτώσεις ίσως να είναι απαραίτητη η διενέργεια ειδικών ερευνών με τη χρησιμοποίηση αρχείων γεννήσεων ή άλλων διοικητικών αρχείων ως πλαίσια για τον καθορισμό του δείγματος.

Η μεθοδολογία των ΕΜΥΕ για τις μικρότερες σε ηλικία ομάδες του πληθυσμού, είναι ένα θέμα που ακόμη δεν έχει συζητηθεί με κάθε λεπτομέρεια στα συμβούλια και γι' αυτό το λόγο χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

#### **Μη-απάντηση (non-response)**

Η μη-απάντηση μπορεί να οριστεί ως η αποτυχία για την απόκτηση παρατηρήσεων, πάνω σε κάποια στοιχεία που έχουν επιλεγεί και σχεδιαστεί για το δείγμα. Οι πηγές της μη-απάντησης περιλαμβάνουν τα άτομα που δεν είναι στο σπίτι, τα άτομα που αρνούνται να απαντήσουν τα άτομα που είναι ανίκανα για να απαντήσουν και άτομα που δεν έχουν βρεθεί (ταχυδρομικές έρευνες). Διάφοροι μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μειώσουν το ποσοστό (%) της μη-απάντησης: η εγγύηση της ανωνυμίας, η αύξηση του κινήτρου για συνεργασία, επιπρόσθετη προσοχή στον απαντούντα και η

επαναπρόσκλησή του για συνέντευξη.

Τα δεδομένα που λείπουν από το ερωτηματολόγιο μπορούν να προέρχονται από τις απαντήσεις "δεν ξέρω" ή από τα αυτοσυμπληρώμενα ερωτηματολόγια, τα οποία δεν έχουν συμπληρωθεί επαρκώς. Η μη-απάντηση δεν αποτελεί από μόνη της κάποιο πρόβλημα. Η επιλεκτική μη-απάντηση αναφέρεται σε μια κατάσταση, η οποία σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά υγείας και γι' αυτό μπορεί να καταλήξει σε προκατειλημμένες τιμές διατήρησης αυτών των χαρακτηριστικών.

Οι διαφορές που υπάρχουν στις τιμές των απαντήσεων μεταξύ των χωρών μπορεί να οφείλονται στις διαφορές των ορισμών που δίνονται ή στις διαφορές στο δείγμα και στο σχέδιο της έρευνας, στην οργάνωση που διενεργεί την έρευνα και στα χαρακτηριστικά του απαντούντα. Οι στατιστικοί που δουλεύουν στον τομέα των οικογενειακών ερευνών έχουν οργανώσει διεθνή κέντρα συνεργασίας, προκειμένου να ανταλλάξουν πληροφόρηση και εμπειρία και να έρθουν σε διεθνείς συμφωνίες, πάντα σε σχέση με την έρευνα για τη μη-απάντηση, τη σύγκριση των τιμών, της μη-απάντησης και με τις μεθόδους για τη μείωση και τη διόρθωση αναφορικά με τις μη-απαντήσεις.

#### **Επεξεργασία των Δεδομένων και Παρουσίαση**

Όταν τα δεδομένα συλλέγονται μέσα από έντυπα, τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια χρειάζεται να επεξεργαστούν περισσότεροι, πριν να μπορέσουν να παρουσιαστούν τα δεδομένα. Γι' αυτή τη διαδικασία, η οποία αφορά την καταχώρηση των δεδομένων, την επεξεργασία, τη διάκριση, την απεικόνιση των δεδομένων σε πίνακα και την ανάλυση, η χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή είναι απαραίτητη. Όλες αυτές οι διαδικασίες χρειάζονται να παράγουν υψηλής ποιότητας στατιστικές και μια ξεκάθαρα δομημένη παρουσίαση των δεδομένων.

Η διαδικασία των δεδομένων αρχίζει με την καταχώρηση των δεδομένων. Για τις περισσότερες ερωτήσεις σε μια ΕΜΥΕ, οι απαντήσεις

έχουν κωδικοποιηθεί και έτσι η διαδικασία της εισόδου των δεδομένων είναι μια εύκολη διαδικασία. Η κωδικοποίηση των ανοικτών ερωτήσεων, απαιτεί αρκετό χρόνο και θα πρέπει να γίνεται από ειδικούς σχετικά με αυτό το θέμα, προκειμένου να αποφευχθούν οι λάθος ερμηνείες των απαντήσεων.

Το δεύτερο βήμα είναι η επεξεργασία των δεδομένων κατά την οποία απομακρύνονται τα λάθη. Τρεις τύποι λαθών, συνήθως, εμφανίζονται. Το λάθος τάξης που συμβαίνει όταν δίνεται μια λάθος απάντηση, που είναι έξω από τη λογική ομάδα των απαντήσεων π.χ. μια ηλικία των 348 ετών. Το λάθος σύνθεσης που συμβαίνει όταν παρατηρείται μια ασυνέπεια στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, π.χ. ένα άτομο με ηλικία των 6 ετών είναι παντρεμένο. Το τρίτο αποτελεί το περιοδικό λάθος, το οποίο συμβαίνει όταν ο ερωτών ή ο απαντών δεν ακολουθούν τις συγκεκριμένες οδηγίες του ερωτηματολογίου. Όπου είναι πιθανό τα ανιχνεύσιμα λάθη θα πρέπει να διορθώνονται, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις αυτή η ενέργεια είναι πολύ δύσκολη και θα πρέπει να υπάρξει η επαφή με τον απαντούντα ξανά. Εξαιτίας του γεγονότος ότι αυτή η επαφή με τον απαντώντα δεν συμβαίνει ξανά, η λάθος αξία σε αυτές τις περιπτώσεις συνήθως αντικαθίσταται από το συγκεκριμένο κώδικα για την αξία "δεν ξέρω".

Μόλις ένα "καθαρό" αρχείο χωρίς λάθος έχει παραχθεί μια διάκριση των δεδομένων χρειάζεται να γίνει, προκειμένου για να διορθώσει τις μη-απαντήσεις και τις πιθανότητες της άνισης επιλογής, αναφορικά με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται η έρευνα. Για παράδειγμα, στην Ολλανδία τα δεδομένα από τις ΕΜΥΕ διακρίνονται πρώτα από ένα παράγοντα που είναι σχετικός με την πιθανότητα της επιλογής του απαντώντα. Η απάντηση διακρίνεται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο γάμου και με ένα συνδυασμό του βαθμού της αστικοποίησης και της αρμοδιότητας αυτού, με τέτοιο τρόπο, ώστε η διάκριση της κατανομής του δείγματος να δείχνει τη γνωστή κατανομή αυτών των χαρακτηριστικών στον πληθυσμό. Εξαιτίας του ότι οι διαδικασίες διάκρισης διαφέρουν από χώρα σε χώρα, είναι σχετική η



ενθάρρυνση για την ανταλλαγή εμπειρίας σ' αυτό τον τομέα.

Τελικά ένα καθαρό αρχείο δεδομένων είναι έτοιμο για ανάλυση, της οποίας το πρώτο βήμα είναι η απεικόνιση των δεδομένων σε πίνακα. Παρόλα αυτά, η κατασκευή των πινάκων δεν είναι τόσο εύκολη όσο αρχικά φαίνεται: η σύνθεση των γραμμών και των στηλών του πίνακα, τα ποσά που βρίσκονται στα κουτιά του πίνακα (ποσοστά (%), αριθμοί), ο τρόπος με τον οποίο αυτά τα ποσά επεξεργάζονται από τον υπολογιστή, η αντιμετώπιση των πολλαπλών απαντήσεων ως μεταβλητές, π.χ. είναι πολύ δύσκολα για να κατασκευαστούν. Για τον έλεγχο "Υγεία για Όλους", τα δεδομένα συνήθως μπορούν να παρουσιαστούν σε απλούς πίνακες. Τα δεδομένα για τους δείκτες "Υγεία για Όλους" παρουσιάζονται με διαφορετικούς τρόπους π.χ. δίνοντας την κατανομή των απαντήσεων (για παράδειγμα, για την προσλαμβάνουσα υγεία) ή την παρουσίαση της διατήρησης των σειρών σε σχέση με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά υγείας (για παράδειγμα, χρόνιες καταστάσεις υγείας). Για συγκεκριμένους πίνακες, οι οποίοι είναι διαχωρισμένοι σε διάφορα είδη, είναι συχνά απαραίτητη κάποια διαχείριση των δεδομένων. Γενικά, τα δεδομένα θα πρέπει να παρουσιάζονται για ολόκληρο το πληθυσμό και να διακρίνονται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο (<25, 25-44, 45-64, ≥65 ετών) ή με την παγιοποίηση της ηλικίας. Επιπλέον η διαφοροποίηση ανάλογα με την κοινωνική ομάδα, γεωγραφική περιοχή κ.τ.λ. είναι επίσης σχετική.

Μια πρόσφατη ανάπτυξη είναι η χρήση μικρο-υπολογιστών για τη φάση της συλλογής των δεδομένων. Η πρώτη τέτοιου είδους χρήση έγινε με τη διαδικασία της διενέργειας της τηλεφωνικής συνέντευξης με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή (computer – assisted telephone interviewing, CATI) και την τελευταία δεκαετία η εμφάνιση των μικρών laptop υπολογιστών κατέστησε εφικτή τη μεταφορά των υπολογιστών στα σπίτια των απαντούντων. Αυτή η μέθοδος της διαδικασίας διενέργειας της προσωπικής συνέντευξης με τη βοήθεια υπολογιστή (computer – assisted personal interviewing CAPI) έχει αρκετά πλεονεκτήματα: τα λάθη μπορούν να

ανιχνευθούν και να λυθούν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και τα δεδομένα ήδη έχουν μπει στον υπολογιστή κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Για την εκτίμηση της αυτο-διαχείρισης των ερωτηματολογίων έχουν αναπτυχθεί προγράμματα που σχετίζονται με την είσοδο των δεδομένων (computer – assisted data input, CADI). Ένα πρόγραμμα CADI είναι ένα έξυπνο πρόγραμμα για την επεξεργασία των δεδομένων, που έχουν συλλεχτεί με ερωτηματολόγια.

Η Στατιστική Υπηρεσία της Ολλανδίας έχει αναπτύξει ένα σύστημα για την επεξεργασία των δεδομένων (το σύστημα Blaise), το οποίο παράγει προγράμματα υπολογιστών για το CATI, CAPI ή για το CADI και από την άλλη πλευρά προσφέρει το έδαφος για άλλου είδους ανάλυση δεδομένων, όπως είναι η απεικόνιση αυτών σε πίνακα.

#### 4.7. Συμπερασματικά Σχόλια

Σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρθηκαν τα μεθοδολογικά θέματα που ήταν σχετικά με τη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε τομείς όπου είναι πολύ δύσκολη η σύγκριση μεταξύ των χωρών. Ο σχεδιασμός των ερευνών υγείας είναι απαραίτητος να λαμβάνει υπόψη του όλες τις δυνατότητες συλλογής δεδομένων μαζί με το σχεδιασμό του δείγματος και της επεξεργασίας των δεδομένων.

Αν και υπάρχει η γενική συμφωνία ότι τα συμβούλια αναφορικά με τα παραπάνω θέματα, έγινε επίσης κατανοητό ότι οι χώρες θα πρέπει να υιοθετήσουν τις βασικές μεθοδολογικές αρχές αναφορικά με την κατάστασή τους και τους πόρους που διαθέτουν.

Ένα θέμα που δεν περιγράφηκε είναι η στατιστική ανάλυση. Οι διαφορές στις χρησιμοποιούμενες στατιστικές μεθόδους ίσως να επηρεάζει τη σύγκριση μεταξύ των χωρών και γι' αυτό χρειάζεται η ανταλλαγή απόψεων πάνω σε

αυτό το θέμα. Άλλα θέματα που είναι σημαντικά για τη μελλοντική διεθνή συνεργασία είναι η παγιοποίηση της ηλικίας, η ρύθμιση των μη-απαντήσεων, η εκτίμηση για τα παιδιά, οι μέθοδοι της συμπεριλαβής στην πληροφόρηση των ατόμων που κατοικούν σε ιδρύματα υγείας και η μεικτή χρήση των ΕΜΥΕ και ΕΜΥΕΥ και η διαδικασία διενέργειας της συνέντευξης με τη βοήθεια υπολογιστή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΚΟΙΝΑ ΟΡΓΑΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ "ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ"

#### 5.1. Γενικά

Για πολλούς από τους δείκτες "Υγεία για Όλους" για τους οποίους οι πληθυσμιακές έρευνες είναι σχετικές, κοινά όργανα για τη μέτρηση των παραπάνω δεικτών είχαν προταθεί κατά τη διάρκεια των τριών συμβουλίων. Τα προτεινόμενα όργανα παρουσιάζονται πλήρως σε αυτό το κεφάλαιο, διευκρινίζοντας τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να συλλεχθεί η πληροφόρηση για τους δείκτες "Υγεία για Όλους" και για τους δείκτες Υγείας.

Ο όρος "όργανο" αναφέρεται εδώ ως μια ομάδα από ερωτήσεις (ή μία ερώτηση) που μετρά ένα δείκτη. Η διαδικασία ελέγχου αναφορικά με ένα στόχο υγείας, πραγματοποιείται με τη μέτρηση ενός ή περισσότερων δεικτών σε διαφορετικά χρονικά σημεία με τη χρησιμοποίηση συγκεκριμένων οργάνων. Ποικίλες μέθοδοι μέτρησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ένα δείκτη, όπως οι κατά πρόσωπο συνεντεύξεις και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον απαντώντα.

Στο παρακάτω τμήμα του κεφαλαίου που αναφέρεται στα προτεινόμενα όργανα μέτρησης, περιγράφεται το ιστορικό των οργάνων και τα προτεινόμενα όργανα μέτρησης για 11 δείκτες "Υγεία για Όλους". Στο τμήμα του κεφαλαίου που αφορά τους δείκτες υγείας για τους οποίους δεν είναι ακόμη διαθέσιμα προτεινόμενα όργανα μέτρησης, επίσης αναφέρεται η μέτρηση για 4 δείκτες υγείας, για τους οποίους δεν μπορεί ακόμη να προταθεί κανένα κοινό όργανο μέτρησης. Η πληροφόρηση που παρουσιάζεται σε αυτό το κεφάλαιο βασίζεται στις μελέτες των συμμετεχόντων στα τρία συμβούλια εργασίας και στις διαδικασίες των τριών συμβουλίων και συμπληρώνεται με

άλλη σχετική πληροφόρηση που προέρχεται από την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία. Για κάθε δείκτη, παρέχεται κάποια πληροφόρηση για το ιστορικό του δείκτη και για τη λογική που ακολουθεί η σκέψη, προκειμένου να επιλεχτεί το προτεινόμενο όργανο για τη μέτρηση του δείκτη. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το προτεινόμενο όργανο και ακολουθούν κάποιες προτάσεις για την επεξεργασία και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Για την παρουσίαση των δεδομένων θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι η διαφοροποίηση των δεδομένων ανά ηλικία για τον έλεγχο "Υγεία για Όλους", ο Π.Ο.Υ. χρησιμοποιεί ηλικιακές ομάδες που κυμαίνονται στις εξής κατηγορίες: <25, 25-44, 45-64 και  $\geq 65$  ετών. Για την πρώτη ηλικιακή κατηγορία φαίνεται πιο πρακτικό για τις χώρες να παρουσιάζουν δεδομένα για εκείνα τα άτομα που είναι τουλάχιστον από 18-24 ετών, γιατί οι περισσότερες έρευνες περιλαμβάνουν αυτή την ηλικιακή ομάδα και δεδομένα μπορούν να παρουσιαστούν επίσης για ηλικιακές ομάδες που περιλαμβάνουν μικρότερες ηλικίες από τις προαναφερόμενες, αν φυσικά αυτά τα δεδομένα είναι διαθέσιμα.

Η συλλογή της πληροφόρησης για τους δείκτες υγείας που αφορούν τις εθνικές ΕΜΥΕ, δημιουργεί ειδικές απαιτήσεις στα όργανα μέτρησης που θα χρησιμοποιηθούν. Ιδανικά, τα όργανα θα πρέπει:

- να είναι όσο το δυνατόν πιο σύντομα
- να μην ευνοούν τη δημιουργία σφαλμάτων μέτρησης προερχόμενα από την ηλικία, ή το φύλο του απαντούντος ή από τις διαφορές στην κουλτούρα, στη γλώσσα και στο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο
- να είναι κατάλληλα για τις κατα-πρόσωπο συνεντεύξεις (κατά προτίμηση) ή και για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους απαντώντες και τα όργανα μέτρησης να μπορούν να παρουσιαστούν από τους ερωτώντες, χωρίς οι τελευταίοι να έχουν ειδική (ιατρική) εκπαίδευση
- κατά προτίμηση να είναι κατάλληλα για απάντηση που θα

προέρχεται από το ενδιαμέσο άτομο για τον ερωτώμενο

- συλλέγουν πληροφόρηση πάνω στα χαρακτηριστικά (υγείας) τα οποία δεν είναι τόσο σπάνια για τον πληθυσμιακό στόχο
- να είναι απλά για τη διαχείρισή τους και να παρέχουν δεδομένα που είναι εύκολο να επεξεργαστούν (για παράδειγμα, ο αριθμός των ανοικτών ερωτήσεων θα πρέπει να υπάρχει στο ελάχιστο).

Για να μεγιστοποιηθεί η θέληση των χωρών για να εντάξουν τα προτεινόμενα όργανα μέτρησης στις δικές τους ΕΜΥΕ, θα πρέπει τα όργανα να δημιουργηθούν με βάση την εμπειρία που ήδη υπάρχει.

Η επιλογή των προτεινόμενων οργάνων έγινε με βάση τις παραπάνω απαιτήσεις. Οι περισσότερες από αυτές τις απαιτήσεις αποτελούνται από μία ή μερικές ερωτήσεις με έτοιμες κατηγορίες απαντήσεων και ο χρόνος που απαιτείται για τη συλλογή των απαντήσεων δεν ξεπερνά τα λίγα λεπτά.

Τα περισσότερα όργανα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στις κατά πρόσωπο συνεντεύξεις, όπως και στην περίπτωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους απαντούντες και δεν χρειάζονται για το χειρισμό τους ερωτώντες που είναι ειδικοί και με ανώτερη εκπαίδευση. Στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποίησης των οργάνων είναι αποδεκτή η απάντηση του ενδιαμέσου ατόμου για τον ερωτώντα και εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις δεν υπάρχουν περιορισμοί για τα χαρακτηριστικά του ερωτώντα. Κάθε εξαίρεση περιγράφεται πλήρως.

Η αξιοπιστία και η ισχύ της πληροφόρησης που αποκτάται από τις ΕΜΥΕ, επηρεάζονται εν μέρει από τη γενική μεθοδολογία της έρευνας και από τα όργανα που περιλαμβάνονται στην έρευνα. Για πολλά από τα προτεινόμενα όργανα που περιγράφονται σε αυτό το κεφάλαιο, δεν υπάρχει δημοσιευμένη πληροφόρηση ακόμα διαθέσιμη που να αναφέρεται στην αξιοπιστία και στην ισχύ. Παρόλα αυτά, η χρήση της αξιοπιστίας και της ισχύος της πληροφόρησης στις ΕΜΥΕ προτείνεται με την προσδοκία ότι η σύγκριση των δεδομένων υγείας που προκύπτουν από τις έρευνες και η

εκτίμηση της εμπειρίας από τη διενέργεια αυτών των ερευνών, θα οδηγήσουν τελικά στη διαμόρφωση αποδεκτών οργάνων μέτρησης.

## 5.2. Προτεινόμενα Όργανα Μέτρησης για 11 Δείκτες "Υγεία για Όλους"

### I. ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΥΣΑ ΥΓΕΙΑ

#### Ιστορικό

Για την εκτίμηση της προόδου σε σχέση με τη στρατηγική "Υγεία για Όλους" και για την καλύτερη κατανόηση της εκτίμησης που έχει ο πληθυσμός για μια τέτοια πρόοδο, είναι ουσιώδης η μέτρηση της αντίληψης για την υγεία που έχει ο πληθυσμός. Η προσλαμβάνουσα υγεία αναφέρεται σε έναν από τους κυριότερους δείκτες "Υγεία για Όλους" (δείκτης 2.2 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), σε σχέση με τον έλεγχο της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, όπως εκφράζονται στο στόχο 2 της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον Π.Ο.Υ.

#### Όργανο μέτρησης του δείκτη (2.2)

##### **Προσλαμβάνουσα υγεία**

Πως είναι γενικά η υγεία σου;

- Πολλή Καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολλή Κακή

Ο ερωτών θα πρέπει πρώτα να περιμένει για μια αυθόρμητη απάντηση. Εάν η απάντηση που θα πάρει από τον απαντώντα δεν ταιριάζει σε μια από

τις κατηγορίες των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, τότε θα πρέπει να δώσει με σαφήνεια τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου στον απαντώντα.

### Παρουσίαση των Δεδομένων

Τα δεδομένα του δείκτη (2.2) που ανήκει στην κατηγορία δεικτών "Υγεία για Όλους", μπορούν να παρουσιαστούν δίνοντας την κατανομή όλων των κατηγοριών που περιέχουν τις απαντήσεις για το σύνολο του πληθυσμού, ανά φύλο και ηλικία. Μια εναλλακτική μέθοδος παρουσίασης των δεδομένων είναι η έκφραση των δεδομένων ως το ποσοστό (%) του πληθυσμού με πολλή καλή και πολλή κακή υγεία.

### Σχόλια

Η χρήση ενός ξεχωριστού οργάνου για τη μέτρηση του δείκτη προσλαμβάνουσα υγεία σε σχέση με το πνευματικό επίπεδο υγείας δεν προτείνεται, δεδομένης της υπόθεσης ότι οι πνευματικές απόψεις για την υγεία είναι ενσωματωμένες στην προτεινόμενη γενική ερώτηση. Με άλλα λόγια ο απαντών που έχει μια πνευματική δυσλειτουργία θα αντιλαμβάνεται την υγεία του / της ως λιγότερο καλή σε σύγκριση με τους απαντούντες που δεν έχουν πνευματικές διαταραχές. Η παραπάνω υπόθεση θα πρέπει να ερευνηθεί περισσότερο.

### Η Σειρά με την Οποία οι Ερωτήσεις Ερωτώνται σε μια Έρευνα

Μια μόνο ερώτηση πάνω στην προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας, σε γενικούς όρους, είναι αυτή που κοινά χρησιμοποιείται στις ΕΜΥΕ. Εκτός από το ότι είναι πολύ γενική ερώτηση, φαινομενικά υποκειμενικού χαρακτήρα, μια τέτοια ερώτηση φαίνεται να είναι πολλή χρήσιμη ως ένα δημόσιος δείκτης υγείας. Η εκτίμηση της προσλαμβάνουσας υγείας, σχετίζεται με έναν αριθμό από άλλες μετρήσεις υγείας και από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και επίσης αυτή η εκτίμηση φαίνεται να είναι μια



ανεξάρτητη πρόβλεψη για την τιμή της επιβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων.

Παραδείγματα από ερωτήσεις για τη μέτρηση του δείκτη (2.2) είναι:

- Πώς είναι γενικά η υγεία σου;
- Πόσο καλό θεωρείς το σημερινό στάδιο της υγείας;
- Πώς θα έκρινες την κατάσταση υγείας άλλων ατόμων που είναι στην ηλικία σου;

Η διατύπωση των ερωτήσεων για το δείκτη προσλαμβάνουσα υγεία θα πρέπει να επιλεγεί με προσοχή. Για παράδειγμα δεν προτείνεται η χρήση της σύγκρισης "άτομα που είναι στην ηλικία σου", γιατί αυτή η ερώτηση ίσως να μην μπορεί να μετρήσει την πρόοδο για το "μέσο όρο" του επιπέδου υγείας μέσα στον πληθυσμό, αφού στην πραγματικότητα οι ερωτώντες καλούνται να αναφερθούν στο μέσο όρο. Η ερώτηση για το "σημερινό στάδιο της υγείας" επίσης θεωρείται ακατάλληλη, αφού οι μικρο-ενοχλήσεις στην κατάσταση της υγείας, δεν πρέπει να επηρεάζουν τις απαντήσεις για την ερώτηση. Για τους παραπάνω λόγους, προτείνεται ότι η ερώτηση θα πρέπει να αναφέρεται "γενικά στην υγεία".

Προσεκτική μελέτη θα πρέπει, επίσης, να γίνει στον αριθμό και στον τύπο των κατηγοριών που περιέχουν τις απαντήσεις και που θα χρησιμοποιηθούν. Για παράδειγμα οι κλίμακες διαβάθμισης που κυμαίνονται από το 1 μέχρι το 10, ή από το Α έως το Ε δεν είναι κατάλληλες για διεθνείς συγκρίσεις, γιατί έχουν διαφορετικές σημασίες σε διαφορετικές κουλτούρες. Προτείνεται να χρησιμοποιούνται 5 προφορικές κατηγορίες απαντήσεων, στις οποίες θα παρουσιάζονται κατανοητοί όροι όπως "καλή" ή "κακή" μπορεί να επηρεάσει το αποτέλεσμα της έρευνας. Για παράδειγμα θα είναι δύσκολο να απευθύνεις σε ένα άτομο μια ερώτηση πάνω στο γενικό επίπεδο της υγείας του, αφού πρώτα το ίδιο το άτομο έχει μπει σε λεπτομέρειες που αφορούν σοβαρές ασθένειες ή ανικανότητες. Προτείνεται ότι η γενική ερώτηση για την προσλαμβάνουσα υγεία να ερωτάται στην αρχή της συνέντευξης.

Θα πρέπει να χρησιμοποιείται μια κάρτα που θα παρουσιάζει τις

κατηγορίες των απαντήσεων που αφορούν τον απαντώντα. Μια μελέτη στην Ολλανδία δεν βρήκε από την παραπάνω διαδικασία κάποιο επιπλέον μεθοδολογικό αποτέλεσμα: δεν υπάρχουν διαφορές στα δεδομένα της ΕΜΥΕ από το αν θα χρησιμοποιηθεί η κάρτα ή όχι.

## II. ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

### Ιστορικό

Για τον έλεγχο του στόχου 4 της στρατηγικής "Υγεία για Όλους", ο οποίος στοχεύει στην παρατεταμένη και συνεχόμενη μείωση της θνησιμότητας και ανικανότητας, χρειάζονται διάφοροι δείκτες. Για τη μέτρηση της ανικανότητας γίνεται μια διάκριση ανάμεσα στην μακροχρόνια ανικανότητα (δείκτης 4.2 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), ο οποίος περιγράφεται παρακάτω και στην προσωρινή ανικανότητα (δείκτης 4.1 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>). Ο δείκτης προσωρινή ανικανότητα αναφέρεται στον προσωρινό περιορισμό του συνήθους επιπέδου σωματικής λειτουργίας του ατόμου. Η πληροφόρηση γι' αυτό το δείκτη συνήθως αποκτάται με μια ερώτηση για τις ημέρες της περιορισμένης δραστηριότητας και για τις ημέρες της παραμονής του ατόμου στο κρεβάτι, η ερώτηση αυτή κοινά χρησιμοποιείται στη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Η μέτρηση γι' αυτή τη χρονική περίοδο της προσωρινής ανικανότητας, μαζί με κάποια θεωρία για τη σοβαρότητα της ανικανότητας, μπορούν να παρέχουν πληροφόρηση για το χαμένο χρόνο που παρατηρείται μέσα στην κοινωνική δραστηριότητα από την άρρωστη υγεία του ατόμου. Παρόλα αυτά εάν οι σωματικές λειτουργίες του ατόμου έχουν ελαττωθεί για μια μεγάλη χρονική περίοδο, η μέτρηση της ανικανότητας σε σχέση με το χρόνο διάρκειας της ανικανότητας μπορεί να είναι ασήμαντη. Σε αυτή την περίπτωση είναι σημαντικό να μετρηθεί η ανικανότητα σε σχέση με κάποιο ελάχιστο επίπεδο της σωματικής

λειτουργίας.

Διαφορές στη διατύπωση της ερώτησης για την περιορισμένη σωματική δραστηριότητα σε διάφορες έρευνες, αφορούν διαφορές πάνω στη χρονική περίοδο αναφοράς για την περιορισμένη σωματική δραστηριότητα (συνήθως πρόκειται για 14 ημέρες), είτε στην περίπτωση που αυτή η χρονική περίοδος αναφέρεται επακριβώς (για παράδειγμα, με την ονομασία των ημερών της εβδομάδας και την ονομασία της ημέρας του μήνα), είτε στην περίπτωση που αναφέρεται η φύση αυτών των συγκεκριμένων σωματικών δραστηριοτήτων (όπως το νοικοκυριό, το βάδισμα μέχρι το σχολείο, ή οι σωματικές δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο), είτε στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η αναφορά στην αιτία της περιορισμένης σωματικής δραστηριότητας (η υγεία γενικά, συμπτώματα ασθένειας, τραύμα ή συγκεκριμένες αιτίες). Το προτεινόμενο όργανο μέτρησης του δείκτη (4.1) περιέχει μια ελάχιστα τροποποιημένη έκδοση από γνωστές ερωτήσεις για την προσωρινή ανικανότητα, όπως αυτή χρησιμοποιείται από τον Οργανισμό για την Οικονομική Διαχείριση και Ανάπτυξη (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) και η οποία περιλαμβάνει τη χρονική περίοδο αναφοράς των δύο εβδομάδων για την προσωρινή ανικανότητα. Είναι γενικά αποδεκτό από διάφορους ερευνητές, ότι οι δύο εβδομάδες είναι η μέγιστη δυνατή χρονική περίοδος αναφοράς για την προσωρινή ανικανότητα, προκειμένου να αποφευχθεί η απώλεια μνήμης στην αναφορά μικρότερης σημασίας γεγονότων όπως ο προσωρινός περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας.

## Όργανο μέτρησης του δείκτη (4.1)

**Προσωρινή ανικανότητα**

Σκέψου δύο εβδομάδες που τελειώνουν από χτες. Έχεις σταματήσει κάποιες δραστηριότητες που συνήθως έκανες στο σπίτι, στη δουλειά, ή στον ελεύθερο χρόνο σου, εξαιτίας ασθένειας ή τραύματος;

- Ναι (ρώτησε τις ερωτήσεις α, β)
- Όχι

- α) Για πόσες ημέρες σταμάτησες να κάνεις τις παραπάνω δραστηριότητες, κατά τη διάρκεια αυτών των δύο εβδομάδων, συμπεριλαμβάνοντας τα Σάββατα και τις Κυριακές; (01 ημέρα – 14 ημέρες)
- β) Για πόσες από αυτές τις ημέρες ήσουν στο κρεβάτι και δεν μπορούσε να κάνεις τις παραπάνω δραστηριότητες ή για πόσο χρονικό διάστημα μέσα στην ημέρα; (00 ημέρα – 14 ημέρες)

Προτείνεται η ίδια ερώτηση να χρησιμοποιείται για την ιδιαίτερη μέτρηση της προσωρινής ανικανότητας που οφείλεται σε πνευματικές καταστάσεις υγείας, αλλά η φράση της ερώτησης "ασθένεια ή τραύμα" θα αντικατασταθεί από τη φράση "ένα συναισθηματικό ή πνευματικό πρόβλημα υγείας".

Η ερώτηση για την προσωρινή ανικανότητα δεν αφορά τα νήπια ενός έτους ή μικρότερης ηλικίας, γιατί τα νήπια σε αυτή την ηλικία μόνο κοιμούνται ή είναι ξαπλωμένα.

Στην περίπτωση των παιδιών, η απάντηση του γονέα μπορεί να δώσει με ακρίβεια το επίπεδο του προορισμού της σωματικής δραστηριότητας των παιδιών και γι' αυτό το λόγο οι ενδιάμεσες απαντήσεις των γονέων για τα παιδιά, είναι αποδεκτές για παιδιά ηλικίας από 1 έως και 15 ετών.

**Παρουσίαση Δεδομένων**

Ο μέσος όρος του "αριθμού των ημερών της προσωρινής ανικανότητας ανά άτομο ανά χρόνο, σε ηλικία και φύλο" (δείκτης "Υγεία για Όλους" 4.1 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), θα πρέπει να υπολογίζεται με τον πολλαπλασιασμό της κάθε αριθμητικής απάντησης που δίνεται από το κάθε

άτομο για την πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου (για παράδειγμα 01 ημέρα, 03 ημέρες, 10 ημέρες κ.τ.λ.) με τον αριθμό 26. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται για όσες αριθμητικές απαντήσεις υπάρχουν που αντιστοιχούν στον αριθμό των απαντούντων που συμμετέχουν στην συνέντευξη υγείας. Αφού τελειώσουν οι διαδοχικοί παραπάνω πολλαπλασιασμοί, ακολουθεί η πρόσθεση όλων των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τους πολλαπλασιασμούς. Το αποτέλεσμα της πρόσθεσης διαιρείται από τον συνολικό αριθμό των απαντούντων που συμμετείχαν στη συνέντευξη και ανήκουν στη σχετική πληθυσμιακή ομάδα, για την οποία διενεργείται η ΕΜΥΕ, και με αυτόν τον τρόπο υπολογίζεται ο μέσος όρος. Αυτή η διαδικασία υπολογισμού του μέσου όρου μπορεί να γίνει και για τις ημέρες της περιορισμένης δραστηριότητας και για τις ημέρες παραμονής στο κρεβάτι (ερώτηση β του ερωτηματολογίου), οι τελευταίες ημέρες αντιπροσωπεύουν μια πιο σοβαρή περίπτωση προσωρινής ανικανότητας.

### Σχόλια

Ο δείκτης (4.1) μπορεί να επηρεάζεται από την εποχιακή περίοδο, η οποία θα προκαλέσει προβλήματα εάν η έρευνα διενεργείται σε κάποια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ιδανικά μια έρευνα υγείας θα πρέπει να καλύπτει όλους τους μήνες του χρόνου, εάν αυτό δεν είναι δυνατό θα πρέπει να γίνουν οι πιθανές ρυθμίσεις για τη μέτρηση του δείκτη.

Ένας περιορισμός του οργάνου για τη μέτρηση του δείκτη (4.1), είναι ότι το όργανο μπορεί μόνο να χρησιμοποιηθεί για να υπολογίσει μια παγκόσμια τιμή για τον πληθυσμό ή για τις πληθυσμιακές ομάδες, που να αφορά την προσωρινή ανικανότητα. Τα κάθε άτομο που απαντούν, δεν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν μέσα σε ανοιχτές ομάδες απαντήσεων, όπως "καμία ή μερικές μέρες περιορισμένης δραστηριότητας", "κάποιες ημέρες" κ.τ.λ., γιατί η εμπειρία των δύο εβδομάδων ενός ατόμου δεν αντιπροσωπεύει την ετήσια εμπειρία του / της.

Επιπλέον, το παραπάνω όργανο δεν παρουσιάζει μια εμφανή διαφορά ανάμεσα στην προσωρινή ανικανότητα και στη μακροχρόνια ανικανότητα αν και στη θεωρία η προσωρινή ανικανότητα θα πρέπει να αναφέρεται μόνο στη παρέκκλιση από το συνηθισμένο επίπεδο της σωματικής λειτουργίας του ατόμου, ακόμη και όταν αυτό το συνηθισμένο επίπεδο ήδη είναι μειωμένο.

Στην πράξη, παρόλα αυτά, η ερώτηση για την προσωρινή ανικανότητα μπορεί, εν μέρει, να εκτιμήσει τη μακροχρόνια ανικανότητα. Εν τούτοις η από κοινού χρήση των δεικτών για την ανικανότητα είναι σημαντική γιατί και οι δύο δείκτες για την προσωρινή και μακροχρόνια ανικανότητα είναι σχετικοί για τους δημόσιους σκοπούς υγείας.

### III. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ (ΣΩΜΑΤΙΚΗ)

#### Ιστορικό

Εξαιτίας των αλλαγών που συνέβησαν στην κατάσταση της δημόσιας υγείας και έχουν σχέση με τις χρόνιες ασθένειες και τη γήρανση του πληθυσμού, η πληροφόρηση για τη μακροχρόνια ανικανότητα έχει γίνει μια σημαντική άποψη για την κατάσταση της δημόσιας υγείας. Το επίπεδο της μακροχρόνιας ανικανότητας ορίζεται ως οι μακροχρόνιοι σωματικοί περιορισμοί που εμποδίζουν την εκτέλεση των βασικότερων σωματικών δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή, είναι ένας δείκτης (4.2 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) για το στόχο 4 της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" (λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) και αφορά τη μείωση της χρόνιας ασθένειας και ανικανότητας. Ο έλεγχος του επιπέδου της μακροχρόνιας ανικανότητας μέσα στον πληθυσμό, είναι επίσης σημαντικός της ποιότητας ζωής (στόχος 2 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) και για την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας που παρέχουν καλύτερες ευκαιρίες για άτομα με ανικανότητες, αναφορικά με έναν ακόμη στόχο "Υγεία για Όλους" (στόχος 3 από τη λίστα

δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>). Εν τούτοις η μακροχρόνια ανικανότητα είναι ένας σχετικός δείκτης για το στόχο "Υγεία για Όλους" (στόχος 6 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) που αναφέρεται στην υγιεινή γήρανση. Η νοσηρότητα για τα ηλικιωμένα άτομα, συχνά κατηγοριοποιείται από τους εξής παράγοντες: την πολλαπλή παθολογία, τη μη συγκεκριμένη εμφάνιση και την υψηλή επίδραση στον οργανισμό των επιπλοκών της ασθένειας και της θεραπείας. Η μακροχρόνια ανικανότητα είναι ένας χρήσιμος δείκτης για τους σωματικούς περιορισμούς που οφείλονται σε ασθένεια σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα.

Από τη δεκαετία του 1960 είχε αναπτυχθεί ένας μεγάλος αριθμός από όργανα για τη μέτρηση της μακροχρόνιας ανικανότητας. Αυτά τα όργανα χρησιμοποιούνται, κυρίως, για τη μέτρηση της ανικανότητας που παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα. Το 1980 παρουσιάστηκε μια ταξινόμηση για τις συνέπειες των ασθενειών: Η Διεθνής Ταξινόμηση των Ελαττωμάτων Ανικανοτήτων και Αναπηριών (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH). Η ICIDH χρησιμοποιείται ως οδηγός για την περαιτέρω ανάπτυξη των οργάνων, ειδικότερα των οργάνων μέτρησης της ανικανότητας.

Τα περισσότερα όργανα για τη μέτρησης της ανισότητας αποτελούνται από μια ομάδα ερωτήσεων που αναφέρονται στην εκτέλεση των σωματικών δραστηριοτήτων σε σχέση με τον τομέα της ευκινησίας, της προσωπικής φροντίδας και της επικοινωνίας. Ο ΟΕCD ήταν ο πρώτος οργανισμός που παρουσίασε ένα όργανο μέτρησης της ανικανότητας για διεθνή χρήση και αυτή η χρήση απευθύνεται στους παραπάνω τομείς. Το προτεινόμενο όργανο μέτρησης του δείκτη μακροχρόνια ανικανότητα, το οποίο αναφέρεται και αυτό στους παραπάνω τομείς, βασίζεται σε ένα αναλυτικό ερωτηματολόγιο για τη μακροχρόνια ανικανότητα που αποτελείται από τις ιδέες της ICIDH και έχει αναπτυχθεί από το Βρετανικό Γραφείο της Απογραφής του Πληθυσμού και Ερευνών. Το ερωτηματολόγιο εκτιμά διαφορετικά και σοβαρά επίπεδα μακροχρόνιας ανικανότητας, σύμφωνα με την καθεμία από τις περιοχές

ανικανότητας που καλύπτονται στην ICIDH.

Για το προτεινόμενο όργανο μέτρησης του δείκτη μακροχρόνια ανικανότητα, συμφωνήθηκε ότι οι περιοχές ανικανότητας που έχουν προτεραιότητα για να μετρηθούν από αυτό το όργανο είναι οι εξής: μετακίνηση, προσωπική φροντίδα, εγκράτεια, ακοή και όραση. Σε αυτές τις περιοχές προτεραιότητας, η επιλογή των συγκεκριμένων ερωτήσεων (π.χ. συγκεκριμένες σωματικές δραστηριότητες), καθορίστηκε από τη σοβαρότητα του σωματικού περιορισμού που εμποδίζει την εκτέλεση αυτών των συγκεκριμένων σωματικών δραστηριοτήτων, με τη μέτρησή τους πάνω σε μια κλίμακα από το 0 έως το 15. Ένα "χαμηλότερο" επίπεδο ανικανότητας προσδιορίστηκε από τη σοβαρότητα των σωματικών περιορισμών με τη μέτρησή τους πάνω σε μια κλίμακα που κυμαίνεται μεταξύ 2 και 4 και ένα ανάλογο "υψηλότερο" επίπεδο ανικανότητας με τη μέτρηση των σωματικών περιορισμών πάνω σε μια κλίμακα που κυμαίνεται μεταξύ 8 και 10. Ακολουθώντας αυτούς τους ορισμούς η επικράτηση των χαμηλότερων επιπέδων ανικανότητας εκτιμήθηκε γύρω στο 11% για τον Βρετανικό ενήλικο πληθυσμό, το 1985 – 1988 και η επικράτηση των υψηλότερων επιπέδων ανικανότητας ήταν γύρω στο 5%.

Το προτεινόμενο ερωτηματολόγιο περιέχει δέκα ερωτήσεις για τη μακροχρόνια ανικανότητα και τρεις ερωτήσεις για την ευκινησία. Ακολουθώντας τη σύσταση του Συμβουλίου των Ειδικών της Ευρώπης, μπορούν να προστεθούν στο ερωτηματολόγιο ακόμη τρεις ερωτήσεις για άλλες περιοχές ανικανότητας και αυτές οι ερωτήσεις θα είναι προαιρετικές στη διενέργεια της συνέντευξης υγείας.

Το όργανο μέτρησης του δείκτη μακροχρόνια ανικανότητα δεν είναι κατάλληλο για τα νεαρά παιδιά, συνήθως απευθύνεται σε άτομα ηλικίας από 16 ετών και άνω.



Όργανο μέτρησης του δείκτη (4.2)

| <b>Μακροχρόνια σωματική ανικανότητα</b>  |   |  |
|--|---|--|
| Οι παρακάτω ερωτήσεις θα πρέπει να αναφέρονται σε ό,τι συνήθως είναι ικανό να κάνει το άτομο. Θα πρέπει να αγνοούνται τα παράπονα σχετικά με την προσωρινή κατάσταση ανικανότητας. |   |  |
| <b>Είδη αναπηρίας (με αναφορά στους κώδικες της ICIDH)</b>   |   |  |
| <b>Ευκίνησια<br/>H3</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Είσαι μόνιμα καθηλωμένος στο κρεβάτι αν και μπορείς να έχεις βοήθεια για να σηκωθείς;</li> <li>2. Κάθεσαι σε καρέκλα (όχι καρότσι) όλη τη μέρα αν και μπορείς να έχεις βοήθεια για να περπατήσεις;</li> <li>3. Είσαι περιορισμένος στο σπίτι / διαμέρισμα;</li> </ol> |  |
| <b>Είδη ανικανότητας (με αναφορά στους κώδικες της ICIDH)</b>  |   | <b>Σοβαρό επίπεδο</b>                                    |
| 1. Μετακίνηση<br>D40   | <p>Ποιά είναι η πιο μακρινή απόσταση που μπορείς να περπατήσεις μόνος σου, χωρίς να σταματάς και χωρίς σοβαρή δυσκολία;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Μόνο μερικά βήματα</li> <li>- Περισσότερο από μερικά βήματα, αλλά λιγότερο από 200 μέτρα</li> <li>- Από 200 μέτρα και πάνω</li> </ul>      | <p>Υψηλότερη</p> <p>Χαμηλότερη</p> <p>Μη Ανικανότητα</p> |
| 2. Μεταφορά<br>D60 0   | <p>Μπορείς να ξαπλώσεις και να σηκωθείς από το κρεβάτι μόνος σου;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χωρίς δυσκολία</li> <li>- Με κάποια δυσκολία</li> <li>- Ή μόνο ξαπλώνεις και σηκώνεσαι με τη βοήθεια κάποιου;</li> </ul>   | <p>Μη Ανικανότητα</p> <p>Χαμηλότερη</p> <p>Υψηλότερη</p> |
| 3. Μεταφορά<br>D46 1   | <p>Μπορείς να καθίσεις και να σηκωθείς από την καρέκλα μόνος σου;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χωρίς δυσκολία</li> <li>- Με κάποια δυσκολία</li> <li>- Ή μόνο κάθεσαι και σηκώνεσαι με τη βοήθεια κάποιου;</li> </ul>   | <p>Μη Ανικανότητα</p> <p>Χαμηλότερη</p> <p>Υψηλότερη</p> |
| 4. Ένδυση<br>D35-D36   | <p>Μπορείς να ντυθείς και να ξεντυθείς μόνος σου;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χωρίς δυσκολία</li> <li>- Με κάποια δυσκολία</li> <li>- Ή μόνο ντύνεσαι και ξεντύνεσαι με τη βοήθεια κάποιου;</li> </ul>   | <p>Μη Ανικανότητα</p> <p>Χαμηλότερη</p> <p>Υψηλότερη</p> |
| 5. Πλύση<br>D34 0+<br>D34 2  | <p>Μπορείς να πλύνεις τα χέρια και το πρόσωπό σου μόνος σου;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χωρίς δυσκολία</li> <li>- Με κάποια δυσκολία</li> <li>- Ή μόνο πλένεις τα χέρια και το πρόσωπό σου με τη βοήθεια κάποιου;</li> </ul>  | <p>Μη Ανικανότητα</p> <p>Χαμηλότερη</p> <p>Υψηλότερη</p> |
| 6. Τροφή<br>D37+D38  | <p>Μπορείς να τραφείς μόνος σου και να κόψεις το φαγητό;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χωρίς δυσκολία</li> <li>- Με κάποια δυσκολία</li> <li>- Ή τρέφεσαι μόνο με τη βοήθεια κάποιου;</li> </ul>   | <p>Μη Ανικανότητα</p> <p>Χαμηλότερη</p> <p>Υψηλότερη</p> |

|                                      |                                |  |   |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|---|
| 7.                                   | Τουαλέτα<br>D32.0+<br>D32.2    | Μπορείς να πας και να χρησιμοποιήσεις την τουαλέτα μόνος σου.<br>- Χωρίς δυσκολία<br>- Με κάποια δυσκολία<br>- Ή μόνο πηγαίνεις και χρησιμοποιείς την τουαλέτα με τη βοήθεια κάποιου.  | Μη ανικανότητα<br>Χαμηλότερη<br>Υψηλότερη                   |
| 8.                                   | Εγκράτεια<br>D30+D31<br>(+I91) | Έχεις ποτέ χάσει τον έλεγχο της ουροδόχου κύστης σου;<br>- Όχι<br>Εάν Ναι:<br>Χάνεις τον έλεγχο της ουροδόχου κύστης σου;<br>- Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα<br>- Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα αλλά τουλάχιστον μια φορά το μήνα<br>- Λιγότερο από μια φορά το μήνα  | Μη Ανικανότητα<br>Υψηλότερη<br>Χαμηλότερη<br>Μη Ανικανότητα |
| 9.                                   | Ακοή<br>D23                    | Είναι η ακοή σου αρκετά καλή (έστω και με ακουστικό), για να παρακολουθείς ένα πρόγραμμα στην τηλεόραση, σε ένταση που οι άλλοι βρίσκουν αποδεκτή;<br>- Ναι<br>Εάν Όχι:<br>Μπορείς να παρακολουθήσεις ένα πρόγραμμα τηλεόρασης με αρκετή ένταση; (έστω και με ακουστικό)<br>- Ναι<br>- Όχι   | Μη Ανικανότητα<br>Χαμηλότερη<br>Υψηλότερη                   |
| 10.                                  | Όραση<br>D26                   | Μπορείς να δεις αρκετά καλά (με γυαλιά ή φακούς επαφής αν είναι απαραίτητο), ώστε να αναγνωρίζεις ένα φίλο σου σε απόσταση τεσσάρων μέτρων (κατά μήκος του δρόμου);<br>- Ναι<br>Εάν Όχι:<br>Μπορείς να δεις αρκετά καλά (με γυαλιά ή φακούς επαφής αν είναι απαραίτητο), ώστε να αναγνωρίζεις ένα φίλο σου, σε απόσταση ενός μέτρου.<br>- Ναι<br>- Όχι | Μη Ανικανότητα<br>Χαμηλότερη<br>Υψηλότερη                   |
| 3.                                   | Μεταφορά<br>D46.1              | Μπορείς να καθίσεις και να σηκωθείς από την καρέκλα μόνος σου;<br>- Χωρίς δυσκολία<br>- Με κάποια δυσκολία<br>- Ή μόνο κάθεται και σηκώνεται με τη βοήθεια κάποιου.  | Μη Ανικανότητα<br>Χαμηλότερη<br>Υψηλότερη                   |
| <b>Προαιρετικά είδη ανικανότητας</b> |                                |  |   |
| 1.                                   | Σκαλιά<br>D42                  | Μπορείς να ανεβοκατέβεις δώδεκα σκαλιά, χωρίς να ξεκουραστείς;<br>- Ναι<br>Εάν Όχι:<br>Μπορείς να το κάνεις εάν ξεκουράζεσαι.<br>- Ναι<br>- Όχι  | Μη Ανικανότητα<br>Μη Ανικανότητα<br>Χαμηλότερη              |
| 2.                                   | Σκύψιμο<br>D52                 | Μπορείς (όταν στέκεσαι όρθιος) να σκύψεις και να πάρεις ένα παπούτσι από το πάτωμα;<br>- Ναι<br>- Όχι  | Μη Ανικανότητα<br>Χαμηλότερη                                |
| 3.                                   | Ομιλία<br>D21                  | Μπορείς να μιλήσεις χωρίς δυσκολία;<br>- Ναι<br>- Όχι  | Μη Ανικανότητα<br>Χαμηλότερη                                |

**Παρουσίαση των δεδομένων**

Για τον υπολογισμό του ποσοστού (%) του πληθυσμού, που βιώνει διαφορετικά επίπεδα μακροχρόνιας ανικανότητας ανάλογα με την ηλικία και το φύλλο (Δείκτης "Υγεία για Όλους" 4.2 από τη λίστα δεικτών) είναι πιθανό να προκύψουν επίπεδα με διαφορετικά σύνολα. Για κάποιους σκοπούς υγείας τα αποτελέσματα ανά ερώτηση είναι απαραίτητα, για παράδειγμα, για την επικράτηση των προβλημάτων ακοής. Για άλλους σκοπούς υγείας οι συνολικές βαθμολογίες είναι απαραίτητες. Παρακάτω παρουσιάζονται δύο συνολικές βαθμολογίες (δύο επιπέδων μακροχρόνιας ανικανότητας), η μία για την αναπηρία και η δεύτερη για την ανικανότητα.

**Βαθμολογία Αναπηρίας**

Προτείνω τα τρία είδη αναπηρίας να βαθμολογούνται ως εξής:

- |                                      |         |         |
|--------------------------------------|---------|---------|
| - Περιορισμός στο κρεβάτι            | Όχι = 0 | Ναι = 3 |
| - Περιορισμός στην καρέκλα           | Όχι = 0 | Ναι = 2 |
| - Περιορισμός στο σπίτι / διαμέρισμα | Όχι = 0 | Ναι = 1 |

Η συνολική βαθμολογία για την αναπηρία είναι η πιο υψηλή τιμή από τις τρεις τιμές, που είναι καθορισμένες για τη βαθμολόγηση της κάθε απάντησης του ατόμου και κυμαίνεται από 0 - 3.

**Βαθμολογία Ανικανότητας**

Καθένα από τα 10 είδη ανικανότητας του ερωτηματολογίου βαθμολογείται με μια κλίμακα τριών βαθμών:

- |                   |   |
|-------------------|---|
| - Όχι ανικανότητα | 0 |
| - Χαμηλότερη      | 1 |
| - Υψηλότερη       | 2 |

Η συνολική βαθμολογία για την ανικανότητα είναι η υψηλότερη τιμή

που μεταβιβάζεται σε καθένα από τα 10 είδη ανικανότητας και κυμαίνεται από 0 - 2.

Εάν τα τρία προαιρετικά είδη ανικανότητας συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο, τότε μπορεί επίσης να υπολογιστεί μια συνολική βαθμολογία για 13 είδη ανικανότητας.

Στη βάση αυτών των συνολικών βαθμολογιών μπορούν να παρουσιαστούν τα ποσοστά (%) του πληθυσμού με χαμηλότερα και υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές οι συνολικές βαθμολογίες δεν εκφράζουν το συνολικό αριθμό των ανικανοτήτων. Για παράδειγμα, εναλλακτικές συνολικές βαθμολογίες, όπως είναι η συνολική βαθμολογία ανάλογα με το είδος της ανικανότητας (π.χ. προσωπική φροντίδα, επικοινωνία) και ανάλογα με τον αριθμό των ανικανοτήτων που αναλογούν σε ένα σοβαρό επίπεδο ανικανότητας.

Το προτεινόμενο όργανο μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση των ατόμων με ανικανότητες για το δείκτη "Υγεία για Όλους" 3.2 (ποσοστό % των ατόμων με ανικανότητες που βρίσκονται σε ηλικία εργασίας σε σχέση με απλές δραστηριότητες απασχόλησης) και για την εκτίμηση της σύγχρονης εργασίας και του επιπέδου απασχόλησης για τον παραπάνω δείκτη.

### Σύγνια

Στη θεωρία, οι δείκτες που αφορούν τις συνέπειες των ασθενειών είναι ανεξάρτητοι από τις αιτίες που έχουν ως αποτέλεσμα την ύπαρξη αυτών των συνεπειών, αλλά οι συνήθεις δείκτες ανικανότητας δεν σχετίζονται ιδιαίτερα με τις πρωταρχικές συνέπειες των πνευματικών διαταραχών.

Προκειμένου να μετρηθεί η μακροχρόνια ανικανότητα που είναι αποτέλεσμα τέτοιων πνευματικών καταστάσεων υγείας, θα πρέπει γι' αυτό το σκοπό να χρησιμοποιηθεί ένας ξεχωριστός δείκτης.

#### IV. ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

##### Ιστορικό

Ο κλασικός δείκτης δημόσιας υγείας είναι η θνησιμότητα, η οποία συχνά εκφράζεται ως προσδόκιμο επιβίωσης. Με την παρουσίαση άλλων δεικτών δημόσιας υγείας, όπως ο δείκτης για τη χρόνια ασθένεια και ο δείκτης για την ανικανότητα, έχει αυξηθεί η ανάγκη για τη χρησιμοποίηση ειδικών δεικτών υγείας. Ο όρος προσδόκιμο επιβίωσης αναφέρεται σε ένα δείκτη υγείας, που συνδυάζει πληθυσμιακά δεδομένα που αφορούν τη θνησιμότητα, με άλλους δείκτες υγείας όπως η ανικανότητα, η προσλαμβάνουσα υγεία, η παρουσία ή απουσία χρόνιας ασθένειας ή μια ιδιαίτερη χρόνια πνευματική κατάσταση, όπως η παραφροσύνη. Ο παραπάνω δείκτης ερμηνεύεται ως μέσος όρος των χρόνων ζωής χωρίς προβλήματα υγείας και προσδιορίζεται από τις μεταβλητές που περιλαμβάνονται για το δείκτη. Επιστημονικές προσπάθειες τα τελευταία χρόνια έχουν συγκεντρωθεί πάνω στην ανάπτυξη μιας σειράς από μέτρα για την προσδοκία υγιεινής ζωής και τα μέτρα αυτά βασίζονται σε διαφορετικούς δείκτες υγείας και σε διαφορετικά σοβαρά επίπεδα προβλημάτων υγείας. Ο υπολογισμός του προσδόκιμου επιβίωσης χωρίς ανικανότητα, που αποτελεί μια ειδική περίπτωση του προσδόκιμου επιβίωσης, προτείνεται ως ο υπολογισμός, που τουλάχιστον θα πρέπει να γίνει. (Δείκτης "Υγεία για Όλους" 4.2 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>).

Ο δείκτης 4.2 προσδιορίζεται ως ο μέσος όρος των χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα και θεωρείται ότι είναι μία ελκυστική λύση για τη μέτρηση ένας από τους κυριότερους στόχους της στρατηγικής "Υγεία για Όλους", ο δείκτης 4.2 είναι σημαντικός για τον έλεγχο των στόχων "Υγεία για Όλους" που σκοπεύουν στη μείωση της χρόνιας ασθένειας και της ανικανότητας (στόχος 4 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής (στόχος 2 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) και στη υγιεινή γήρανση (στόχος 6 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>).

Η ιδέα ενός συνολικού περιεχομένου, λαμβάνοντας υπόψη και τη θνησιμότητα και την ανικανότητα, περιγράφηκε αρχικά από τον Sanders το 1964. Από τότε σημειώθηκε μια αξιόλογη μεθοδολογική έρευνα, ειδικά μέσα στο διεθνές πληροφοριακό δίκτυο έρευνας REVES. Υπάρχουν δύο κύρια θέματα προς μελέτη για το δείκτη 4.2: η επιλογή της μεθόδου υπολογισμού και η προέλευση των δεδομένων ανικανότητας που χρησιμοποιείται.

Όταν θεωρείται ως αφετηρία για τον υπολογισμό του δείκτη 4.2, η ξεχωριστή συλλογή των δεδομένων ανικανότητας (από τις EMYE) προτείνεται η μέθοδος υπολογισμού του Sullivan για τον παραπάνω δείκτη. Αυτή η μέθοδος αρχικά περιγράφηκε το 1971 και χρησιμοποιεί την παρατηρούμενη διατήρηση της ανικανότητας σε κάθε ηλικία, μέσα στον πληθυσμό, προκειμένου να διαφέρει τα χρόνια ζωής σε διαφορετικές ηλικίες με τα χρόνια ζωής με ανικανότητα και με τα χρόνια ζωής χωρίς ανικανότητα. Οι βασικές διαστρωματικές έρευνες είναι επαρκείς για τη συλλογή πληροφόρησης πάνω στην παρατηρούμενη διατήρηση της ανικανότητας μέσα στον πληθυσμό. Άλλες πιο εξελιγμένες μέθοδοι υπολογισμού της ανικανότητας - όπως είναι η μέθοδος double decrement life-table και η μέθοδος multistate life-table - απαιτούν πιο εξειδικευμένα δεδομένα πάνω στην ανικανότητα, προερχόμενα από μελέτες γεωγραφικού μήκους (longitudinal studies).

Όταν χρησιμοποιούνται οι διαστρωματικές EMYE για τη συλλογή δεδομένων πάνω στην ανικανότητα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθες παρατηρήσεις:

1. Η μέθοδος υπολογισμού του Sullivan για το δείκτη 4.2, χρησιμοποιεί τις διατηρήσεις των καταστάσεων υγείας που παρατηρούνται σε μια συγκεκριμένη ηλικία, για μια ομάδα του πληθυσμού, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, προκειμένου να υπολογίσει τα χρόνια ζωής στις διάφορες καταστάσεις υγείας σε κάθε ηλικία με τη βοήθεια ενός πίνακα που παρουσιάζει την κάθε

ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού. Οι παρατηρούμενες τιμές διατήρησης των διαφόρων καταστάσεων υγείας που αφορούν την κάθε ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού, βασίζονται όχι μόνο σε σύγχρονες συνθήκες υγείας αλλά και σε πρόσφατες συνθήκες υγείας για την κάθε ηλικιακή ομάδα π.χ. διατήρηση, ανάρρωση και κατάσταση υγείας με συγκεκριμένη θνησιμότητα, που σχετίζονται με την πρόσφατη χρονική περίοδο (ή με τις ηλικίες των ομάδων του πληθυσμού). Για αυτό το λόγο, η μέθοδος του Sullivan δεν επιτρέπει πραγματικές συγκρίσεις των δεδομένων ανικανότητας μέσα στο χρόνο. Εν τούτοις μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι παρόλο που η μέθοδος του Sullivan δεν είναι ικανή για να εντοπίσει την ξαφνική αλλαγή των μεταφερόμενων τιμών ανικανότητας, αλλά μπορεί να υπολογίσει την πραγματική αξία της χρονικής περιόδου, στην περίπτωση που υπάρχουν ομαλές και σχετικές απλές αλλαγές για μια μεγάλη χρονική περίοδο.

2. Γενικά οι ΕΜΥΕ αποκλείουν από τη διενέργειά τους τα άτομα που κατοικούν σε ιδρύματα υγείας, όπως στους οίκους ευγηρίας. Εξαιτίας του γεγονότος ότι ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού ζει σε ιδρύματα υγείας και αποτελείται από άτομα με ανικανότητες, ο λανθασμένος υπολογισμός της ηλικίας αυτών των ατόμων που σχετίζεται με τη διατήρηση της ανικανότητας, θα συμβαίνει όταν αυτές οι ηλικιακές τιμές βασίζονται μόνο σε δεδομένα που προέρχονται από έρευνα. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να υπολογιστεί η αναλογία του πληθυσμού που ζει σε ιδρύματα υγείας, προκειμένου να ρυθμιστούν κατάλληλα και οι ηλικιακές τιμές. Για τη ρύθμιση "ζωή σε ίδρυμα", από μόνη της δεν μπορεί να σταθεί ως ανικανότητα (ανικανότητα του ατόμου για να ζήσει σε ένα φυσιολογικό σπίτι), εναλλακτικά και ειδικότερα, η διατήρηση των ηλικιακών τιμών της ανικανότητας, που παρατηρούνται στα

άτομα που κατοικούν σε ιδρύματα υγείας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παραπάνω ρύθμιση και αυτή η επικράτηση μπορεί να προέρχεται από δεδομένα υγείας από διάφορους τύπους ιδρυμάτων υγείας ύστερα από την αποδοχή της απόρριψής τους. Υπάρχουν περιορισμοί και στις δύο παραπάνω προσεγγίσεις: οι ορισμοί των ιδρυμάτων υγείας διαφέρουν από χώρα σε χώρα και τα δεδομένα ανικανότητας που προέρχονται από τις πληθυσμιακές έρευνες ή τα αρχεία των ιδρυμάτων υγείας, σπανίως βασίζονται στα ίδια όργανα συλλογής δεδομένων για την ανικανότητα.

3. Τα δεδομένα για την ανικανότητα που συλλέγονται από τις ΕΜΥΕ προσδιορίζονται αποκλειστικά από το όργανο συλλογής τους το οποίο χρησιμοποιείται στη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Όπου είναι εφικτό η ανικανότητα θα πρέπει να μετράται στη βάση των οργάνων για την προσωρινή και μακροχρόνια ανικανότητα, όπως ήδη έχει περιγραφεί. Διαφορετικές προσαρμογές των δεδομένων ανικανότητας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν, αλλά για όλες τις προσαρμογές είναι σημαντικό να περιγράφονται με κάθε λεπτομέρεια σε ποιου είδους ανικανότητες (και ποιας σοβαρότητας) αναφέρονται.
4. Η μέτρηση των πνευματικών διαταραχών στις ΕΜΥΕ δεν είναι κοινά αποδεκτή. Για τον υπολογισμό του δείκτη (4.2), παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να υπάρχει μια συγκεκριμένη μέτρηση για τις ανικανότητες που σχετίζονται με αυτές τις διαταραχές.

#### Διαδικασία Υπολογισμού

Η προτεινόμενη διαδικασία υπολογισμού είναι η μέθοδος του Sullivan. Αυτή η μέθοδος βασίζεται στη σύνδεση των δεδομένων της θνησιμότητας (από στατιστικές), των δεδομένων για τα άτομα που ζουν σε ιδρύματα υγείας (από απογραφές) και των δεδομένων της ανικανότητας (από τις ΕΜΥΕ) και



περιλαμβάνει την αφαίρεση του αριθμού των χρόνων ζωής με ανικανότητα από τον αριθμό των χρόνων ζωής μιας θεωρητικής ομάδας ατόμων κάτω από τις καταστάσεις θνησιμότητας του τρέχοντος χρόνου. Το άθροισμα των χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα, που αναφέρεται για τον αρχικό αριθμό των ατόμων της ομάδας του πληθυσμού, αντιπροσωπεύει την αξία της προσδοκίας ζωής χωρίς ανικανότητα. Ένα παράδειγμα αυτής της μεθόδου υπολογισμού και το οποίο προέρχεται από το Robine περιγράφεται παρακάτω. Για απλότητα, η ρύθμιση των τιμών ανικανότητας με τα δεδομένα για τον πληθυσμό που ζει σε ιδρύματα υγείας, έχει αποκλεισθεί από τη μέθοδο υπολογισμού του δείκτη 4.2.

Από τον αριθμό των επιζώντων (στήλη β) στον πίνακα ζωής (πίνακας 3) υπολογίζεται ο αριθμός των χρόνων ζωής ανάμεσα σε κάθε ηλικία. Η επικράτηση της ανικανότητας (στήλη δ) μετά χρησιμοποιείται για να υπολογιστεί ο αριθμός των χρόνων ζωής με ανικανότητα (στήλη ε). Αφαιρώντας αυτά τα χρόνια από τον αριθμό των χρόνων ζωής ανάμεσα σε κάθε ηλικία, αποκτάται ο αριθμός των χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα (στήλη στ). Μετά υπολογίζεται ο συνολικός αριθμός των χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα από κάθε δοσμένη ηλικία  $x$  (στήλη α) και σχετίζεται με το συνολικό αριθμό των επιζώντων σε αυτή τη δοσμένη ηλικία (στήλη β) για την απόκτηση του δείκτη 4.2 σε αυτή την ηλικία  $x$  (στήλη ζ).

**Πίνακας 3.** Δείκτης Προσδοκία ζωής χωρίς ανικανότητα (σε χρόνια) για άνδρες, στην Άνω Νορμανδία το 1979 (μέθοδος υπολογισμού του Sullivan για το δείκτη)

| Ηλικία<br>$x$ | Επιζώντες | Χρόνια ζωής<br>μεταξύ<br>$x$ και $x + 5$ | Επικράτηση<br>ανικανότητας<br>μεταξύ $x$ και $x+5$ | Χρόνια ζωής με<br>ανικανότητα<br>μεταξύ $x$ και $x + 5$ | Χρόνια ζωής χωρίς<br>ανικανότητα μετα-<br>ξύ $x$ και $x + 5$ | Δείκτης<br>DFLE<br>από $x$ |
|---------------|-----------|--|--|---|--|----------------------------|
| (α)           | (β)       | (γ)                                      | (δ)  | (ε)   | (στ)   | (ζ)                        |
| 65            | 100.000   | 463.715                                  | 0.078  | 36.170  | 427.545  | 10.9                       |
| 70            | 85.486    | 376.533                                  | 0.137  | 51.585  | 329.948  | 7.7                        |
| 75            | 65.127    | 266.085                                  | 0.243  | 64.659  | 201.426  | 5.1                        |
| 80            | 41.307    | 147.690                                  | 0.310  | 45.784  | 101.906  | 3.2                        |
| 85            | 17.769    | 59.025                                   | 0.615  | 36.300  | 22.725   | 1.8                        |
| 90            | 5.841     | 19.043                                   | 0.522  | 9.940   | 9.103  | 1.6                        |

Πηγή: Colvez

Ο συνολικός αριθμός των χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα από την ηλικία των 65 ετών και άνω είναι ο αριθμός 1.087.653 που προέκυψε από την πρόσθεση όλων των τιμών της στήλης στ. Αυτό το άθροισμα διαιρείται από τον αριθμό των επιζώντων σε ηλικία 65 ετών για να υπολογιστεί ο δείκτης 4.2 για τους άνδρες στην ηλικία των 65 ετών στην Άνω Νορμανδία το 1979: το άθροισμα της στήλης στ που είναι το 1.087.653 διαιρείται με το 100.000 της στήλης β που είναι ο αριθμός των επιζώντων στην ηλικία των 65 ετών. Το αποτέλεσμα αυτής της διαίρεσης είναι τα 10.9 χρόνια που αφορούν το δείκτη 4.2. Για την ηλικία των 70 ετών και άνω ο συνολικός αριθμός των χρόνων ζωής χωρίς ανικανότητα είναι 660.108 χρόνια, ο οποίος αριθμός προκύπτει με δύο τρόπους: (1) είτε από την αφαίρεση του αριθμού 1.087.653 από τον αριθμό 427.545 που αφορά τα χρόνια ζωής χωρίς ανικανότητα για την ηλικία των 65 ετών, (2) είτε από την πρόσθεση όλων των τιμών για τα χρόνια ζωής χωρίς ανικανότητα από την ηλικία των 70 ετών μέχρι και την ηλικία 90 ετών της στήλης στ. Ο αριθμός 660.108 διαιρείται από τον αριθμό των επιζώντων στην ηλικία των 70 ετών για τον υπολογισμό του δείκτη 4.2 στην ηλικία των 70 ετών: ο αριθμός 660.108 διαιρείται από το 85.486 της στήλης β που είναι ο αριθμός των επιζώντων στην ηλικία των 70 ετών. Το αποτέλεσμα αυτής της διαίρεσης είναι τα 7.7 χρόνια που αφορούν το δείκτη 4.2. Οι υπολογισμοί επαναλαμβάνονται με την ίδια διαδικασία μέχρι να ολοκληρωθεί η στήλη ζ.

### Παρουσίαση δεδομένων

Το προσδόκιμο επιβίωσης χωρίς ανικανότητα θα πρέπει να αναφέρεται στη γέννηση και στις ηλικίες 1, 15, 45 και 65 ετών θα πρέπει να παρουσιάζεται και για τα δύο φύλλα άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά.

### Σχόλια

Πολλές χώρες χρησιμοποιούν τις διαστρωματικές έρευνες υγείας που σχεδιάστηκαν για να παρέχουν απλές εκτιμήσεις για τη σύνθεση της υγείας

του πληθυσμού. Αυτό εξηγεί γιατί οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν δεδομένα έρευνας, όπως η μέθοδος Sullivan είναι και θα εξακολουθήσουν να είναι δημοφιλείς. Προκειμένου να παράγονται τα περισσότερα δεδομένα υγείας από αυτές τις έρευνες που υπάρχουν για τον υπολογισμό του πίνακα περιεχομένων της προσδοκίας υγιεινής ζωής, είναι επιθυμητό να συλλέγεται πληροφόρηση σχετικά με τις μεταβολές της υγείας, για παράδειγμα οι αλλαγές του επιπέδου υγείας για το άτομο. Για να βελτιωθεί η ακρίβεια της εκτίμησης του προσδόκιμου επιβίωσης, προτείνεται να διενεργούνται ετήσιες έρευνες με μια ερώτηση υγείας που θα ισχύει για 12 μήνες και θα αφορά το επίπεδο υγείας, ή ανάλογες μελέτες με ισχύ για ένα ή δύο χρόνια.

Οι αναπτύξεις βρίσκονται σε εξέλιξη για τη χρήση και τον υπολογισμό του πίνακα περιεχομένων για το προσδόκιμο επιβίωσης, ιδιαίτερα για μελέτες συγκεκριμένης χρονικής στιγμής και για διεθνείς συγκρίσεις. Το διεθνές πληροφοριακό δίκτυο έρευνας REVES παίζει ένα σημαντικό ρόλο για αυτές τις αναπτύξεις.

Μια από τις πρώτες συνθήκες για την καθιέρωση υπολογισμών για το προσδόκιμο επιβίωσης που να μπορούν να συγκριθούν, είναι η συλλογή από τις χώρες δεδομένων που να μπορούν να συγκριθούν και να αφορούν τους δείκτες υγείας, όπως η ανικανότητα και η προσλαμβάνουσα υγεία. Οι προσπάθειες που έγιναν στα συμβούλια για τη συλλογή τέτοιων δεδομένων υγείας, όπως περιγράφηκε σε άλλο μέρος αυτού του κεφαλαίου, θα πρέπει να συνεισφέρουν στην περαιτέρω ανάπτυξη των αποδεκτών μετρήσεων για το προσδόκιμο επιβίωσης.

## V. ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ)

### Ιστορικό

Σήμερα, οι χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά

νοσήματα, οι ρευματικές παθήσεις και οι πνευματικές διαταραχές, αποτελούν ένα μεγάλο δημόσιο πρόβλημα υγείας. Αυτές οι ασθένειες συνοδεύονται από πόνο, ταλαιπωρία, στενοχώρια και απώλεια της φυσικής κατάστασης του ατόμου και αυτές οι ασθένειες ασκούν πίεση στις υπηρεσίες υγείας και γενικά στην κοινωνία. Γι αυτό το λόγο η μείωση της θνησιμότητας και της ανικανότητας εξαιτίας των χρόνιων ασθενειών είναι ένας σημαντικός στόχος της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" (στόχος 4 από τη λίστα δεικτών). Η μέτρηση των ιατρικών περιστατικών και η διατήρηση των επιλεγμένων χρόνιων καταστάσεων υγείας για όλες τις ηλικίες και για τα άτομα από 65 ετών και άνω, ανάλογα με το φύλο (δείκτης 4.6 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), είναι επίσης σχετική και με την υγιεινή γήρανση (στόχος 6 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>).

Πρωτίστως οι χρόνιες πνευματικές καταστάσεις υγείας μπορούν να συσχετισθούν με τα σωματικά προβλήματα υγείας ή με τις πνευματικές διαταραχές. Αυτό το κεφάλαιο ασχολείται, ιδιαίτερα, με την εκτίμηση των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας, οι σωματικές καταστάσεις υγείας περιγράφονται σε παρακάτω κεφάλαιο. Η μέτρηση των συνεπειών ως αποτέλεσμα των πνευματικών προβλημάτων υγείας σε σχέση με τις μακροχρόνιες ανικανότητες περιγράφεται στο παρακάτω κεφάλαιο, για τη μακροχρόνια ανικανότητα (πνευματική / κοινωνική). Φυσικά, οι απόψεις για την πνευματική υγεία έχουν ήδη συμπεριληφθεί σε προηγούμενα κεφάλαια σε σχέση με τη προσλαμβάνουσα υγεία και την προσωρινή ανικανότητα.

Το φάσμα των πνευματικών προβλημάτων υγείας εκτείνεται από την ψυχολογικά άρρωστη υγεία, μέχρι και τις αρκετά σοβαρές πνευματικές διαταραχές. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον το 5% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης που υπάγεται στο Π.Ο.Υ. υποφέρει από σοβαρές διαγνωστικές πνευματικές διαταραχές (νευρώσεις και λειτουργικές ψυχώσεις) αν και η επικράτηση αυτών των ασθενειών εκτιμάται διαφορετικά από μελέτη σε μελέτη. Εκτιμάται ακόμη ότι τουλάχιστον ένα επιπρόσθετο 15% από τον

παραπάνω αναφερόμενο πληθυσμό, υποφέρει από λιγότερο σοβαρές πνευματικές καταστάσεις υγείας, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου.

Αυτές οι πνευματικές καταστάσεις υγείας επηρεάζουν την κοινωνική ευημερία και δημιουργούν τον κίνδυνο για την ύπαρξη περισσότερων σοβαρών πνευματικών προβλημάτων υγείας, καθώς και την ύπαρξη απειλητικής συμπεριφοράς, για τη ζωή του ατόμου, όπως η αυτοκτονία, η βία και η κατάχρηση των ναρκωτικών ουσιών. Ο στόχος 12 της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" είναι η μείωση των πνευματικών διαταραχών και της αυτοκτονίας. Γι' αυτό το λόγο η μέτρηση των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας σχετίζεται ευθέως με αυτό το στόχο και ιδιαίτερα με το δείκτη 12.3 από τη λίστα δεικτών (Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>).

Για τη μέτρηση των πνευματικών διαταραχών από τις ΕΜΥΕ, θα πρέπει να γίνει μια επιλογή από ορισμένες πνευματικές διαταραχές, αφού δεν είναι δυνατόν να μετρηθούν όλες από τις περισσότερες από 120 διαγνώσεις πνευματικών διαταραχών, όπως αυτές διακρίνονται σήμερα. Τα κριτήρια για την επιλογή των πνευματικών διαταραχών που θα μπορούν να μετρηθούν, είναι σχετικά με τις πολιτικές δημόσιες υγείας και αφορούν τη διατήρηση, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια αυτών των πνευματικών διαταραχών. Πάνω σε αυτή τη βάση επιλέγονται οι ακόλουθες σημαντικές χρόνιες καταστάσεις υγείας: πνευματική κατάπτωση, διανοητική αναπηρία, διαταραχές άγχους και πνευματικές διαταραχές που οφείλονται σε ψυχολογική συγκίνηση. Αφού τα μεγέθη των δειγμάτων από τον πληθυσμό για τη διενέργεια των ΕΜΥΕ, δεν είναι αρκετά μεγάλα για να επιτρέπουν τον υπολογισμό των τιμών της διατήρησης των πνευματικών διαταραχών. Με βάση αυτά τα μεγέθη των δειγμάτων μπορεί μόνο να εκτιμηθεί η διατήρηση αυτών των καταστάσεων υγείας.

Επειδή η γνώση των απαντώντων είναι γενικά φτωχή, σχετικά με τις προαναφερόμενες διαγνώσεις των πνευματικών διαταραχών, τα όργανα για τη

μέτρηση αυτών των ασθενειών θα πρέπει να βασίζονται σε μια προσέγγιση των συμπτωμάτων τα οποία σηματοδοτούν την ύπαρξη αυτών των πνευματικών διαταραχών. Μια τέτοια προσέγγιση απαιτεί αρκετό χρόνο, αφού θα πρέπει να μελετήσει έναν μεγάλο αριθμό συμπτωμάτων, προκειμένου να διαγνώσει μια πνευματική ασθένεια. Προτείνεται για τη μείωση του χρόνου και των οικονομικών εξόδων να χρησιμοποιείται - εκτός από τη διάγνωση της παραφροσύνης - μια διαδικασία δύο σταδίων. Τις ερωτήσεις που βλέπει σε κάρτα ο απαντώντας και ακολουθούνται από μια αναλυτική συνέντευξη (στάδιο 2) στην περίπτωση που τα αποτελέσματα αυτών των ερωτήσεων δημιουργούν την ανάγκη για αναλυτικότερη μέτρηση. Σε μεγάλα δείγματα του γενικού πληθυσμού, η χρήση της διαδικασίας των δύο σταδίων είναι η πιο αποδοτική διαδικασία για την εκτίμηση των πνευματικών καταστάσεων υγείας που αφορά τα πληθυσμιακά δείγματα. Μια σύντομη περιγραφή των προτεινόμενων οργάνων για τη μέτρηση των επιλεγόμενων χρόνιων καταστάσεων υγείας δίνεται παρακάτω. Μια περιεκτική περιγραφή και ταξινόμηση για τις πιο πρόσφατα αναπτυγμένες και κοινά χρησιμοποιούμενες τεχνικές έρευνας, μπορούν να βρεθούν στην ανάλογη έκδοση Thompson and Wetzler.

### **1. Πνευματική Κατάπτωση (Dementia)**

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η πνευματική κατάπτωση και ιδιαίτερα η νόσος Alzheimer έχουν μεταμορφωθεί από άγνωστα σύνδρομα σε μια μεγάλη ανησυχία για τη δημόσια υγεία. Σε αυτή τη χρονική περίοδο, είχε αναπτυχθεί μια μεγάλη ποικιλία από όργανα για τη μέτρηση της πνευματικής κατάπτωσης. Τα τεστ που βασίζονται σε νευροψυχολογικές μετρήσεις φαίνονται να είναι τα πιο κατάλληλα για τη διενέργεια των ΕΜΥΕ, γιατί είναι σύντομα, ερμηνεύονται εύκολα και εφαρμόζονται σχετικά εύκολα. Από αυτά τα τεστ, το τεστ για την πολιτεία της Αιόβα σε σχέση με την πνευματική κατάπτωση, προτείνεται για χρήση γιατί δεν περιορίζεται από ένα

δεδομένο αιτιολογικό τύπο της νόσου. Άλλο πλεονέκτημα αυτού του τεστ είναι ότι δεν προϋποθέτει πανεπιστημιακή μόρφωση ή γνώση της σχετικής με τη νόσο βιβλιογραφία από την πλευρά των ερωτώντων. Το τεστ αυτό αποτελείται από τρία υπο-τεστ:

- τη μέτρηση του προσωρινού προσανατολισμού, η οποία εκτιμά την ακρίβεια της αναγνώρισης του μήνα, της ημέρας του μήνα, του έτους, της ημέρας της εβδομάδας και της ώρας
- το ελεγχόμενο προφορικό τεστ συσχέτισης λέξεων ή τεστ ευφράδειας, το οποίο απαιτεί από τον απαντούντα να σχηματίσει και να πει όσες πιο πολλές λέξεις μπορεί όταν αυτές θα πρέπει να ξεκινούν με ένα συγκεκριμένο γράμμα της αλφαβήτου και για χρονικό διάστημα πάνω από ένα λεπτό
- το τεστ μνήμης εικόνων Benton (σε έκδοση MC), το οποίο μετρά την οπτική αντίληψη και την οπτική μνήμη για μικρό χρονικό διάστημα με τη χρήση κάποιων σημαδιών που βλέπει ο απαντώντας.

Η εκτίμηση της νόσου θα πρέπει να περιορίζεται για άτομα από 55 ετών και άνω, γιατί η νόσος Alzheimer σπάνια εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 55 ετών.

Στην αρχή της συνέντευξης, για τη μέτρηση της πνευματικής κατάπτωσης, σύμφωνα με το ανάλογο τεστ που έγινε στην πολιτεία Αιόβα, ο ερωτών απευθύνει την εξής ερώτηση των απαντούντα:

"Θα θέλαμε να ξέρουμε τη γνώμη των ηλικιωμένων ατόμων πάνω σε έναν αριθμό από ερωτήσεις και να ερμηνεύσουμε την ικανότητά τους για την εκτέλεση μερικών απλών εργασιών. Από καιρό σε καιρό, ο καθένας ηλικιωμένος έχει πρόβλημα στο να θυμηθεί το όνομα ενός γνωστού ατόμου, ή στο να μάθε κάτι καινούργιο ή κάποιοι ηλικιωμένοι βρίσκονται σε σύγχυση για ορισμένα λεπτά. Εκτός από αυτό, εσύ συνήθως έχει προβλήματα με την ικανότητά του στο να θυμάσαι ή να μαθαίνεις;"

(Ναι / Όχι)

"Θα ήθελα να σου κάνω μερικές ερωτήσεις πάνω σ' αυτό το θέμα"

**(α) Μέτρηση του προσωρινού προσανατολισμού**

1. Μπορείς να μου πεις τη σημερινή ημερομηνία; (ο απαντών θα πρέπει να δώσει την ημέρα, το μήνα και το χρόνο)
2. Μπορείς να μου πεις ποια είναι σήμερα η ημέρα της εβδομάδας;
3. Σε παρακαλώ μην κοιτάξεις το ρολόι σου. Μπορεί να μου πεις τι ώρα είναι τώρα; (ο ερωτώντας βεβαιώνεται ότι ο απαντώντας δεν μπορεί να δει την ώρα στο ρολόι του ή σε ρολόι τοίχου)

**Βαθμολογία**

- Ημέρα της εβδομάδας: 1 βαθμός δίνεται για κάθε μέρα που απαντάται και που απομακρύνεται από τη σωστή ημέρα, μέχρι το μέγιστο των 3 βαθμών.
- Ημέρα του μήνα: 1 βαθμός δίνεται για κάθε μέρα που απαντάται και που απομακρύνεται από τη σωστή ημέρα, μέχρι το μέγιστο των 15 βαθμών.
- Μήνας: 5 βαθμοί δίνονται για κάθε μήνα που απαντάται και απομακρύνεται από το σωστό μήνα μέχρι το μέγιστο των 30 βαθμών (με την απαίτηση ότι εάν η απάντηση που δίνεται για την ημερομηνία του μήνα, δεν ξεπερνά το χρονικό διάστημα των 15 ημερών, τότε υπολογίζεται μόνο ο βαθμός της ημέρας και δεν προσθέτονται οι βαθμοί για το λανθασμένο μήνα. Για παράδειγμα: Λανθασμένη απάντηση 29 Μαΐου για τη σωστή απάντηση 2 Ιουνίου, η βαθμολογία για τη λανθασμένη απάντηση είναι 4 βαθμοί. Αυτό συμβαίνει γιατί βαθμολογούνται μόνο οι ημέρες της απάντησης δηλ. = 29 - 30 - 31 - 1 = 4 ημέρες = 1 βαθμός για κάθε ημέρα, γιατί η απάντηση που δίνεται για την ημερομηνία του μήνα



δεν ξεπερνά το χρονικό διάστημα των 15 ημερών).

- Χρόνος: 10 βαθμοί δίνονται για κάθε απάντηση που απομακρύνεται από το σωστό χρόνο μέχρι το μέγιστο των 60 βαθμών (με την απαίτηση ότι εάν η απάντηση που δίνεται για την ημερομηνία του χρόνου δεν ξεπερνά το χρονικό διάστημα των 15 ημερών, τότε δεν προσθέτονται καθόλου βαθμοί στη λανθασμένη απάντηση του χρόνου. Για παράδειγμα Λανθασμένη απάντηση 26 Δεκεμβρίου 1999 για σωστή απάντηση 2 Ιανουαρίου 2000, η βαθμολογία για τη λανθασμένη απάντηση είναι 7 βαθμοί. Αυτό συμβαίνει γιατί βαθμολογούνται μόνο οι ημέρες της απάντησης δηλ. = 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 1 = 7 ημέρες = 1 βαθμός για κάθε μέρα, γιατί η απάντηση που δίνεται για την ημερομηνία του χρόνου δεν ξεπερνά το χρονικό διάστημα των 15 ημερών).
- Ωρα: 1 βαθμός δίνεται για κάθε 30 λεπτά που απαντώνται και απέχουν από τη σωστή ώρα, μέχρι το μέγιστο των 5 βαθμών.

#### Τελική βαθμολογία του απαντώντος

Βαθμολογία 0: τέλειος προσωρινός προσανατολισμός

Βαθμολογία 1-3: φυσιολογικός προσανατολισμός

Βαθμολογία  $\geq 4$ : κατώτερος προσανατολισμός

#### (β) Ελεγχόμενο προφορικό τεστ συσχέτισης λέξεων

Αυτό το τεστ εξηγείται ως εξής: ο ερωτώντας απευθύνει την εξής ερώτηση στον απαντούντος: "Θέλω να δω πόσες λέξεις μπορείς να πεις αρχίζοντας με ένα συγκεκριμένο γράμμα την κάθε λέξη, μέσα σε ένα λεπτό. Μην αναφέρει κύρια ονόματα ή αριθμούς ή την ίδια λέξη με διαφορετική κατάληξη. Το γράμμα είναι το Δ, μπορείς να αρχίσεις".

Εάν ο απαντών συναντά δυσκολία στο να καταλάβει αυτή την εργασία, μπορεί ο ερωτών να του εξηγήσει τι εννοεί με παραδείγματα λέξεων,

χρησιμοποιώντας ένα μη-ορισμένο γράμμα. Αφού ολοκληρωθεί η πρώτη δοκιμή (με το γράμμα Δ) για τον απαντούντα, έχουν σειρά οι δοκιμές με τα γράμματα Α και Κ. Ο ερωτών κρατά εάν αρχείο με τις προφορικές απαντήσεις του απαντούντος.

### Βαθμολογία

Καταγράφεται ο συνολικός αριθμός των σωστών λέξεων που ειπώθηκαν στη διάρκεια των τριών δοκιμαστικών με ένα λεπτό να αντιστοιχεί στην κάθε μία από τον ερωτώντα και αυτός ο συνολικός αριθμός αποτελεί μια προκαταρκτική βαθμολογία που προσαρμόζεται στο επίπεδο εκπαίδευσης, στην ηλικία και φύλο, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Τα δεδομένα για τους απαντούντες άνω των 64 ετών παρέχονται από το Bentol et al.

Μια βαθμολογία από 22 ή λιγότερες λέξεις ταξινομείται ως ελαττωματική (αυτό το επίπεδο διατύπωσης λέξεων υπερβαίνει το 97% για τους φυσιολογικούς απαντώντες).

Όταν αυτό το τεστ εφαρμόζεται σε άλλη γλώσσα από την Αγγλική, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί προσεκτικά ένας τύπος για την προσαρμογή του τεστ στην καινούργια γλώσσα και να γίνουν, όπου χρειάζεται, οι ανάλογες αλλαγές. Στην περίπτωση που τα δεδομένα για τους απαντούντες άνω των 65 ετών μπορούν να συγκριθούν, τότε προτείνεται η εφαρμογή του τεστ και σε άλλες γλώσσες.

Πίνακας 4. Τύπος ρύθμισης για την εκπαίδευση, το φύλο και την ηλικία

| Σχολικά χρόνια | Ανδρες        |               | Γυναίκες      |               |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                | 55-59<br>ετών | 60-64<br>ετών | 55-59<br>ετών | 60-64<br>ετών |
| 9 ή λιγότερα   | + 15          | + 17          | + 10          | + 12          |
| 9 - 11         | + 7           | + 9           | + 7           | + 9           |
| 12 - 15        | + 5           | + 7           | + 5           | + 7           |
| 16+            | + 1           | + 3           | + 1           | + 3           |

Πηγή: Lezak

**(γ) Τεστ μνήμης εικόνων Benton (έκδοση MC)**

Το τεστ μνήμης εικόνων Benton είναι μια μέτρηση για την οπτική αντίληψη και οπτική μνήμη με μικρή χρονική διάρκεια που επικεντρώνεται σε εικόνες. Προτεινόμενα για τη διενέργεια του παραπάνω τεστ, είναι τα παράλληλα τεστ που αφορούν την πολλαπλή επιλογή εικόνων, το κάθε ένα από αυτά τα τεστ αποτελείται από 15 εικόνες. Από τις διάφορες πιθανότητες για την εφαρμογή αυτών των τεστ, προτείνεται η εφαρμογή των 10 δευτερολέπτων έκθεσης των εικόνων που ακολουθείται από την απευθείας επιλογή εικόνας. Οι εικόνες των ζωγραφισμένων σχημάτων χρησιμοποιούνται ως ερεθισμός για την οπτική αντίληψη του απαντώντος. Ο ερωτών λέει στον / στην απαντώντα ότι θα του δείξει μια κάρτα με μια ή περισσότερες φιγούρες και ότι θα του / της επιτρέψει να τις μελετήσει για 10 δευτερόλεπτα. Ο ερωτών αφού αποσύρει την πρώτη κάρτα, δείχνει στον απαντώντα μια δεύτερη κάρτα με τέσσερις εικόνες, μία από τις οποίες ήταν στην πρώτη κάρτα που του έδειξε, και του ζητά να του δείξει στη δεύτερη κάρτα ποια από αυτές τις εικόνες ήταν και στην πρώτη κάρτα. Οι βαθμολογίες (αριθμός σωστών απαντήσεων) είναι από 0 μέχρι και 15. Για όλες τις διαφορετικές εικόνες υπάρχουν κάρτες που τις απεικονίζουν. Μη φυσιολογικές βαθμολογίες είναι χαμηλότερες από 6 (αριθμός σωστών απαντήσεων για παιδιά 7 ετών) και χαμηλότερες από 10 (αριθμός σωστών απαντήσεων για ενήλικες).

Προκειμένου να χρησιμοποιηθούν τα τρία υπο-τεστ για την καθιέρωση της διάγνωσης για την (υψηλά) πιθανή πνευματικής κατάπτωσης θα πρέπει να υπάρχει μια μελέτη για την ισχύ αυτών των τεστ σε κάθε χώρα, κουλτούρα ή γλωσσική περιοχή. Οι προσαρμογές που θα χρειαστεί να γίνουν σε μια ανάλογη σαν την παραπάνω μελέτη, θα πρέπει να λαμβάνονται ως ενδείξεις για τις αλλαγές που θα γίνουν στην εφαρμογή αυτών των τεστ στις διάφορες χώρες. Ιδιαίτερα για τη χρήση των βαθμολογιών του αριθμού των απαντήσεων όπως αυτές δίνονται στο ελεγχόμενο προφορικό τεστ συσχέτισης λέξεων και στο τεστ μνήμης εικόνων Benton, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η

ευαισθησία και η ιδιαιτερότητα των συγκεκριμένων βαθμολογιών, βασίζονται στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που βρίσκονται υπό ιατρική παρακολούθηση. επειδή αυτά τα τεστ είναι γνωστά στον τομέα της νευροψυχολογίας, οι ερωτώντες πριν διενεργήσουν τη συνέντευξη σύμφωνα με αυτά τα τεστ, καλό θα ήταν να επικοινωνήσουν με τους τοπικούς ειδικούς στον τομέα της νευροψυχολογίας για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από αυτά τα τεστ.

Ερωτήσεις που απευθύνονται στο ενδιάμεσο άτομο που απαντά κατά τη διάρκεια της συνέντευξης στις ερωτήσεις που αφορούν τον απαντούντα για τη διάγνωση της πνευματικής κατάπτωσης στο πρόσωπο του τελευταίου.

1. Συνήθως ο απαντών γνωρίζει τη σημερινή ημερομηνία; (Ναι / Όχι)
2. Συνήθως ο απαντών γνωρίζει ποια είναι η ημέρα της εβδομάδας (Ναι / Όχι)
3. Έχει ο απαντών πρόβλημα με τη μνήμη του / της; (Ναι / Όχι)  
Εάν η απάντηση είναι ναι: Ο απαντών ξεχνά μετά από μερικά λεπτά πράγματα που θα πρέπει να θυμάται; (Ναι / Όχι)
4. Μπορεί ο απαντών να φροντίζει ολοκληρωτικά τον εαυτό του / της; (Ναι / Όχι)

Εάν οι απαντήσεις που δίνει το ενδιάμεσο άτομο στις ερωτήσεις 1, 2, ή 4 είναι "Όχι" ή εάν η απάντηση στην ερώτηση 3 είναι "Ναι" τότε ο ερωτών ρωτά την εξής ερώτηση στο ενδιάμεσο άτομο:

5. Έχει δώσει ποτέ κάποιος ιατρός διάγνωση πνευματικής κατάπτωσης ή νόσου Alzheimer για την πνευματική κατάσταση του απαντώντος;

Εάν η απάντηση στην 5 ερώτηση είναι "Ναι" τότε μπορεί να πιστοποιηθεί η διάγνωση της πνευματικής κατάπτωσης. Εάν είναι "Όχι" είναι μόνο πιθανό να δοθεί μια διάγνωση για πιθανή πνευματική κατάπτωση του απαντώντος.

## 2. Διανοητική Αναπηρία

Το τεστ IQ είναι μια δεδομένη μέτρηση της ευφυίας και με αυτή την ιδιότητα είναι ένα δεδομένο διαγνωστικό όργανο για την εκτίμηση της διανοητικής αναπηρίας. Επειδή ο προσδιορισμός της βαθμολογίας που προκύπτει από ένα IQ τεστ απαιτεί τουλάχιστον αρκετές ώρες, δεν είναι δυνατό να συμπεριλαμβάνεται ένα τέτοιο τεστ στη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Για να εκτιμηθεί η επικράτηση της διανοητικής αναπηρίας από τις ΕΜΥΕ, χρειάζεται ένα σύντομο και εύκολα διαχειριζόμενο τεστ. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τέτοιες τεχνικές μέτρησης μπορεί να είναι μόνο προσεγγίσεις από ένα αποδεκτό τεστ. Προτείνεται μια απλή διαδικασία δύο σταδίων για άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση (σε επίπεδο δημοτικού σχολείου ή κάτω από αυτό το επίπεδο) και νεώτερα από την ηλικία των 55 ετών. Τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση δεν θεωρούνται ότι είναι διανοητικά ανάπηρα και τα άτομα στην ηλικία των 55 ετών και μεγαλύτερα από αυτή την ηλικία δεν συμμετέχουν σε αυτό το τεστ για να αποφευχθεί η σύγχυση από μια πιθανή διάγνωση πνευματικής κατάπτωσης. Το όργανο για τη μέτρηση της διανοητικής αναπηρίας αποτελείται από μερικές απλές ερωτήσεις και (για άτομα ηλικίας από 14-55 ετών) από την εξέταση για την πνευματική κατάσταση, που είναι μια μέτρηση για το διαγνωστικό επίπεδο των ατόμων (για παιδιά ηλικίας 7 - 13 και για τους αγράμματους ενήλικες) το τεστ μνήμης εικόνων Benton (έκδοση MC).

Μέτρηση της διανοητικής αναπηρίας με τη διαδικασία των δύο σταδίων.

Μόνο για άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση (σε επίπεδο δημοτικού σχολείου ή κάτω από αυτό το επίπεδο) και νεώτερα από την ηλικία των 55 ετών:

### (α) 1ο στάδιο - ερωτήσεις

Ο ερωτών απευθύνει τις εξής ερωτήσεις στον απαντούντα:

1. Τελείωσες το σχολείο; (Ναι / Όχι)
2. Πως είναι (ήταν) οι βαθμοί στο σχολείο; (Καλοί / Κακοί)

3. Χρειάστηκε να επαναλάβεις μια σχολική περίοδο ή ένα χρόνο (π.χ. έμεινες στην ίδια τάξη) περισσότερες από μια φορές στο σχολείο; (Ναι / Όχι)
4. Σου έχουν πει ποτέ στο σχολείο ή αν σου έχει πει ποτέ ένας ιατρός ότι έχεις (είχες) μια ανικανότητα μάθησης; (Ναι / Όχι)

Εάν η απάντηση που δίνεται στην ερώτηση 1 είναι "Όχι", ή αν η απάντηση στην ερώτηση 2 είναι "Κακοί", ή αν η απάντηση στην ερώτηση 3 είναι "Ναι", ή η απάντηση στην ερώτηση 4 είναι "Ναι" τότε ο ερωτών συνεχίζει τη συνέντευξη με το ερωτηματολόγιο της μικρής εξέτασης της πνευματικής κατάστασης του απαντώντα.

**(β) 2ο στάδιο - Ερωτηματολόγιο για την εξέταση της πνευματικής κατάστασης του απαντώντος**

Το ερωτηματολόγιο αυτό προτείνεται για άτομα από 14-55 ετών, και το οποίο φαίνεται παρακάτω. Οδηγίες για το χειρισμό και τη βαθμολογία του τεστ από την πλευρά του ερωτωντός δίνονται παρακάτω.

| Εξέταση για την πνευματική κατάσταση |  | (Βαθμοί)                        |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|
|                                      | Προσανατολισμός  |                                 |
| 1.                                   | Τι χρονιά είναι,<br>Ποια εποχή,<br>Ποια ημερομηνία,<br>Ποια ημέρα,<br>Ποιος μήνας;   | (1)<br>(1)<br>(1)<br>(1)<br>(1) |
| 2.                                   | Που βρισκόμαστε:<br>Σε χώρα,<br>Σε πολιτεία,<br>Σε πόλη,<br>Σε νοσοκομείο, / ποια η διεύθυνση;<br>Σε ποιο όροφο;   | (1)<br>(1)<br>(1)<br>(1)<br>(1) |
|                                      | Επανάληψη  |                                 |
| 3.                                   | Ονόμασε τρία αντικείμενα με διάλειμμα ενός δευτερολέπτου για το κάθε ένα. Μετά ρώτησε τον ανταποκρινόμενο να σου τα πει με τη σειρά που του τα είπες.<br>Δώσε ένα βαθμό για κάθε σωστή απάντηση. Επανάλαβε τις απαντήσεις μέχρι να μάθε και τα τρία αντικείμενα ο ανταποκρινόμενος | (3)                             |
|                                      | Προσοχή και Υπολογισμός  |                                 |
| 4.                                   | Αφαίρεση αριθμητικού ποσού ή αναγραμματισμός λέξης.<br>Σταμάτημα μετά από 5 απαντήσεις. Εναλλακτική λύση: συλλαβισμός της λέξης ΦΑΚΟΣ ανάποδα  | (5)                             |
|                                      | Μνήμη  |                                 |
| 5.                                   | Ρώτησε τα ονόματα των τριών αντικειμένων. Δώσε 1 βαθμό για κάθε σωστή απάντηση.  | (3)                             |
|                                      | Γλώσσα   |                                 |
| 6.                                   | Δείξε ένα στυλό και ένα ρολόι. Ρώτησε τον ανταποκρινόμενο, να τα ονομάσει καθώς του τα δείχνεις.   | (2)                             |
| 7.                                   | Πες στον ανταποκρινόμενο μια πρόταση και πες του να την επαναλάβει   | (1)                             |
| 8.                                   | Δώσε μια διαταγή τριών σταδίων στον ανταποκρινόμενο και πες του να την ακολουθήσει: "Πάρε ένα χαρτί στο αριστερό σου χέρι. Κόψε το χαρτί στη μέση. Βάλε τα χαρτιά στο κάτωμα".   | (3)                             |
| 9.                                   | Ρώτησε τον ανταποκρινόμενο να διαβάσει και να υπακούσει στην παρακάτω πρόταση: "ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ".  | (1)                             |
| 10.                                  | Ρώτησε τον ανταποκρινόμενο να γράψει μια πρόταση της επιλογής του.   | (1)                             |
| 11.                                  | Μεγάλωσε το παρακάτω σχέδιο κατά 3cm την πλευρά και βάλε τον ανταποκρινόμενο να το αντιγράψει  | (1)                             |



(Σύνολο = 30)

**Οδηγίες για το χειρισμό κάθε μέρους του ερωτηματολογίου από τον ερωτώντα και για τη βαθμολόγηση των απαντήσεων**

**Προσανατολισμός**

1. Ρώτησε τον απαντώντα για την ημερομηνία. Μετά ρώτησέ τον για τα υπόλοιπα κομμάτια της ερώτησης που παρέλειψες π.χ. "Μπορείς επίσης να μου πεις ποια εποχή έχουμε;". Δώσε ένα βαθμό για κάθε σωστή απάντηση.
2. Μετά ρώτησέ τον "Μπορείς να πεις το όνομα αυτού του Νοσοκομείου;" (πόλη, χώρα κ.τ.λ.). Για απαντώντες που δεν είναι κάτοικοι ιδρυμάτων η παραπάνω ερώτηση αλλάζει και μετά το "μπορείς να μου πεις" μπαίνει η φράση: "Ποια είναι η διεύθυνση στην οποία βρισκόμαστε;" και αντικαθιστά τη φράση της πρώτης ερώτησης για το όνομα του νοσοκομείου.

**Επανάληψη**

3. Ρώτησε τον απαντώντα εάν μπορείς να δοκιμάσεις τη μνήμη του / της. Στη συνέχεια πες καθαρά και αργά τρία ονόματα από τρία αντικείμενα που δεν έχουν καμιά σχέση μεταξύ τους (μήλο, τραπέζι, νόμισμα), αφήνοντας περίπου ένα δευτερόλεπτο μετά την ονομασία του καθενός αντικειμένου. Αφού είπες και τα τρία ονόματα, ζήτησε από τον / την απαντώντα να τα επαναλάβει. Η πρώτη επανάληψη των τριών ονομάτων καθορίζει τη βαθμολογία (0 - 3) αλλά εσύ συνέχισε να ζητάς από τον απαντούντα να επαναλάβει τα τρία ονόματα, μέχρι και έξι φορές. Εάν τελικά ο απαντών δεν μάθε και τα τρία ονόματα, η μνήμη του δεν μπορεί ουσιαστικά να δοκιμαστεί.



Προσοχή και υπολογισμός

4. Ρώτησε τον απαντώντα να ξεκινήσει με τον αριθμό 100 και να συνεχίσει να μετρά ανάποδα, αλλά αφαιρώντας διαδοχικά τον αριθμό 7 από το 100 αρχικά και στη συνέχεια από κάθε αριθμό που λέει. Σταμάτησε τον απαντούντα μετά από 5 αφαιρέσεις (93, 86, 79, 72, 65). Βαθμολόγησε το συνολικό αριθμό των σωστών απαντήσεων. Εάν ο απαντών δεν μπορεί να εκπληρώσει αυτή την εργασία, τότε ρώτησε αυτόν / αυτήν να συλλαβίσει τη λέξη "ΦΑΚΟΣ" ανάποδα. Η βαθμολογία είναι 1 βαθμός για κάθε γράμμα της λέξης που βρίσκεται στη σωστή σειρά: π.χ. σωστός αναγραμματισμός: ζοκαφ = 5 βαθμοί, λάθος αναγραμματισμός: ζοακφ = 3 βαθμοί.

Μνήμη

5. Ρώτησε τον / την απαντώντα εάν μπορεί να ανακαλέσει από τη μνήμη του / της τις τρεις λέξεις που προηγούμενα του / της είχες ζητήσει να θυμηθεί. Βαθμολόγησε από 0 - 3 με 1 βαθμό για κάθε σωστή απάντηση.

Γλώσσα

6. Ονομασία: Δείξε στον απαντώντα ένα ρολόι χειρός και ρώτησε αυτόν / αυτήν να σου πει τι είναι αυτό που του έδειξες. Επανάλαβε την ίδια διαδικασία χρησιμοποιώντας ένα μολύβι. Βαθμολόγησε από 0 - 2 με 1 βαθμό για κάθε σωστή απάντηση.
7. Επανάληψη: ζήτησε από τον απαντώντα να επαναλάβει την πρόταση μετά από σένα. Επιτρέψτε του μόνο μια δοκιμή. Βαθμολόγησε με 0 βαθμό ή 1 βαθμό για την επιτυχημένη επανάληψη.
8. Εντολή τριών σταδίων: δώσε στον ασθενή ένα κομμάτι από ένα

- απλό κενό χαρτί και δώσε την εντολή. Βαθμολόγησε με 1 βαθμό κάθε στάδιο της εντολής που εκτελείται σωστά από τον ασθενή.
9. Ανάγνωση: πάνω σε ένα κενό κομμάτι χαρτιού γράψε τη φράση "Κλείσε τα μάτια σου", με γράμματα αρκετά μεγάλα, ώστε να μπορεί να τα δει καθαρά ο απαντών. Ζήτησε από τον απαντούντα να διαβάσει τη φράση και μετά να κάνει ότι του λέει η φράση. Βαθμολόγησε με 1 βαθμό μόνο εάν ο απαντών κλείσει πραγματικά τα μάτια του / της.
  10. Γραφή: δώσε στον απαντώντα ένα κενό κομμάτι χαρτιού και ζήτησε από αυτόν / αυτήν να σου γράψει μια πρόταση. Μην της / του απαγγείλεις την πρόταση. Η πρόταση θα πρέπει να γραφεί αυθόρμητα και θα πρέπει να περιέχει ένα υποκείμενο, ένα ρήμα και να βγάζει νόημα. Δεν είναι απαραίτητες η σωστή γραμματική και σύνταξη. Αγνόησε τα ορθογραφικά λάθη από τη βαθμολογία.
  11. Αντιγραφή: σε ένα καθαρό κομμάτι χαρτιού, ζωγράφισε δύο διασταυρωμένα πεντάγωνα, η κάθε πλευρά να είναι 3cm και ζήτησε από τον / την απαντούντα να τα αντιγράψει ακριβώς όπως είναι. Στο σχέδιο που θα δώσει ο / η απαντών θα πρέπει να φαίνονται και οι δέκα γωνίες των πενταγώνων και οι δύο γωνίες θα πρέπει να διασταυρώνονται για να βαθμολογήσεις με 1 βαθμό, το σχήμα που θα σου δοθεί. Αγνόησε την τρεμούλα και την περιστροφή του χεριού του απαντώντος.

Κάθε τμήμα του ερωτηματολογίου βαθμολογείται από τον ερωτώντα ως σωστό ή λάθος. Οι αρνήσεις για απάντηση σε συγκεκριμένα τμήματα του ερωτηματολογίου ή οι απαντήσεις "δεν ξέρω" βαθμολογούνται ως λανθασμένες. Ο αριθμός των σωστών απαντήσεων μαζεύεται με ένα εύρος από 0 - 30 βαθμούς. Οι απαντώντες με συνολική βαθμολογία των 17 βαθμών ή και λιγότερων θεωρούνται ότι είναι διανοητικά ανάπηροι.

Για τους απαντώντες ηλικίας 7 - 13 ετών και για τους αγράμματους ενήλικες, προτείνεται, για τη διενέργεια συνέντευξης, το τεστ μνήμης εικόνων Benton.

Ερωτήσεις που απευθύνονται στο ενδιάμεσο άτομο, που απαντά κατά τη διάρκεια της συνέντευξης στις ερωτήσεις που αφορούν τον / την απαντώντα για τη διάγνωση της διανοητικής αναπηρίας πρόσωπο του τελευταίου

1. Τι πιστεύεις για τις διανοητικές ικανότητες του απαντώντος; (Καλές / Κακές)
2. Αυτός ή αυτή φαίνεται να καταλαβαίνει τα πάντα; (Ναι / Όχι)
3. Μπορεί αυτός ή αυτή να διαβάσει, να γράφει και να υπολογίσει; (Ναι / Όχι)

Εάν η απάντηση στην ερώτηση 1 είναι "Κακές", ή αν η απάντηση στην ερώτηση 2 ή στην ερώτηση 3 είναι "ΟΧΙ", τότε ο ερωτών θα πρέπει να ρωτήσει την εξής ερώτηση στο ενδιάμεσο άτομο

4. Είχε διαγνωσθεί ποτέ ο απαντώντος ως διανοητικά ανάπηρο άτομο;

Εάν η απάντηση στην ερώτηση 4 είναι "ΝΑΙ", τότε μπορεί να γίνει μια διάγνωση διανοητικής αναπηρίας για τον απαντώντα.

### 3. Πνευματικές διαταραχές που οφείλονται σε άγχος, σχιζοφρένεια και πνευματικές διαταραχές που προκαλούνται από ψυχολογική συγκίνηση.

Η πιο ευρέως διαδεδομένη τεχνική για τον εντοπισμό των πνευματικών διαταραχών υγείας που αναφέρονται στο γενικό πληθυσμό, είναι το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ). Το GHQ είναι κατάλληλο για τον εντοπισμό των πνευματικών διαταραχών που προκαλούνται από ψυχολογική συγκίνηση μέσα από τη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Η εκτίμηση των επιλεγόμενων πνευματικών διαταραχών

περιλαμβάνει δύο στάδια.

Στο πρώτο στάδιο χρησιμοποιείται το GHQ-12 που περιλαμβάνει μια εκδοχή από 12 είδη πνευματικών διαταραχών και ακολουθούν επιπρόσθετες ερωτήσεις που αναφέρονται σε αυτές τις διαταραχές με σκοπό τον εντοπισμό των ατόμων που ως χρόνιες περιπτώσεις υποφέρουν από αυτού του είδους τις πνευματικές διαταραχές. Στη συνέχεια ακολουθούν άλλες ερωτήσεις για τον εντοπισμό άλλων μορφών ψυχοπαθολογίας (δύο ερωτήσεις) και ψυχωτικών διαταραχών (τέσσερις ερωτήσεις).

Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την αναγνώριση των πνευματικών διαταραχών από τις οποίες υποφέρουν οι απαντούντες και οι οποίες μπορεί να είναι πνευματικές διαταραχές που οφείλονται σε άγχος, σχιζοφρένια και πνευματικές διαταραχές που προκαλούνται από ψυχολογική συγκίνηση, αναφορικά με τους απαντώντες που εντοπίστηκαν ως πιθανές χρόνιες περιπτώσεις που υποφέρουν από πνευματικές διαταραχές, σύμφωνα με το πρώτο στάδιο. Το όργανο για τη μέτρηση των πνευματικών διαταραχών, θα πρέπει να καλύπτει μια ποικιλία από ψυχοπαθολογικές καταστάσεις υγείας και να παρέχει μια διάγνωση από την πνευματική κατάσταση του ατόμου, σύμφωνα με τα προσδιορισμένα κριτήρια. Γι' αυτό το σκοπό προτείνονται να χρησιμοποιούνται τα σχετικά κεφάλαια από το Διαγνωστικό Πρόγραμμα Συνέντευξης (Diagnostic Interview Schedule, DIS). Το DIS θεωρείται ότι είναι το μόνο διαθέσιμο όργανο για έρευνες πνευματικών διαταραχών σε ευρεία κλίμακα. Γι' αυτές τις έρευνες το παραπάνω όργανο είναι οικονομικό και μπορεί να χρησιμοποιήσει βαθμολογίες που είναι κωδικοποιημένες σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Ακολουθεί το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, GHQ-12, με την εκδοχή των 12 ειδών από πνευματικές διαταραχές.

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας - GHQ - εκδοχή 12 ειδικών από πνευματικές διαταραχές

Εισαγωγή:

"Θα θέλαμε να ξέρουμε εάν έχετε κάποια ιατρικά παράπονα και πως είναι η υγεία σας γενικά τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις υπογραμμίζοντας αυτή που πιστεύετε ότι σας αντιπροσωπεύει. Θυμηθείτε ότι θέλουμε να μάθουμε τα τωρινά και πρόσφατα παράπονά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν"

| (Προσφάτως)<br>Έχετε:                                     | Βαθμός 0                | Βαθμός 0*                    | Βαθμός 1                      | Βαθμός 1                       |
|---|-------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Απώλεια ύπνου από στενοχώρια;                          | Καθόλου                 | Όχι τόσο από συνήθως         | Περισσότερο από συνήθως       | Πολύ περισσότερο από συνήθως   |
| 2. Αισθάνθει διαρκή ένταση;                               | Καθόλου                 | Όχι τόσο από συνήθως         | Περισσότερο από συνήθως       | Πολύ περισσότερο από συνήθως   |
| 3. Αυτοσυγκέντρωση σε ό,τι κάνετε;                        | Καλύτερη από συνήθως    | Στάσιμη                      | Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως     | Πολύ λιγότερη απ' ό,τι συνήθως |
| 4. Αισθάνθει ότι παίζετε ένα χρησιμικό ρόλο στα πράγματα; | Περισσότερο από συνήθως | Στάσιμη                      | Λιγότερο χρήσιμος από συνήθως | Πολύ λιγότερο χρήσιμος         |
| 5. Αισθάνθει ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων σας; | Περισσότερη από συνήθως | Στάσιμη                      | Λιγότερη από συνήθως          | Πολύ λιγότερη από συνήθως      |
| 6. Αισθάνθει ικανότητα απόφασης για πράγματα;             | Περισσότερη από συνήθως | Στάσιμη                      | Λιγότερη από συνήθως          | Πολύ λιγότερη από συνήθως      |
| 7. Αισθάνθει ανικανότητα να ξεπεράσετε τις δυσκολίες;     | Καθόλου                 | Στάσιμη                      | Λίγο περισσότερη από συνήθως  | Πολύ περισσότερη από συνήθως   |
| 8. Αισθάνθει χαρά αναφορικά με όλα τα πράγματα;           | Περισσότερη από συνήθως | Περίπου ίδια με συνήθως      | Λιγότερη από συνήθως          | Πολύ λιγότερη από συνήθως      |
| 9. Αισθάνθει απόλαυση των καθημερινών σας δραστηριοτήτων; | Περισσότερη από συνήθως | Περίπου ίδια με συνήθως      | Λιγότερη από συνήθως          | Πολύ λιγότερη από συνήθως      |
| 10. Αισθάνθει δυστυχία και κατάθλιψη;                     | Καθόλου                 | Όχι περισσότερες από συνήθως | Λίγο περισσότερες από συνήθως | Πολύ περισσότερες από συνήθως  |
| 11. Αισθάνθει απώλεια της αυτοπεποίθησής σας;             | Καθόλου                 | Όχι περισσότερη από συνήθως  | Λίγο περισσότερη από συνήθως  | Πολύ περισσότερη από συνήθως   |
| 12. Σκεφθεί τον εαυτό σας ως ανάξιο άτομο;                | Καθόλου                 | Όχι περισσότερο από συνήθως  | Λίγο περισσότερο από συνήθως  | Πολύ περισσότερο από συνήθως   |

**Εκτίμηση των επιλεγμένων πνευματικών διαταραχών****(α) 1<sup>ο</sup> στάδιο: Χρήση Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας CHQ-12**

Το παραπάνω ερωτηματολόγιο δίνεται από τον ερωτώντα στον απαντούντα για να το συμπληρώσει. Ο τελευταίος απαντά στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου απλά με το να υπογραμμίζει την απάντηση που τον αντιπροσωπεύει. Αφού απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις, δίνει το ερωτηματολόγιο στον ερωτώντα για να βγάλει τη βαθμολογία των απαντήσεων.

Ο απαντών, που η βαθμολογία του είναι 3 βαθμοί ή και περισσότεροι τότε αυτός θεωρείται ως πιθανή περίπτωση πνευματικής διαταραχής και ο ερωτών συνεχίζει τη συνέντευξη, σύμφωνα με το Διαγνωστικό Πρόγραμμα Συνέντευξης.

Εάν η βαθμολογία του είναι 2 βαθμοί ή και λιγότεροι, τότε ο ερωτών συνεχίζει τη συνέντευξη με τις εξής πρόσθετες ερωτήσεις: (Οι ερωτήσεις 1 και 2 προτείνονται από τους Bridges and Goldberg, οι ερωτήσεις από την 3 μέχρι την 6 προέρχονται από το Harding et al).

1. Παίρνεις κάποια χάπια ή φάρμακα για τα νεύρα σου; (Ναι / Όχι)
2. Θεωρείς ότι υποφέρεις από μία νευρική ασθένεια; (Ναι / Όχι)
3. Αισθάνεσαι ότι κάποιος έχει προσπαθήσει να σε βλάψει με κάποιο τρόπο; (Ναι / Όχι)
4. Είσαι πολύ πιο σημαντικό άτομο από όσο πιστεύουν οι περισσότεροι άνθρωποι; (Ναι / Όχι)
5. Έχεις προσέξει κάποια παρεμβολή ή οτιδήποτε άλλο ασυνήθιστο στον τρόπο σκέψης σου; (Ναι / Όχι)
6. Ακούς φωνές χωρίς να ξέρεις από που προέρχονται ή τις οποίες οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να ακούσουν; (Ναι / Όχι)

Εάν η απάντηση σε μία από τις έξι ερωτήσεις είναι "Ναι", τότε οι υπόλοιπες ερωτήσεις που ακολουθούν μπορούν να παραλειφθούν από τον

ερωτώντα, ο οποίος συνεχίζει τη συνέντευξη, σύμφωνα με το Διαγνωστικό Πρόγραμμα Συνέντευξης. Για παράδειγμα αν η απάντηση που δίνεται στην πρώτη ερώτηση είναι "Ναι" ο ερωτών δεν απευθύνει καμία άλλη ερώτηση στον απαντούντα.

Όταν το GHQ-12 χρησιμοποιείται για να μετρήσει τα χρόνια παράπονα, οι βαθμοί που είναι σημαδεμένοι με αστερίσκο θα πρέπει να αλλάζουν από 0 σε 1 για τις ερωτήσεις 1, 2, 7, 10, 11 και 12 εναλλάξ, για τον ίδιο σκοπό οι επιπρόσθετες ερωτήσεις που παρουσιάστηκαν παραπάνω, μπορούν να προστεθούν στις ερωτήσεις του GHQ-12.

Στα ενδιαμέσα άτομα δεν παρουσιάζεται το GHQ από τον ερωτώντα. Τα ενδιαμέσα άτομα ρωτούνται τις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Παίρνει ο/η απαντών κάποια χάπια ή φάρμακα για τα νεύρα του/της; (Ναι / Όχι)
2. Θεωρείς ότι ο/η απαντών υποφέρει από μια νευρική ασθένεια; (Ναι / Όχι)
3. Σου είπε ποτέ ο/η απαντών ότι αυτός / αυτή είχε την ιδέα ότι κάποιος προσπαθούσε να τον / την βλάψει με κάποιο τρόπο (χωρίς προφανείς λόγους); (Ναι / Όχι)
4. Σου είπε ποτέ ο/η απαντών ότι αυτός / αυτή είναι πολύ πιο σημαντικό άτομο από όσο πιστεύουν οι περισσότεροι άνθρωποι; (Ναι / Όχι)
5. Πρόσεξες κάτι το ασυνήθιστο στον τρόπο σκέψης του / της απαντών;
6. Σου είπε ποτέ ο/η απαντών ότι αυτός / αυτή ακούει φωνές χωρίς να ξέρει από που προέρχονται, ή τις οποίες οι άλλοι άνθρωποι δεν μπορούν να ακούσουν; (Ναι / Όχι)

Εάν τουλάχιστον μία από αυτές τις ερωτήσεις απαντηθεί καταφατικά από το ενδιαμέσο άτομο, τότε ο ερωτών συνεχίζει τη συνέντευξη με το Διαγνωστικό Πρόγραμμα Συνέντευξης.

**(β) 2<sup>ο</sup> στάδιο: Όργανο**

Για τους ενήλικες και τα ενδιάμεσα άτομα προτείνεται το Διαγνωστικό Πρόγραμμα Συνέντευξης, από το οποίο επιλέγονται μόνο τα κεφάλαια που αναφέρονται στις πνευματικές διαταραχές άγχους, στη σχιζοφρένια και στις πνευματικές διαταραχές που προκαλούνται από ψυχολογική συγκίνηση. Για τα παιδιά ηλικίας από 6-18 ετών προτείνονται τα επιλεγμένα κεφάλαια από το DIS-C (έκδοση για παιδιά). Η έκδοσή του ενδιάμεσου ατόμου για τα παιδιά είναι το DIS-P (έκδοση για γονείς). Για τη χρήση του DIS υπάρχει ένα βιβλίο που περιέχει αναλυτικές οδηγίες (64 σελίδες). Συνολικός χρόνος διαχείρισης του DIS είναι 20-30 λεπτά.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5.: Σύνολο των προτεινόμενων οργάνων για την εκτίμηση μερικών χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας

| Πνευματική κατάσταση υγείας  | Χαρακτηριστικά πληθυσμού                     | Όργανο   | Διαγνωστικό Όργανο   | Διάρκεια                            |
|--|--|--|--|-------------------------------------|
| Παραφροσύνη  | Άτομα<br>≥ 55 ετών                           | Δεν υπάρχουν ερωτήσεις   | Τεστ της πολιτείας Αιώβα για τη διάγνωση της παραφροσύνης.<br>(α) μέτρηση του προσωρινού προσανατολισμού<br>(β) ελεγχόμενο προφορικό τεστ συσχέτισης λέξεων<br>(γ) τεστ οπτικής κατακράτησης Benton (εκδοχή MC)              | ± 10 λεπτά                          |
| Διανοητική αναπηρία  | Άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση και < 55 ετών | Εκδοχή του ενδιάμεσου ατόμου:<br>4 ερωτήσεις<br>4 ερωτήσεις                              | Μια ερώτηση για την ήδη διαγνωσμένη πνευματική κατάπτωση ή για τη νόσο Alzheimer από ιατρο<br>Μικρή εξέταση της πνευματικής κατάστασης (14-55 ετών).<br>Τεστ οπτικής κατακράτησης Benton (7-13 ετών και αγράμματοι ενήλικες) | ≤ 2 λεπτά<br>≤ 5 λεπτά<br>4-5 λεπτά |
| Επλεγμένες πνευματικές καταστάσεις υγείας:<br>- διαταραχές άγχους<br>- σχιζοφρένεια<br>- πνευματικές διαταραχές που οφείλονται σε ψυχολογική συγκίνηση | Άτομα<br>≥ 19 ετών                           | εκδοχή του ενδιάμεσου ατόμου:<br>3 ερωτήσεις<br>Δύο σταδίων<br>GHQ-12 και<br>6 ερωτήσεις | Μια ερώτηση σχετικά με τη διαγνωσμένη διανοητική αναπηρία<br>Διαγνωστικό Πρόγραμμα Συνέντευξης (DIS)<br>- διαταραχές άγχους<br>- σχιζοφρένεια<br>- πνευματικές διαταραχές που οφείλονται σε ψυχολογική συγκίνηση             | ≤ 1 λεπτό<br>20-30 λεπτά            |
|  |  | Εκδοχή του ενδιάμεσου ατόμου:<br>6 ερωτήσεις   | Διαγνωστικό Πρόγραμμα Συνέντευξης (DIS)<br>- διαταραχές άγχους<br>- σχιζοφρένεια<br>- πνευματικές διαταραχές που οφείλονται σε ψυχολογική συγκίνηση  | 20-30 λεπτά                         |
|  | Παιδιά ηλικίας από 6-18 ετών                 | 6 ερωτήσεις  | Υιοθετημένη εκδοχή από το DIS (DIS-C) ή η εκδοχή του ενδιάμεσου ατόμου που αφορά τους γονείς (DIS-Γονός)   | 20-30 λεπτά                         |

### Παρουσίαση των δεδομένων

Η επικράτηση των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας, θα πρέπει να παρουσιάζεται ως το ποσοστό (%) του πληθυσμού που υποφέρει από αυτές τις καταστάσεις, ανά ηλικία και φύλο.

### Σχόλια

Τα προτεινόμενα όργανα για την εκτίμηση των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας βασίζονται σε μια προσέγγιση του συμπτώματος, που φανερώνει αυτές τις καταστάσεις υγείας και η οποία, προσέγγιση, στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτεί την κατανάλωση αρκετού χρόνου και τη διενέργεια των κατά-πρόσωπο συνεντεύξεων. Αν και η διαχείριση των ερωτηματολογίων που αφορούν τη μέτρηση των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας μπορεί να γίνει από μη-επαγγελματίες ερωτώντες σε σχέση με αυτές τις καταστάσεις υγείας συχνά όμως απαιτείται εντατική εκπαίδευση των ερωτώντων, προκειμένου για να μάθουν πως θα διαχειρίζονται μόνο το DIS, για παράδειγμα σε αυτή την περίπτωση απαιτείται εντατική εκπαίδευση των ερωτώντων περίπου για μια εβδομάδα. Αναγνωρίζεται ότι συμπεριλαμβάνονται τέτοιου είδους όργανα για τη μέτρηση των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας, δημιουργούνται υψηλές απαιτήσεις πάνω στο σχεδιασμό και στη διάρκεια των ΕΜΥΕ. Αν και οι πνευματικές καταστάσεις υγείας μπορούν να μετρηθούν από τις ΕΜΥΕ, είναι προτιμότερο τα όργανα για τη μέτρηση αυτών των καταστάσεων υγείας που απαιτούν την εκπαίδευση των ερωτώντων, να χρησιμοποιούνται σε ειδικευμένες μελέτες.

Το GHQ-12, το οποίο προτείνεται ως ένα όργανο μέτρησης που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει τα χρόνια παράπονα, παρόλα αυτά σε αυτή την περίπτωση η βαθμολογία των ερωτήσεων του GHQ-12 θα πρέπει ανάλογα να προσαρμοστεί. Επιπλέον το GHQ-12, επίσης, προτείνεται για τη μέτρηση της συναισθηματικής ευημερίας, η οποία μπορεί να είναι ένας

σχετικός επιπρόσθετος δείκτης του στόχου 12 "Υγεία για Όλους" (από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>). Σε αυτή την περίπτωση η βαθμολογία των ερωτήσεων του GHQ-12 θα πρέπει πιθανώς να προσαρμοστεί ανάλογα - μπορεί να χρησιμοποιηθεί η βαθμολογία των ερωτήσεων για τα χρόνια παράπονα - αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα πάνω σε αυτό το θέμα. Ως ένα δείκτης για τη μέτρηση της συναισθηματικής ευημερίας, το GHQ-12 μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις ΕΜΥΕ. Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει ήδη μεταφραστεί σε 16 γλώσσες και έχουν νομιμοποιηθεί σε πολλές χώρες διαφορετικές εκδοχές του (σύμφωνες με τον αριθμό των ειδών από τις πνευματικές καταστάσεις που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο GHQ-12).

Η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας στις ΕΜΥΕ είναι περιορισμένη εξαιτίας δύο τουλάχιστον πιθανών πηγών από προκαταλήψεις. Η πρώτη είναι η όχι τυχαία άρνηση για απάντηση στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου από το άτομο, εξαιτίας της πνευματικής διαταραχής της υγείας του που συνεισφέρει στην επιλογή του ατόμου για μη-απάντηση. Η δεύτερη σχετίζεται με το γεγονός ότι οι περισσότερες ΕΜΥΕ δεν περιλαμβάνουν στη διενέργειά τους τον πληθυσμό που κατοικεί σε ιδρύματα υγείας, ακόμη αυτοί οι κάτοικοι των ιδρυμάτων υγείας αναμένονται να υπολογίζονται ως ένα δυσανάλογο μερίδιο από εκείνα τα άτομα που υποφέρουν από πνευματικές διαταραχές υγείας. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να προκαλέσουν αξιοσημείωτα στατιστικά λάθη στην εκτίμηση της διατήρησης των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας μέσα στον πληθυσμό.

Η μεθοδολογία της μέτρησης των πνευματικών διαταραχών υγείας είναι μια σύγχρονα αναπτυσσόμενη μεθοδολογία. Ο Π.Ο.Υ. έχει προτείνει διάφορα όργανα μέτρησης αυτών των διαταραχών υγείας, όπως είναι η σύνθετη διεθνής διαγνωστική συνέντευξη (CIDI) και τα προγράμματα υγείας για την κλινική εκτίμηση στη νευροψυχιατρική (SCAN). Τα CIDI και SCAN μπορούν να θεωρηθούν ως εναλλακτικά όργανα για χρήση στη θέση του DIS, που

προτείνεται σε αυτό το κεφάλαιο. Το CIDI έχει αναπτυχθεί πρόσφατα και γι' αυτό δεν έχει ακόμη χρησιμοποιηθεί εκτενώς. Το SCAN προτείνεται για χρήση από τους κλινικούς ιατρούς και γι' αυτό το λόγο είναι το λιγότερο κατάλληλο όργανο για χρήση στις πληθυσμιακές έρευνες ευρείας κλίμακας.

Τα όργανα που προτείνονται σε αυτό το κεφάλαιο για τη μέτρηση των χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας, επιλέχτηκαν πάνω στις βάσεις της πρακτικής τους χρήσης για τη συλλογή πληροφόρησης που να αφορά τους δείκτες "Υγεία για Όλους" μέσα από τις ΕΜΥΕ στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού όπως παρουσιάζεται σε έρευνες ευρείας κλίμακας. Όσο ο τομέας της μέτρησης των πνευματικών διαταραχών υγείας αναπτύσσεται περισσότερο, καινούργια και / ή άλλα όργανα μέτρησης των πνευματικών διαταραχών υγείας, ίσως να μελετηθούν στο μέλλον.

## VI. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

### Ιστορικό

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία που προκαλεί τον καρκίνο του πνεύμονα, την καρδιακή ασθένεια του άσθματος, τη χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα. Επιπλέον το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει το βάρος γέννησης των νηπίων και η έκθεση στον περιβαλλοντολογικό καπνό αυξάνει το κίνδυνο για τον καρκίνο του πνεύμονα και για άλλες αναπνευστικές ασθένειες ανάμεσα στους μη-καπνιστές. Εκτιμάται ότι κατά τη διάρκεια του 1985, ένα σύνολο από περισσότερους από 1.1 εκατομμύρια θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση οφείλονταν στον καπνό και το 1995 αυτός ο αριθμός έφτασε κοντά στους 1.4 εκατομμύρια θανάτους.

Ο στόχος 17 (από τη λίστα δεικτών) της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" σκοπεύει σε μια σημαντική μείωση της καταστροφής της υγείας από την κατανάλωση ουσιών που προκαλούν εξάρτηση, όπως είναι το αλκοόλ, ο

καπνός και τα ψυχοφάρμακα. Για τη χρήση του καπνού η συγκεκριμένη αντικειμενική του παραπάνω στόχου είναι να αυξηθεί ο αριθμός των μη-καπνιστών και να προστατευθούν οι μη-καπνιστές από τη μη-εθελοντική έκθεσή τους στον καπνό.

Για τον έλεγχο των προτύπων που έχει ο πληθυσμός για το κάπνισμα (δείκτης "Υγεία για Όλους" 17.10 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) απαιτείται πληροφόρηση σχετικά με τις αναλογίες των καθημερινών καπνιστών, των περιστασιακών καπνιστών, των πρώην-καπνιστών και εκείνων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Επιπλέον διαιρέσεις μπορούν να γίνουν σε υπό-ομάδες ατόμων σύμφωνες: με το επίπεδο του καπνίσματος, με το κατά πόσο ένα άτομο έχει μειώσει το κάπνισμα τους / της και πριν από πόσο καιρό ένα άτομο έχει σταματήσει να καπνίζει. Προκειμένου να μετρηθούν όλα αυτά τα παραπάνω χαρακτηριστικά, προτείνεται ένα απλό όργανο μέτρησης αυτών των χαρακτηριστικών που περιέχει πέντε ερωτήσεις. Αυτή η ομάδα των πέντε ερωτήσεων θεωρείται ως η ελάχιστη δυνατή ομάδα ερωτήσεων για τη μέτρηση των παραπάνω χαρακτηριστικών. Φυσικά μπορεί να συλλεχθεί και πιο λεπτομερής πληροφόρηση για τη συμπεριφορά του καπνίσματος, για παράδειγμα με ερωτήσεις για τον αριθμό των τσιγάρων και άλλων προϊόντων καπνού που χρησιμοποιούνται ανά ημέρα, για τον συνολικό αριθμό των χρόνων καπνίσματος και για την ηλικία στην οποία άρχισε το κάπνισμα. Επιπρόσθετα, ίσως να είναι σχετικό να μετρώνται για το δείκτη 17.10 και άλλα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς καπνίσματος, όπως οι απόπειρες για το σταμάτημα του καπνίσματος και οι γνώμες πάνω στη βλαβερότητα του καπνού. Το παθητικό κάπνισμα μπορεί, επίσης να εκτιμηθεί με ερωτήσεις για την παθητική έκθεση στον καπνό, στο χώρο εργασίας και στο σπίτι.



Εικόνα 2.: Ετήσιοι θάνατοι (σε χιλιάδες από το κάπνισμα, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 1995, για άτομα ηλικίας από 35 ετών και άνω.

Πηγή: Peto et al.

### Όργανο μέτρησης του δείκτη (17.10)

#### Κάπνισμα

1. Καπνίζεις;
  - Ναι, καθημερινά
  - Ναι, περιστασιακά (πήγαινε στην ερώτηση 3)
  - Όχι (πήγαινε στην ερώτηση 4)
2. Πόσα τσιγάρα εσύ συνήθως καπνίζεις, κατά μέσο όρο κάθε μέρα;
  - Δεν καπνίζω τσιγάρα
  - Λιγότερα από 20
  - 20 ή περισσότερα (βαριοί καπνιστές)
3. Σε σύγκριση με δύο χρόνια πριν, θα έλεγες τώρα ότι έχεις μειώσει το κάπνισμα;
  - Ναι (τέλος)
  - Όχι (τέλος)
4. Έχεις καπνίσει ποτέ;
  - Ναι, καθημερινά
  - Ναι, περιστασιακά
  - Όχι (τέλος)
5. Πριν από πόσο καιρό σταμάτησε να καπνίζεις;
  - Λιγότερα από δύο χρόνια πριν.
  - Πριν δύο χρόνια και περισσότερα

#### Παρουσίαση των δεδομένων

Σύμφωνα με το δείκτη "Υγεία για Όλους" 17.10 (από τη λίστα δεικτών), τα ακόλουθα περιεχόμενα θα μπορούσαν να παραχθούν για την περιγραφή των σχεδίων που αφορούν το κάπνισμα μέσα στον πληθυσμό (οι κατηγορίες του πληθυσμού δεν είναι αποκλειστικές).

Η αναλογία του πληθυσμού ο οποίος:

- είναι καθημερινοί καπνιστές
  - καπνίζουν 20 ή περισσότερα τσιγάρα ανά ημέρα (βαριοί καπνιστές)
  - καπνίζουν λιγότερα από 20 τσιγάρα ανά ημέρα
  - δεν καπνίζουν τσιγάρα (π.χ. καπνίζουν πίπα ή πούρα)
- είναι καθημερινοί καπνιστές, οι οποίοι έχουν μειώσει το κάπνισμα

στα δύο προηγούμενα χρόνια

- είναι περιστασιακοί καπνιστές
- είναι περιστασιακοί καπνιστές, οι οποίες έχουν μειώσει το κάπνισμα στα δύο προηγούμενα χρόνια
- είναι μη-καπνιστές
- είναι πρώην καπνιστές, οι οποίοι κάπνιζαν καθημερινά στο παρελθόν και έχουν σταματήσει να καπνίζουν
  - περισσότερα από δύο χρόνια πριν
  - τα προηγούμενα δύο χρόνια
- είναι πρώην καπνιστές, οι οποίοι κάπνιζαν περιστασιακά στο παρελθόν και έχουν σταματήσει να καπνίζουν
  - περισσότερα από δύο χρόνια πριν
  - τα προηγούμενα δύο χρόνια
- δεν έχουν καπνίσει ποτέ

Αυτά τα δεδομένα θα πρέπει να δίνονται για το σύνολο του πληθυσμού και διαχωρισμένα ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και αν είναι δυνατό, επίσης, ανάλογα με την κοινωνικο-οικονομική ομάδα, τη γεωγραφική περιοχή κ.τ.λ.

### Σχόλια

Η κοινωνική αποδοχή της συμπεριφοράς, όπως του καπνίσματος και της κατανάλωσης ποτού, ίσως να διαφέρει από τη μια κοινωνία στην άλλη. Το κάπνισμα γίνεται όλο και λιγότερα κοινωνικά αποδεκτό, ιδιαίτερα στις χώρες της δυτικής και νότιας Ευρώπης, ως συνέπεια της εξάπλωσης της πληροφόρησης υγείας πάνω σε αυτό το θέμα. Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν αυτή η αλλαγή της άποψης σχετικά με το ότι το κάπνισμα είναι όλο και λιγότερο κοινωνικά αποδεκτό, έχει επιδράσεις πάνω στην αξιοπιστία των δεδομένων που προέρχονται από τις έρευνες.

Η μέτρηση και η παρουσίαση της συμπεριφοράς καπνίσματος είναι



συνήθως περιορισμένη στον πληθυσμό ηλικίας από 15 ετών και μεγαλύτερο. Παρόλα αυτά, μια μελέτη συνεργασίας του Π.Ο.Υ. με συμμετοχή 9 Ευρωπαϊκών Χωρών πάνω στη συμπεριφορά υγείας που παρατηρείται στη σχολική ηλικία των παιδιών, έδειξε ότι στην ηλικία των 15-16 ετών περίπου το 1/3 τω παιδιών είχε ήδη καπνίσει τουλάχιστον περιστασιακά και ότι το ένα στα επτά παιδιά είχε καπνίσει καθημερινά μέσα στις 9 Ευρωπαϊκές Χώρες που ερευνήθηκαν.

Εξαιτίας του αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την καταστροφική συμπεριφορά υγείας των παιδιών και των εφήβων, είναι σημαντικό να μετρώνται τα σχέδια που αφορούν το κάπνισμα μέσα σε αυτές τις ομάδες των ατόμων. Η χρήση του ενδιάμεσου ατόμου, συνήθως του γονέα, δεν είναι κατάλληλη γιατί ο γονέας ίσως να μην είναι πληροφορημένος σχετικά με τη συμπεριφορά καπνίσματος του παιδιού. Η ερώτηση που αναφέρεται στα παιδιά, σε σχέση με τη συμπεριφορά τους στο κάπνισμα, συνήθως απαιτεί ρύθμιση των ερωτηματολογίων που έχουν διαμορφωθεί για τους ενήλικες. Η παραπάνω αναφερόμενη μελέτη συνεργασίας του Π.Ο.Υ., έχει αναπτύξει μια μεθοδολογία, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις Ευρωπαϊκές Χώρες και η οποία εκπληρώνει όλες τις προηγούμενες συστάσεις, που έγιναν για το θέμα της συμπεριφοράς των παιδιών στο κάπνισμα.

Σε σχέση με το θέμα της μείωσης του καπνίσματος (ερώτηση 3 του ερωτηματολογίου), υπάρχουν ενδείξεις ότι, ίσως, αυτό το θέμα δηλώνει τη στάση του ατόμου απέναντι στη μείωση του καπνίσματος, παρά τις πραγματικές αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν αναφορικά με το θέμα της κατανάλωσης του καπνού.

## VII. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

### Ιστορικό

Είναι ευρέως αποδεκτή η συνεισφορά της σωματικής κατάστασης και της κατάλληλης σωματικής δραστηριότητας, για την υγεία και για την κοινωνική ευημερία του ατόμου. Με τη σωματική δραστηριότητα μειώνονται οι κίνδυνοι για διάφορες ασθένειες όπως είναι: το βούλωμα των καρδιακών αρτηριών, το εγκεφαλικό, η υπέρταση, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η οστεοπόρωση και η κατάθλιψη. Γι' αυτό το λόγο η απλή σωματική δραστηριότητα, αναγνωρίζεται ως μια υγιεινή δραστηριότητα και είναι ένας δείκτης για την πρόοδο που σημειώνεται σε σχέση με το στόχο 16 "Υγεία για Όλους" (λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), που αναφέρεται στην προαγωγή των προτύπων της υγιεινής διαβίωσης.

Η ταξινόμηση των ατόμων ανάλογα με το επίπεδο της δραστηριότητας είναι ο κύριος αντικειμενικός στόχος της μέτρησης για τη σωματική δραστηριότητα και καθιστά δυνατή τη μελέτη των τάσεων και των σχέσεων με άλλου είδους συμπεριφορών υγείας.

Διάφορα όργανα έχουν αναπτυχθεί για τη μέτρηση της σωματικής δραστηριότητας από τις ΕΜΥΕ. Πολλά από αυτά έχουν σχεδιαστεί για την εκτίμηση της συνολικής κατανάλωσης ενέργειας, ως αποτέλεσμα της σωματικής δραστηριότητας. Εντούτοις, αυτά τα όργανα δεν είναι κατάλληλα για τη διενέργεια των ΕΜΥΕ σε ευρεία κλίμακα. Οι λόγοι για τους οποίους δεν υπάρχουν τα κατάλληλα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της σωματικής δραστηριότητας είναι οι εξής: πρακτικά προβλήματα που έχουν να κάνουν με την ανάγκη για τη συλλογή λεπτομερούς πληροφόρησης σε σχέση με το είδος, τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση ενός είδους σωματικής δραστηριότητας και τη σχέση αυτής με άλλου είδους σωματικές δραστηριότητες, καθώς και η ειδικευμένη εκπαίδευση των ερωτώντων. Παρουσιάζονται, επίσης, και τεχνικά προβλήματα, που έχουν να κάνουν με

την κωδικοποίηση της έντασης της σωματικής δραστηριότητας και τα προβλήματα κατηγοριοποίησης αυτών των κωδικών σε διάφορα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Ακριβείς υπολογισμοί για την ένταση της σωματικής δραστηριότητας δεν είναι ακόμη διαθέσιμοι. Επιπλέον είναι αρκετά δύσκολος ο προσδιορισμός των εντάσεων για τις σωματικές δραστηριότητες μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, ηλικιακών ομάδων και περιβαλλοντολογικών συνθηκών. Γι' αυτό το λίγο ακόμη και με τη χρήση σύνθετων ερωτηματολογίων είναι συνήθως πιθανή μόνο μια χονδρική ταξινόμηση των εντάσεων σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες σωματικής δραστηριότητας: ελαφριά (καθιστική), μέτρα και βαριά. Αυτές οι δυσκολίες έχουν προάγει την ανάπτυξη λιγότερο σύνθετων ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της σωματικής δραστηριότητας.

Το προτεινόμενο όργανο μέτρησης της σωματικής δραστηριότητας, απευθύνεται στο δείκτη "Υγεία για Όλους" 16.12 (άσκηση από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) και αποτελείται από δύο απλές ερωτήσεις: η μία ερώτηση αφορά την αυτο-εκτίμηση της σωματικής δραστηριότητας και προέρχεται από τη Δανέζικη EMYE και η άλλη ερώτηση αφορά τη συχνότητα της άσκησης - που προκαλεί ιδρώτα. Αυτές οι ερωτήσεις είναι κατάλληλες για τις έρευνες όπου για τις οποίες δεν χρειάζεται να παραχθούν οι τιμές κατανάλωσης ενέργειας και για τις οποίες η ταξινόμηση των απαντούντων πάν σε μια σταθερή κλίμακα είναι αρκετή. Το προαναφερόμενο όργανο ασχολείται μόνο με τα πρότυπα της σωματικής δραστηριότητας που ακολουθεί το άτομο στον ελεύθερο χρόνο του. Εξαιτίας του ότι η σωματική δραστηριότητα που σχετίζεται με το επάγγελμα είναι γενικά χαμηλή για την πλειοψηφία του πληθυσμού που ζει σε μηχανολογικά αναπτυγμένες χώρες, γι' αυτό το λόγο η αποδεκτή σωματική δραστηριότητα κυριαρχικά πραγματοποιείται στον ελεύθερο χρόνο του ατόμου.

## Όργανο μέτρησης του δείκτη (16.12)

## Σωματική Δραστηριότητα

1. Τι περιγράφει καλύτερα τις σωματικές δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου σου, κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;
  - Σκληρή προπόνηση και ανταγωνιστικά αθλήματα, περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα (α)
  - Τζόκινγκ και άλλα ψυχαγωγικά αθλήματα ή κηπουρική, τουλάχιστον για 4 ώρες την εβδομάδα (β)
  - Βάδισμα, ποδηλασία και άλλες ελαφριάς κόπωσης σωματικές δραστηριότητες, τουλάχιστον για 4 ώρες την εβδομάδα (γ)
  - Διάβασμα, παρακολούθηση τηλεόρασης και άλλες καθιστικές σωματικές δραστηριότητες (δ)
2. Τουλάχιστον για μία φορά την εβδομάδα ασχολείσαι με μια απλή σωματική δραστηριότητα, όπως το τζόκινγκ, το ποδήλατο κ.τ.λ. αρκετά ώστε να ιδρώσεις;
  - Όχι
  - Ναι
 Εάν Ναι  
 Πόσες ημέρες ανά εβδομάδα; ..... ημέρες

Ερωτήσεις πάνω στην επαγγελματική και οικιακή σωματική δραστηριότητα, του ατόμου, μπορούν να προστεθούν στις δύο ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αλλά συγκεκριμένες ερωτήσεις προς αυτή την κατεύθυνση δεν έχουν ακόμη προταθεί.

Εάν απαιτείται η λεπτομερής εκτίμηση της σωματικής δραστηριότητας του ατόμου, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα όργανο που να μετρά και τη συνολική κατανάλωση της ενέργειας του ατόμου σε όλη τη διάρκεια της ημέρας και την κατανάλωση της ενέργειας του ατόμου στον ελεύθερο χρόνο του. Γι' αυτό το σκοπό, η επαγγελματική σωματική δραστηριότητα του ατόμου θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο και θα πρέπει να καθιερωθούν τα μακροχρόνια πρότυπα που ακολουθεί το άτομο σε σχέση με τη σωματική του δραστηριότητα, με τη χρησιμοποίηση μιας δωδεκάμηνης περιόδου για την αναφορά αυτών των μακροχρόνιων προτύπων από το άτομο. Γι' αυτό τον τύπο της επαγγελματικής σωματικής δραστηριότητας δεν προτείνεται η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον απαντώντα. Το

ερωτηματολόγιο του Καναδά για την έρευνα της σωματικής κατάστασης, προτείνεται για τη μέτρηση του δείκτη της σωματικής δραστηριότητας και το οποίο όμως θα πρέπει να προσαρμοστεί, ανάλογα, ώστε να εμπεριέχει όλους τους αποδεκτούς τύπους της σωματικής δραστηριότητας του ατόμου στον ελεύθερο χρόνο του, που υπάρχουν σε διαφορετικές χώρες.

### Παρουσίαση δεδομένων

Τα αποτελέσματα από την πρώτη ερώτηση του προτεινόμενου οργάνου πάνω στην αυτο-εκτίμηση της σωματικής δραστηριότητας, μπορούν να παρουσιαστούν σε τέσσερις κατηγορίες απαντήσεων α, β, γ και δ. Εάν οι αριθμοί σε κάθε κατηγορία απάντησης είναι πολύ μικροί ή εάν ο σκοπός της μελέτης απαιτεί το συνδυασμό αυτών των κατηγοριών απαντήσεων, προκειμένου να τις χρησιμοποιήσει, τα επίπεδα της σωματικής δραστηριότητας μπορούν να παρουσιαστούν στις εξής κατηγορίες: ελαφριά / καθιστική (απάντηση γ), μέτρια (απαντήσεις β και γ) και βαριά (απάντηση α). Είναι επίσης πιθανή μια ταξινόμηση δύο επιπέδων για τη σωματική δραστηριότητα, π.χ. αδρανής (απαντήσεις γ και δ) και ενεργής (απαντήσεις α και β).

Για τη δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου πάνω στη σωματική άσκηση που προκαλεί ιδρώτα, έχει προταθεί η ακόλουθη ταξινόμηση δύο επιπέδων για τη σωματική άσκηση: ενεργής ( $\geq 3$  ημέρες ανά εβδομάδα) και αδρανής (0-2 ημέρες ανά εβδομάδα).

Ο συνδυασμός των δύο ερωτήσεων του ερωτηματολογίου είναι πιθανώς, αλλά η σχετική έρευνα έγινε πάνω σε αυτό το θέμα, έδειξε ότι αυτός ο συνδυασμός δεν καταλήγει σε μια καλύτερη από τις δύο προηγούμενες ταξινομήσεις.

### Σγόλια

Η ισχύς της ερώτησης για τη σωματική άσκηση που προκαλεί ιδρώτα δοκιμάστηκε σε ένα δείγμα εφήβων στις Η.Π.Α. αναφορικά με τα

αποτελέσματα της σωματικής άσκησης στη λειτουργία της καρδιάς, στην κατανομή λίπους στο σώμα και στην εβδομαδιαία κατανάλωση ενέργειας. Η σχετική μελέτη έδειξε ότι αυτή η ερώτηση παρέχει ένα χρήσιμο δείκτη για τη μέτρηση της σωματικής δραστηριότητας. Η ερώτηση πάνω στην αυτοεκτίμηση της σωματικής δραστηριότητας, έχει χρησιμοποιηθεί από την ανάλογη ΕΜΥΕ, όπως αυτή διενεργήθηκε στη Δανία, για μερικά χρόνια. Επίσης αυτή η ερώτηση θεωρείται ως μια χρήσιμη μέτρηση της σωματικής δραστηριότητας, που γίνεται στον ελεύθερο χρόνο του ατόμου. Χρειάζεται περαιτέρω μελέτη, προκειμένου να εξακριβωθεί εάν οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της σωματικής δραστηριότητας από τις ΕΜΥΕ, είναι αποδεκτές και για τα ηλικιωμένες άτομα.

## VIII. ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

### Ιστορικό

Το βάρος γέννησης είναι ένας αποδεκτός δείκτης για τον καθορισμό του επιπέδου διατροφής και του επιπέδου υγείας των νεογνών. Θεωρείται ότι είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για την επιβίωση του νηπίου. Διάφοροι παράγοντες σχετίζονται με το χαμηλό βάρος γέννησης: η μητρική ηλικία, η κοινωνική τάξη, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και ιδιαίτερος στις αναπτυσσόμενες χώρες η διατροφή. Στις πλούσιες κοινωνίες το κάπνισμα φαίνεται ότι είναι ο πιο σημαντικός μητρικός περιβαλλοντολογικός παράγοντας (material environmental factor). Εξαιτίας της σχέσης μεταξύ του βάρους γέννησης και του μητρικού τρόπου ζωής, το επαρκές βάρος γέννησης είναι ένας από τους δείκτες (δείκτης 16.4 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), που δείχνουν την πρόοδο του στόχου 16 (από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), ο οποίος σκοπεύει στην προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης. Η σωστή διατροφή, το σταμάτημα του καπνίσματος, η χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια

της εγκυμοσύνης και οι κατάλληλες μετανηπιακές υπηρεσίες υγείας, σχετίζονται με τους άλλους στόχους της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" και οι δείκτες για τις μετρήσεις όλων των παραπάνω στόχων μπορούν, ενδεικτικά, να παρουσιάσουν την πιθανή πρόληψη του χαμηλού βάρους γέννησης.

Ένα χαμηλό βάρος γέννησης ορίζεται ως ένα βάρος που είναι λιγότερο από 2.500 γραμμάρια. Στην κατηγορία των νηπίων με χαμηλό βάρος γέννησης, περιλαμβάνονται τα πρόωρα γεννημένα νήπια και εκείνα που είναι πολύ μικρά σε μέγεθος για την ηλικία τους, εξαιτίας της ελλιπούς ανάπτυξής τους ως έμβρυα. Η εξειδικευμένη ιατρική γνώση και η βελτιωμένη ιατρική τεχνολογία βοηθούν όλο και περισσότερα παιδιά για να επιβιώσουν από ένα πρόωρο τοκετό. Τα παιδιά όμως αυτά είναι εκτεθειμένα σε έναν αυξανόμενο κίνδυνο από προβλήματα υγείας, όπως είναι οι μολυσματικές ασθένειες. Τα νήπια που είναι μικρά σε μέγεθος για την ημερομηνία της γέννησής τους, ενδέχεται να παρουσιάσουν μειωμένη σωματική ανάπτυξη και πιθανώς να έχουν μια χαμηλή διανοητική απόδοση, αργότερα όταν μεγαλώσουν. Για τα χαμηλού βάρους νήπια έχει βρεθεί ότι σε σχέση με τα νήπια κανονικού βάρους, έχουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας στην παιδική τους ηλικία.

Στις περιπτώσεις των πολλαπλών κυήσεων (multiple births, δίδυμες ή τρίδυμες γεννήσεις νηπίων) συχνά γεννιούνται νήπια μικρού μεγέθους ή σε νήπια με χαμηλό βάρος γέννησης. Σε μερικές χώρες ο αριθμός των πολλαπλών γεννήσεων μάλλον αυξάνεται σημαντικά. Αυτό πιθανώς αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου της ηλικίας κυοφορίας των γυναικών και στην εφαρμογή της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας σε προβλήματα γονιμοποίησης, όπως είναι η αρμονική θεραπεία και η εξωσωματική γονιμοποίηση.

Εξαιτίας της επίδρασης που ασκεί πάνω στο βάρος γέννησης η χρονική περίοδος στην οποία γεννιέται το νήπιο πρόωρα (preterm) και είναι ίση ή και μεγαλύτερη από το διάστημα του ενός μηνός, οι πολλαπλές γεννήσεις είναι σημαντικό να περιλαμβάνονται στον έλεγχο του βάρους γέννησης.

Η κύρια πηγή πληροφόρησης γι' αυτό το δείκτη είναι τα διοικητικά αρχεία, όπως είναι τα αρχεία εγγραφής της γέννησης των νηπίων ή των αρχείων για τη μητρότητα. Εάν αυτές οι πηγές πληροφόρησης δεν είναι διαθέσιμες ή χρειάζεται επιπρόσθετη πληροφόρηση από τις έρευνες (για παράδειγμα το βάρος γέννησης σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γονιών ή σε σχέση με άλλα χαρακτηριστικά των γονιών), προτείνεται σ' αυτές τις περιπτώσεις να περιλαμβάνονται ερωτήσεις για το βάρος γέννησης στις ΕΜΥΕ.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι γονείς μπορούν να αναφέρουν το βάρος γέννησης των παιδιών τους ακόμη και όταν αυτά είναι μερικών χρόνων, οι γονείς θυμούνται το βάρος γέννησής τους με ακρίβεια. Προτείνονται οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου να θέτονται σε γονείς με παιδιά ηλικίας από τεσσάρων ετών και κάτω.

#### Όργανο μέτρησης του δείκτη (16.4)

| <b>Βάρος Γέννησης</b> |   |
|-----------------------|---|
| 1.                    | Είναι το παιδί διδυμο ή τριδυμο;<br>- Ναι (πολλαπλή κύηση)<br>- Όχι   |
| 2.                    | Γεννήθηκε το παιδί πρόωρα,<br>- Ναι<br>- Όχι (πήγαινε στην ερώτηση 4)   |
| 3.                    | Αυτό συνέβη ένα μήνα πριν από την καθορισμένη ημερομηνία γέννησης του παιδιού ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα;<br>- Σε χρονικό διάστημα λιγότερο από ένα μήνα<br>- Ένα μήνα και περισσότερο |
| 4.                    | Πόσο ζύγιζε το παιδί στη γέννηση; (αναφέρετε γραμμάρια)   |

Το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να απευθύνεται στον έναν από τους δύο γονείς (ενδιάμεσος), για κάθε παιδί ηλικίας τεσσάρων ετών ή και λιγότερο. Οι



ημερομηνίες των γεννήσεων θα πρέπει να καταγράφονται ώστε να είναι δυνατή η απεικόνιση των ηλικιών των παιδιών σε πίνακα.

#### Παρουσίαση των δεδομένων

Ο δείκτης 16.4 παρουσιάζει το ποσοστό (%) των νεογνών που έχουν βάρος γέννησης 2.500 gr ή και περισσότερα. Τα ποσοστά (%) των γεννήσεων για αγόρια και κορίτσια θα πρέπει να παρουσιάζονται ξεχωριστά. Επιπλέον μπορεί να παρουσιαστεί και η κατανομή των διαφόρων βαρών από τις γεννήσεις π.χ. σε κατηγορίες: < 1.500 gr (πολύ χαμηλό βάρος γέννησης), 1.500 - 1.999 gr, 2.000 - 2.499 gr, 2.500 - 2.999 gr, 3.000 - 3.499 gr, 3.500 - 3.999 gr, 4.000 - 4.999 gr και  $\geq$  4.500 gr. Μπορεί, επίσης, να παρουσιαστεί ο μέσος όρος για τα διάφορα βάρη γέννησης.

Όπως, ήδη, έχει τονισθεί καλό θα είναι να δίνονται τα ποσοστά (%) των χρονικών περιόδων, στις οποίες γεννιούνται τα πρόωρα νήπια καθώς και τα ποσοστά (%) των πολλαπλών κυήσεων. Τα δεδομένα που αφορούν το βάρος γέννησης των νηπίων, θα πρέπει, τουλάχιστον, να παρουσιάζονται για τις γεννήσεις εκείνες όπου σε κάθε γέννηση αντιστοιχεί ένα (ζωντανό) νήπιο. Επιπλέον μπορούν, αναφορικά με το δείκτη 16,4, να παρουσιάζονται τα δεδομένα για εκείνες τις γεννήσεις στις οποίες αντιστοιχεί ένα νήπιο που γεννιέται κανονική χρονική περίοδο που του έχει ορισθεί (full-term). Εάν τα μεγέθη των δειγμάτων επιτρέπουν τέτοια σύνολα δεδομένων, να παρουσιάζονται τα δεδομένα για εκείνες τις γεννήσεις, στις οποίες αντιστοιχεί ένα νήπιο, το οποίο γεννιέται πρόωρα, τα δεδομένα για τις δίδυμες / τρίδυμες γεννήσεις νηπίων, τα οποία γεννιούνται στην κανονική χρονική περίοδο που του έχει ορισθεί και τα δεδομένα για τις δίδυμες / τρίδυμες γεννήσεις νηπίων που γεννιούνται πρόωρα.

Είναι, επίσης, σχετικά με το δείκτη 16.4, τα δεδομένα για το βάρος γέννησης που είναι σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά του ιστορικού των γονιών, όπως: αστικές και επαρχιακές περιοχές διαβίωσης των γονέων,

γεωγραφικές ή διοικητικές υποδιαιρέσεις από τις οποίες προέρχονται οι γονείς και κοινωνικο-οικονομικές ομάδες, στις οποίες εντάσσονται οι γονείς (π.χ. το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας).

## IX. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

### Ιστορικό

Είναι, γενικά, αποδεκτό ότι το μητρικό γάλα είναι η καλύτερη τροφή για τα μωρά. Ο στόχος 7 "Υγεία για Όλους" (από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), ο οποίος εστιάζεται στη βελτίωση της υγείας των παιδιών και των νεαρών ατόμων, θα πρέπει να επιτευχθεί, συν τοις άλλοις, με την προαγωγή του θηλασμού των νηπίων από τη μεγαλύτερη δυνατή αναλογία των μητέρων, συμπεριλαμβανομένων και των εργαζόμενων μητέρων. Η προαγωγή του θηλασμού φαίνεται, επίσης, στα περιεχόμενα της θετικής συμπεριφοράς για την υγεία (στόχος 16 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>). Ο δείκτης "Υγεία για Όλους" 16.6 (από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) αφορά τον έλεγχο του ποσοστού (%) των παιδιών που θηλάστηκαν σε διαφορετικές ηλικίες (το λιγότερο μέχρι έξι εβδομάδων).

Φαίνεται ότι υπάρχει μια μικρή αμφιβολία, σχετικά με το αν ο θηλασμός ασκεί μια θετική επίδραση πάνω στην υγεία και τη σωματική ανάπτυξη των νηπίων. Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα θρεπτικά στοιχεία που χρειάζεται ένα νήπιο τους πρώτους μήνες της ζωής του και τα νήπια που θηλάζονται βρίσκονται σε ένα μειωμένο κίνδυνο από μια ποικιλία προβλημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μολυσματικών ασθενειών και των αλλεργιών. Τα πρόωρα νήπια που τρέφονται με μητρικό γάλα έχουν παρουσιάσει υψηλότερη σωματική ανάπτυξη και διανοητική απόδοση, αργότερα στη ζωή τους σε σχέση με εκείνα τα νήπια που δεν τρέφονται με μητρικό γάλα.

Ο Π.Ο.Υ. συμβουλεύει την αποκλειστική τροφή του νηπίου με μητρικό

γάλα από τη γέννησή του μέχρι την ηλικία των έξι εβδομάδων. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα, τα παιδιά θα πρέπει να συνεχίσουν να τρέφονται με μητρικό γάλα, ενώ παράλληλα τρέφονται με τις κατάλληλες και επαρκώς συμπληρωματικές τροφές, μέχρι την ηλικία των δύο χρόνων ή και μεγαλύτερα.

Υπέρ του θηλασμού είναι ιδιαίτερα οι αναπτυσσόμενες χώρες, εκεί όπου οι συνθήκες για την κατάλληλη τροφή του νηπίου με μπουκάλι όπως είναι η προετοιμασία της υγιεινής που θα πρέπει να γίνει στο μπουκάλι και τα υποκατάστατα μητρικού γάλατος σε υψηλή ποιότητα, δεν είναι συχνά διαθέσιμα. Εάν και στις περισσότερες, αλλά όχι σε όλες, τις βιομηχανικές χώρες τα υποκατάστατα μητρικού γάλατος σε υψηλή ποιότητα είναι ευρέως διαθέσιμα και οικονομικά, το ανθρώπινο γάλα υπερτερεί σε αυτή την περίπτωση όπως έχει τονισθεί από τα παραπάνω, συμπεριλαμβάνοντας την καλή λειτουργία του μεταβολικού συστήματος του μωρού.

Για πολλά χρόνια υπήρχε το ενδιαφέρον σχετικά με την επίδραση της περιβαλλοντολογικής μόλυνσης (διοξίνες) πάνω στην υγεία των μωρών που τρέφονταν με μητρικό γάλα. Μέχρι τώρα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι η εισαγωγή αυτών των ουσιών στη διατροφή των μωρών, βρίσκεται κάτω από εκείνα τα επίπεδα, που ίσως να είναι επικίνδυνα για την υγεία των μωρών και γι' αυτό το λόγο ο θηλασμός δεν θα πρέπει να αποθαρρύνεται.

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες, σημειώθηκε μια σημαντική μείωση στο θηλασμό από τη δεκαετία του 1930 μέχρι τη δεκαετία του 1960. Τα προγράμματα υγείας για την προαγωγή του θηλασμού συνεισέφεραν στην αλλαγή της τάσης απέναντι στο θηλασμό μέσα στη δεκαετία του 1970. Στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1980 δεν είχε σημειωθεί κάποια επιπλέον σημαντική αύξηση του θηλασμού σε μερικές χώρες και σε άλλες σημειώθηκε ακόμη και μια μικρή μείωση του θηλασμού.

Όπως και στην περίπτωση του δείκτη για το βάρος γέννησης, η πληροφόρηση για το δείκτη του θηλασμού, μπορεί να προέρχεται από τους

ανάλογους καταλόγους των χωρών. Αυτός το τελευταίος δείκτης αξίζει να συμπεριλαμβάνεται στις πληθυσμιακές έρευνες, οι οποίες έχουν το πλεονέκτημα ότι παρέχουν πλήρη κάλυψη για το δείκτη. Αυτή η κάλυψη βασίζεται σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του πληθυσμού. Οι παραπάνω έρευνες έχουν το πλεονέκτημα της ταχείας διάθεσης των δεδομένων για το δείκτη καθώς και τη διάθεση των μεταβλητών του ιστορικού υγείας του παιδιού και των γονιών. Προτείνεται το όργανο για τη μέτρηση του δείκτη 16.6 να αναφέρεται στο θηλασμό του νηπίου αναφορικά με τις εξής ηλικίες: έξι εβδομάδων, τριών μηνών και έξι μηνών. Το ερώτημα του ερωτηματολογίου θα πρέπει να απευθύνεται σε γονείς παιδιών με ηλικία μεταξύ έξι μηνών και τεσσάρων ετών και επίσης σε αυτή την ερώτηση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και ο μερικός θηλασμός του νηπίου.

#### Όργανο μέτρησης του δείκτη (16.6)

| Θηλασμός   |     |     |
|--|-----|-----|
| Για κάθε παιδί μεταξύ έξι μηνών και τεσσάρων χρόνων ρώτησε: Θηλάστηκε το παιδί (συμπεριέλαβε και το μερικό θηλασμό) στην ηλικία των: |     |     |
|  | Ναι | Όχι |
| 6 εβδομάδων  | 1   | 2   |
| 3 μηνών  | 1   | 2   |
| 6 μηνών  | 1   | 2   |

#### Παρουσίαση των δεδομένων

Για το δείκτη 16.6 θα πρέπει να παρουσιάζονται τα ποσοστά (%) των παιδιών που θηλάστηκαν στην ηλικία των έξι εβδομάδων, των τριών μηνών και των έξι μηνών. Επιπρόσθετα, ίσως να είναι σχετική με το δείκτη η σχέση των πρακτικών θηλασμού με τα χαρακτηριστικά της μητέρας, όπως είναι η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, εάν εργάζεται η μητέρα ή όχι και τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής της μητέρας (π.χ. κάπνισμα).



Γράφημα 1.: Θηλασμός στο Oslo, Νορβηγία 1950-1980

Πηγή: Evensen

### Σχόλια

Εφόσον για τα παιδιά που είναι μικρότερα από την ηλικία των έξι μηνών το προτεινόμενο όργανο μέτρησης του δείκτη 16.6 δεν μπορεί να συμπληρωθεί πλήρως, είναι επιθυμητό να περιορίζεται ο υπολογισμός αυτού του δείκτη μόνο στα παιδιά με ηλικία έξι μηνών και παραπάνω (μέχρι τεσσάρων χρόνων). Παρόλα αυτά, για άλλους σκοπούς της έρευνας, ίσως να είναι σχετικό να συλλέγονται δεδομένα γι' αυτό το δείκτη από παιδιά ηλικίας μικρότερης από έξι μηνών.

Ο θηλασμός του μωρού για χρονικό διάστημα μικρότερο από έξι εβδομάδες, το οποίο διάστημα δεν συμπεριλαμβάνεται στην ερώτηση του ερωτηματολογίου, ίσως να συμβαίνει συχνά. Για παράδειγμα, στην Ολλανδία, τα δεδομένα των παιδιών που θηλάστηκαν από την ηλικία των έξι μηνών μέχρι και την ηλικία των τεσσάρων χρόνων για τη χρονική περίοδο 1989-1992, έδειξαν ότι το 68% των παιδιών είχε θηλαστεί από τη γέννησή του, ενώ στην ηλικία των έξι εβδομάδων η τιμή του θηλασμού είχε ήδη πέσει στο 54%. Γι' αυτό το λόγο ίσως να είναι επίσης σχετικό να ελέγχεται το ποσοστό (%) των παιδιών που είχαν θηλαστεί από τη γέννησή τους. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με την πρόσθεση μιας προκαταρκτικής ερώτησης στο ερωτηματολόγιο ("Είχε θηλαστεί το παιδί;" ναι / όχι) ή η πρόσθεση στο

ερωτηματολόγιο της κατηγορίας "από τη γέννηση" πριν την κατηγορία "έξι εβδομάδων".

## X. ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

### Ιστορικό

Η παχυσαρκία θεωρείται ότι είναι ένα τεράστιο δημόσιο πρόβλημα υγείας, αφού είναι αρκετά δύσκολη η θεραπεία της. Η διατήρηση της παχυσαρκίας (βάρος σώματος  $> 30 \text{ Kg/m}^2$ ), μεταξύ των ατόμων ηλικίας από 40-60 ετών υπερβαίνει το 10% στις Ευρωπαϊκές χώρες. Η παχυσαρκία σχετίζεται με διάφορες χρόνιες καταστάσεις υγείας, όπως είναι η υπέρταση, ο διαβήτης και οι καρδιοαγγειακές ασθένειες. Η παχυσαρκία έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των σωματικών λειτουργιών του ατόμου, σε σχέση με την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Μεταξύ του σχετικού βάρους (βάρος ανάλογο με το ύψος) και της θνησιμότητας, υπάρχει η εξής σχέση: η υπερβολική θνησιμότητα παρατηρείται και μεταξύ των παχύσαρκων και μεταξύ των αδύνατων ατόμων. Εν τούτοις η θνησιμότητα μεταξύ των αδύνατων ατόμων οφείλεται σε άλλες κατηγορίες ασθενειών (π.χ. κάποια είδη καρκίνων), από εκείνες που είναι υπεύθυνες για τη θνησιμότητα μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων. Όταν ένα άτομο είναι ελλιποβαρές αυτό ίσως να είναι η συνέπεια από την ύπαρξη κάποιας σοβαρής ασθένειας και γι' αυτό θα πρέπει να εξετάζονται οι παράγοντες κινδύνου στους οποίους είναι εκτεθειμένο το ελλιποβαρές άτομο.

Αν και η παχυσαρκία είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο με μια πολυ-παραγοντική προέλευση - στην οποία προέλευση παίζουν ρόλο και οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες - βασικά προκαλείται από την υπερβολική εισαγωγή τροφής στον οργανισμό του ατόμου σε σχέση με το επίπεδο καύσης αυτής της τροφής. Ο έλεγχος της διατήρησης της παχυσαρκίας και γενικά της

### Όργανο μέτρησης του δείκτη (16.10)

| Βάρος σώματος  |    |
|--|----|
| Ποιο είναι το ύψος σου χωρίς παπούτσια; .....  | cm |
| Πόσο ζυγίζεις χωρίς ρούχα και παπούτσια; .....   | Kg |
| Οι γυναίκες θα πρέπει να ερωτώνται αν είναι έγκυες και αν είναι, να ερωτώνται για το βάρος τους πριν την εγκυμοσύνη. |    |

Η ελάχιστη ηλικία, για την οποία θα πρέπει να υπολογίζεται το βάρος σώματος, είναι η ηλικία των 18 ετών. Επίσης, είναι σχετική με το βάρος σώματος και η συλλογή πληροφόρησης για το βάρος και το ύψος των παιδιών που βρίσκονται κάτω από την ηλικία των 18 ετών, από τις ΕΜΥΕ. Τα δεδομένα όμως αυτά θα πρέπει να αναφέρονται σε σχέση με τις συγκεκριμένες ηλικίες των παιδιών.

#### Παρουσίαση των δεδομένων

Για τον κάθε απαντώντα, το βάρος σώματος υπολογίζεται με τη διαίρεση του βάρους του σώματός μου (το οποίο εκφράζεται σε Kg) με το ύψος του (το οποίο εκφράζεται σε  $\text{cm}^2$ ). Η κατανομή του βάρους σώματος μπορεί να ταξινομηθεί ως εξής:

|                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| κάτω των 18 ετών             | (σοβαρά ελλιποβαρές άτομο)         |
| 18 ετών και κάτω των 20 ετών | (ελλιποβαρές άτομο)                |
| 20 ετών και κάτω των 25 ετών | } (άτομο με φυσιολογικό βάρος)     |
| 25 ετών και κάτω των 27 ετών |                                    |
| 27 ετών και κάτω των 30 ετών |                                    |
| 30 ετών και άνω              | (σοβαρά υπέρβαρο άτομο, παχύσαρκο) |

Στη βάση αυτών των διαστημάτων, μεταξύ των διαφορετικών ηλικιών, των απαντώντων, για τον υπολογισμό του βάρους σώματος, μπορούν να

δοθούν διαφορετικοί ορισμοί, αναφορικά με τις ηλικίες των απαντώντων, στις οποίες παρατηρείται η παχυσαρκία, για παράδειγμα το βάρος σώματος για τις ηλικίες από 25-30 ετών ή για τις ηλικίες από 27-30 ετών. Επίσης, μπορούν να γίνουν και πιο λεπτομερείς διασπάσεις στην παραπάνω ταξινόμηση των ηλικιών, προκειμένου να διαπιστωθεί η συχνότητα των ηλικιών, ανάλογα με το βάρος που παρατηρείται σε αυτές τις ηλικίες.

Για το δείκτη 16.10, η κατανομή του βάρους σώματος, σε συγκεκριμένα διαστήματα, μεταξύ των ηλικιών, συμπεριλαμβάνοντας το ποσοστό (%) του πληθυσμού με βάρος σώματος μεγαλύτερο από 30 Kg/m<sup>2</sup>, θα πρέπει να παρουσιάζεται ανάλογα με την ηλικία (αποκλείοντας τις ηλικίες κάτω των 18 ετών) και το φύλο. , .

Επιπλέον είναι σχετικό με τον παραπάνω δείκτη, να διακρίνονται τα δεδομένα, σύμφωνα με άλλα χαρακτηριστικά των απαντώντων, όπως είναι το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Επίσης, το ποσοστό (%) των παχύσαρκων ατόμων είναι αντιστρόφως ανάλογα με το επίπεδο της εκπαίδευσής τους.

### Σχόλια

Η ηλικία είναι μια σημαντική μεταβλητή σε σχέση με τη μέτρηση του βάρους σώματος. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν σε βιομηχανικές χώρες, το βάρος σώματος αυξάνεται μέχρι την ηλικία των 50 ετών για τους άνδρες και μετά την εμμηνόπαυση για τις γυναίκες, μετά παραμένει σταθερό και μειώνεται αργότερα, μετά την ηλικία των 70 ετών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος για την υγεία των παχύσαρκων ατόμων, είναι μεγαλύτερος για τα νεαρότερα παρά τα μεγαλύτερα άτομα. Μετά την ηλικία των 65 ετών φαίνεται ότι με δυσκολία υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της υγείας των παχύσαρκων ατόμων και της θνησιμότητας. Υπάρχουν, επίσης, ενδείξεις ότι η ευαισθησία που παρουσιάζεται στις εκτιμήσεις της παχυσαρκίας - οι οποίες βασίζονται στις αυτο-αναφορές βάρους και ύψους, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αυτές οι εκτιμήσεις συγκρίνονται με το αυτο-αναφερόμενο βάρος και



ύψος - είναι λιγότερη στις ηλικιακές ομάδες, που αποτελούνται από μεγαλύτερα άτομα και μεγαλύτερη στις ηλικιακές ομάδες που αποτελούνται από μικρότερα άτομα. Τα δεδομένα για το βάρος σώματος, που προέρχονται από τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και να εξετάζονται προσεκτικά.

Για τα παιδιά που βρίσκονται στην ανάπτυξη, το βάρος σώματος μπορεί να αναφερθεί ως τα ποσοστά (%) των παιδιών με βάρος σώματος που σχετίζεται με την ηλικία τους. Αυτά τα ποσοστά λειτουργούν ως αναφορικές αξίες σε σχέση με το βάρος σώματος των παιδιών, που βρίσκονται στην ανάπτυξη. Παρόλα αυτά, το επίπεδο διατροφής των παιδιών εκτιμάται με τη σύγκριση του βάρους ανάλογα με το ύψος τους και του βάρους τους ανάλογα με την ηλικία τους, πάντα σε σχέση με τις κατάλληλες αναφορικές αξίες. Στο πλαίσιο της κατηγορίας των δεικτών "Υγεία για Όλους", το επίπεδο διατροφής ενός παιδιού (δείκτης 16.5, από την κατηγορία δεικτών "Υγεία για Όλους") ορίζεται ως αποδεκτό όταν η αναλογία του βάρους με το ύψος τους δεν παρουσιάζει  $\pm 2$  σταθερές αποκλίσεις (standard deviations) από τις αναφορικές αξίες, όπως αυτές έχουν καθιερωθεί από το Εθνικό Κέντρο των Η.Π.Α. για τις στατιστικές υγείας (United States National Center for Health Statistics). Ο δείκτης 16.5 δεν συμπεριλαμβάνεται στη λίστα δεικτών "Υγεία για Όλους". Αυτό συμβαίνει γιατί τα δεδομένα για το ύψος και το βάρος των παιδιών είναι διαθέσιμα μόνο από καταλόγους δεδομένων που έχουν ήδη συλλεχθεί σε περιοδική βάση ή από τις αναφορές των φρουρών - ιατρών. Παρόλα αυτά, οι ΕΜΥΕ μπορεί να είναι μια πιθανή πηγή για τέτοιου είδους δεδομένα. Η πληροφόρηση για το βάρος και το ύψος των παιδιών, που προέρχεται από τη συνέντευξη του ενδιαμέσου ατόμου (ένας από τους δύο γονείς), δεν φαίνεται να παρεκκλίνει σημαντικά από τις άλλες πηγές πληροφόρησης.

## ΧΙ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

### Ιστορικό

Ένα από τα κεντρικά θέματα της έρευνας για τη δημόσια υγεία είναι η κοινωνικο-οικονομική ανισότητα στην υγεία. Μέσα στις χώρες υπάρχουν διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ των περισσότερο και λιγότερο προνομιούχων ομάδων του πληθυσμού. Η μείωση των διαφορών υγείας μεταξύ των ομάδων με διαφορετικό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η οποία επέρχεται με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας αυτών των μειονεκτικών σε σχέση με την υγεία ομάδων, θεωρείται ότι είναι ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους της υγειονομικής πολιτικής. Στη στρατηγική "Υγεία για Όλους το 2000", η ισότητα στην υγεία απευθύνεται στο στόχο 1 της στρατηγικής (λίστα δεικτών). Η ισότητα στην υγεία σημαίνει ότι ο καθένας θα πρέπει να έχει μια δίκαιη ευκαιρία για να αποκτήσει τη δυνατότητα για να έχει πλήρη παροχή υγείας και ότι δεν θα πρέπει να μειονεκτεί από την κατοχή αυτής της δυνατότητας, στην περίπτωση που αυτή η κατοχή μπορεί να αποφευχθεί. Ο όρος "ανισότητα" αναφέρεται σε διαφορές που υπάρχουν στην παροχή της υγείας, οι οποίες όχι μόνο δεν είναι απαραίτητες και μπορούν να αποφευχθούν, αλλά επιπλέον είναι άδικες και μεροληπτικές. Προκειμένου να αναγνωριστεί η ανισότητα είναι σημαντική η ανάλυση των διαφορών μεταξύ των κοινωνικο-οικονομικών ομάδων και η κατανόηση των λόγων από τους οποίους προέρχονται αυτές οι διαφορές.

Ως το κλειδί για την επίτευξη του στόχου 1 της στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000", είναι η μέτρηση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και η οποία μέτρηση θα πρέπει να αποτελεί ένα μέρος από τις πληθυσμιακές έρευνες που καλύπτουν τους δείκτες υγείας. Ο αρχικός σκοπός της εκτίμησης του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου από τις ΕΜΥΕ, είναι η περιγραφή και η εκτίμηση των διαφορών υγείας.

Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έχει ένα πλατύ νόημα που καλύπτει

διάφορους τομείς που είναι σχετικοί με αυτό το επίπεδο. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν ή για να χαρακτηρίσουν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο είναι οι εξής: εκπαίδευση, πλούτος, εισόδημα, επάγγελμα, και οικονομική θέση.

Το επίπεδο της εκπαίδευσης είναι ο πιο χρήσιμος δείκτης γιατί έχει το στοιχείο της σταθερότητας: όταν κάποιος έχει φτάσει σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο εκπαίδευσης, είναι πιθανό να παραμείνει σε αυτό για όλη την υπόλοιπη ζωή του ή τουλάχιστον για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Υπάρχουν δύο διαφορετικές μετρήσεις για τη διάκριση τους, χρήση μιας ανάλογης κατηγοριοποίησης είναι ότι μπορούν να μετρηθούν οι τάσεις των επιπέδων υγείας από τα επίπεδα των εισοδημάτων, χωρίς να χρειάζονται να γίνουν προσαρμογές στις συγκρίσεις των εισοδηματικών κλιμακίων μεταξύ των διαφόρων χωρών. Η ομαδοποίηση του δείγματος που γίνεται σε μικρότερα εισοδηματικά κλιμάκια (πέπτα), μπορεί να περιλαμβάνει 20 εισοδηματικές κατηγορίες για τη συλλογή των δεδομένων.

Η χρήση του επαγγέλματος ως μια μεταβλητή ταξινόμησης είναι ένα πρόσφατο παράδειγμα της σύγχρονης κοινωνικής έρευνας - η ανάλυση της επαγγελματικής θνησιμότητας βασίζεται στα δεδομένα των αρχείων θανάτου. Για τις διεθνείς συγκρίσεις, συνήθως, χρησιμοποιείται μια απλή ομαδοποίηση των επαγγελμάτων σε τρεις κατηγορίες: μη-χειρονακτικά / μη-αγροτικά, χειρονακτικά / μη-αγροτικά και αγροτικά. Η ανάπτυξη της αποδεκτής επαγγελματικής ταξινόμησης βρίσκεται ακόμη κάτω από έρευνα, αναφορικά με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η σημερινή έρευνα για την επαγγελματική ταξινόμηση που να αφορά όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βασίζεται σε μια έκδοση του 1988 της Διεθνούς Αποδεκτής Ταξινόμησης του Επαγγέλματος (International Standard Classification of Occupation, ISCO-88). Τα επαγγέλματα που περιλαμβάνονται στην ISCO-88, έχουν κατηγοριοποιηθεί σε 10 ομάδες, σε σχέση με τη γνώση και την εμπειρία των επαγγελμάτων και το επίπεδο της εκπαίδευσης που απαιτείται για τη

λειτουργία των επαγγελμάτων. Εκτός από κάποια άλυτα προβλήματα που σχετίζονται με την ικανότητα σύγκρισης των κατηγοριοποιούμενων επαγγελμάτων μεταξύ των χωρών, αυτή η κατηγοριοποίηση δεν καταλήγει, απαραίτητα, σε μια σταθερή κλίμακα που να αναφέρεται στην κοινωνική τάξη. Για τη διενέργεια των ΕΜΥΕ προτείνεται μια κατηγοριοποίηση των επαγγελμάτων που να βασίζεται στις εξής διακρίσεις των επαγγελμάτων: μη-χειρονακτικά / χειρονακτικά / αγροτικά. Καλό θα είναι αυτή η ταξινόμηση των επαγγελμάτων σε τρεις κατηγορίες να επεκταθεί περισσότερο και να περιλαμβάνει οκτώ κατηγορίες επαγγελμάτων. Βέβαια αυτή η τελευταία ταξινόμηση δεν είναι απόλυτα σταθερή εξαιτίας της διάκρισης των αγροτικών επαγγελμάτων, η οποία διαφέρει από χώρα σε χώρα. Παρόλα αυτά θα ήταν πιθανή η παραγωγή μιας σταθερής κλίμακας προερχόμενη από την ταξινόμηση των οκτώ κατηγοριών επαγγέλματος. Αυτό γίνεται βάζοντας τους "αγρότες" στην κατηγορία των "managers" και τους εργαζόμενους σε αγροκτήματα (farm workers) στην κατηγορία των "ημι-εξειδικευμένων σε χειρονακτικές εργασίες". Οι ταξινομήσεις των επαγγελμάτων σε τρεις και οκτώ κατηγορίες θα μπορούσαν να βασίζονται στην ISCO-88, ώστε να είναι αποδεκτές απ' όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μόνο με την προϋπόθεση εκπαιδευτικών επιπέδων. Η πρώτη και πιο συνηθισμένη μέτρηση - η οποία είναι παρόμοια στη βάση της Διεθνούς Αποδεκτής Ταξινόμησης για την Εκπαίδευση (International Standard Classification of Education) - χρησιμοποιεί ως βάση τον αριθμό των χρόνων της ολοκληρωμένης εκπαίδευσης (full-time education) ή, εναλλακτικά, χρησιμοποιεί ως βάση το τελευταίο εκπαιδευτικό ίδρυμα: δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο ή άλλες μεταλυκειακές σπουδές. Η δεύτερη μέτρηση χρησιμοποιεί τα προσόντα του ατόμου. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται η πρώτη μέτρηση για τη διάκριση των εκπαιδευτικών επιπέδων περισσότερο από τη δεύτερη, γιατί η τελευταία δεν είναι τόσο υψηλής προτεραιότητας όσο η πρώτη. Οι παραπάνω μετρήσεις περιέχονται στο προτεινόμενο όργανο.

Δείκτες για τη μέτρηση του πλούτου, όπως είναι ο αριθμός των δωματίων του σπιτιού, η ιδιοκτησία σπιτιού και η κατοχή αυτοκινήτου, είναι αρκετά εύκολο να παρουσιαστούν. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι εύκολη η συλλογή των δεδομένων σε σχέση με αυτούς τους δείκτες, αν και οι τελευταίοι δεν χρησιμοποιούνται σε πολλές χώρες. Επειδή αυτοί οι δείκτες μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα στις χώρες, χρειάζονται περαιτέρω έρευνες πριν συμπεριληφθούν στις ΕΜΥΕ.

Το εισόδημα είναι μια σημαντική μεταβλητή, στην περίπτωση που μπορεί να συλλεχθεί ακριβής πληροφόρηση σχετικά με αυτό και στην περίπτωση που δεν παρουσιάζεται μεγάλη μείωση στα ποσοστά συμμετοχής στις έρευνες (είδος μη-απάντησης). Επιπλέον προκύπτουν προβλήματα και στον ορισμό του εισοδήματος στις διάφορες χώρες και αυτά έχουν σχέση με: το οικογενειακό εισόδημα έναντι του ατομικού εισοδήματος, το μεικτό εισόδημα έναντι του καθαρού εισοδήματος, το κερδισμένο εισόδημα έναντι του ολικού εισοδήματος, το μόνιμο εισόδημα έναντι του τρέχοντος εισοδήματος και το χρηματικό εισόδημα έναντι του εισοδήματος σε είδος. Προτείνεται ότι το εισόδημα θα πρέπει να μετράται ως ολικό, μεικτό, τρέχων, μόνιμο και οικογενειακό. Η σχετική με το εισόδημα πληροφόρηση μπορεί να συλλέγεται με την ύπαρξη διάφορων εισοδηματικών κλιμακίων. Το πλεονέκτημα των τελευταίων έγκειται στο ότι κάποιιο απαντώντες γνωρίζουν στο περίπου το εισοδήμά τους και μπορούν να δείξουν κάποια εισοδηματική κλίμακα, αν και δεν γνωρίζουν το ακριβές ποσό του εισοδήματός τους, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Από την άλλη πλευρά αυτή η άγνοια των απαντώντων, μειώνει την ελαστικότητα της ανακατασκευής των εισοδηματικών κλιμακίων, η οποία είναι σημαντική για τη διαμόρφωση μικρότερων κλασμάτων των εισοδηματικών κλιμακίων (δέκατα ή πέμπτα) ή για την προσαρμογή του πληθωρισμού. Προτείνεται να χρησιμοποιείται μια εισοδηματική κατηγοριοποίηση που να επιτρέπει την ένταξη του δείγματος σε μικρότερα κλάσματα εισοδηματικών κλιμακίων (πέμπτα). Το πλεονέκτημα

από την ότι η κάθε χώρα μέσα από τη δική της ταξινόμηση, να τοποθετεί τα επαγγέλματα στις παραπάνω αναφερόμενες κατηγορίες.

Μια άλλη σημαντική πτυχή του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου καθορίζεται από τις περιπτώσεις στις οποίες: το άτομο εργάζεται, είναι άνεργο, είναι συνταξιοδοτημένο, φροντίζει το σπίτι ή την οικογένεια, είναι φοιτητής ή ανήκει σε κάποια άλλη κατηγορία. Έχει βρεθεί σε αρκετές μελέτες ότι η οικονομική θέση του ατόμου, ιδιαίτερα στην περίπτωση είναι άνεργο ή όχι, σχετίζεται με το επίπεδο της υγείας του / της. Προτείνεται ότι η πληροφόρηση για την οικονομική θέση, να συλλέγεται από τις έρευνες υγείας, ιδιαίτερα για να διακρίνονται οι άνεργοι ως μια ξεχωριστή ομάδα.

## Όργανο

| Εκπαίδευση   |                           |
|--|---------------------------|
| <b>1. Αριθμός χρόνων ολοκληρωμένης εκπαίδευσης</b>   |                           |
| Για πόσα χρόνια παρακολούθησες πλήρως το σχολείο; (απέκλεισε το κολέγιο)   |                           |
| - Δεν έχω ακόμη τελειώσει  | x (πήγαγε στην ερώτηση 2) |
| - Δεν έχω πάει σχολείο / λιγότερο από ένα χρόνο  | 0 (πήγαγε στην ερώτηση 2) |
| - Αριθμός χρόνων   | .....                     |
| Παρακολούθησες το κολέγιο ή άλλη περαιτέρω ολοκληρωμένη εκπαίδευση αφού τελείωσες το σχολείο. Εάν ναι, πόσα χρόνια αυτή κράτησε;   |                           |
| - Αριθμός χρόνων   | .....                     |
| Σημείωση: σε μερικές κουλτούρες η διαφορά μεταξύ σχολείου και κολεγίου ίσως να μην είναι ξεκάθαρη. Μια μόνο ερώτηση καλύπτοντας και τα δύο παρέχει τα απαιτούμενα δεδομένα, εάν μια τέτοια ερώτηση είναι επιτυχής. |                           |
| <b>2. Προσόντα</b>   |                           |
| Έχεις κάποια από τα προσόντα που φαίνονται σε αυτή την κάρτα:  |                           |
| (Μια κάρτα και κλαίσιο κωδικοποίησης θα αναπτυχθεί από κάθε χώρα με το σκοπό την παροχή μιας τεσσάρων κατηγοριών ταξινόμησης)  |                           |
| - Όχι προσόντα   | 1                         |
| - Προσόντα σε επίπεδο γυμνασίου ή κάτω από αυτό το επίπεδο   | 2                         |
| - Προσόντα πάνω από το επίπεδο γυμνασίου   | 3                         |
| - Υψηλότερα προσόντα   | 4                         |

Όργανο

| Επάγγελμα |  |
|-----------|--|
| 1.        | Εάν δουλεύεις: Ποιά ήταν η δουλειά σου την περασμένη εβδομάδα;<br>Εάν δεν δουλεύεις: Ποιά ήταν η πιο πρόσφατη δουλειά σου;<br>Εάν έχει αποσυρθεί: Ποια ήταν η κύρια δουλειά σου;<br>Τίτλος δουλειάς: .....<br>Περιέγραψε πλήρως (τι κάνεις / έκανες καθημερινά στη δουλειά σου):<br>.....  |
| 2.        | Είσαι / ήσουν υπάλληλος ή αυτο-απασχολούμενος;<br>- Υπάλληλος 1 (πήγαινε στην ερώτηση α)<br>- Αυτο-απασχολούμενος 2 (πήγαινε στην ερώτηση β)<br>α) Είσαι / ήσουν:<br>- επαγγελματίας διαχειριστής (manager) 1<br>- επιστάτης 2<br>- άλλου είδους υπάλληλος 3<br>β) Παρέχεις εργασία (παρείχες) σε κάποια άλλα άτομα;<br>- Ναι 1<br>- Όχι 2 |

Οι απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις θα πρέπει να κωδικοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- (i) μη χειρονακτική, μη αγροτική
- (ii) χειρονακτική, μη αγροτική και
- (iii) αγροτική

Προτείνονται οι εξής 8 κατηγορίες:

- επαγγελματίες (i)
- managers (i)
- υπάλληλοι (i)
- εξειδικευμένοι εργαζόμενοι σε χειρονακτικές εργασίες, εργαζόμενοι (ii)
- ημι-εξειδικευμένοι σε χειρονακτικές εργασίες εργαζόμενοι (ii)
- ανειδίκευτοι σε χειρονακτικές εργασίες (i)
- αγρότες (iii)
- εργαζόμενοι σε αγροκτήματα (iii)

Όργανο μέτρησης του δείκτη

| Δείκτης Οικονομική Θέση |  |                            |
|-------------------------|--|----------------------------|
| 1.                      | Εσύ τώρα, κάνεις κάποια δουλειά επί πληρωμή;   |                            |
|                         | - Ναι  | 1 (τέλος)                  |
|                         | - Όχι  | X (πήγαινε στην ερώτηση 2) |
| 2.                      | Έχεις κάποια δουλειά επί πληρωμή από την οποία απέχεις προς το παρόν;                  |                            |
|                         | - Ναι  | 1 (τέλος)                  |
|                         | - Όχι  | X (πήγαινε στην ερώτηση 3) |
| 3.                      | Προς το παρόν εσύ:   |                            |
|                         | - περιμένεις για να πάρεις μια δουλειά   | X (πήγαινε στην ερώτηση 5) |
|                         | - ψάχνεις για δουλειά  | X (πήγαινε στην ερώτηση 4) |
|                         | - είσαι ανίκανος να ψάξεις για δουλειά λόγω προσωρινής ασθένειας ή τραυματισμού        | 3                          |
|                         | - είσαι μόνιμα ανίκανος για να δουλέψεις   | 5                          |
|                         | - είσαι συνταξιοδοτημένος  | 4 (τέλος)                  |
|                         | - είσαι στο σχολείο ή το κολέγιο   | 6                          |
|                         | - φροντίζεις το σπίτι ή την οικογένεια   | 7                          |
|                         | - άλλες ασχολίες   | 8                          |
| 4.                      | Έχεις ψάξει για δουλειά επί πληρωμή μια οποιαδήποτε στιγμή τις τελευταίες 4 εβδομάδες; |                            |
|                         | - Ναι  | X (πήγαινε στην ερώτηση 1) |
|                         | - Όχι  | 8 (τέλος)                  |
|                         | (i) Εάν μια δουλειά ήταν διαθέσιμη θα ήσουν παντός να αρχίσεις μέσα σε δύο εβδομάδες;  |                            |
|                         | - Ναι  | 2 (τέλος)                  |
|                         | - Όχι  | 8 (τέλος)                  |
| 5.                      | Εάν η δουλειά ήταν διαθέσιμη τώρα, θα ήσουν ικανός να αρχίσεις μέσα σε δύο εβδομάδες;  |                            |
|                         | - Ναι  | 2                          |
|                         | - Όχι  | 8                          |

Οι κατηγορίες κωδικοποίησης είναι:

1. εργαζόμενοι
2. άνεργοι
3. ανίκανοι για εύρεση εργασίας εξαιτίας προσωρινής ασθένειας ή τραυματισμού
4. μόνιμα ανίκανοι για εργασία
5. συνταξιοδοτημένοι
6. μαθητές ή φοιτητές
7. οικιακά ή φροντίδα οικογένειας



8. Άλλοι

Όργανο

|    |  | Εισόδημα |       |
|----|--|----------|-------|
| 1. | Τώρα θέλω να σε ρωτήσω για το συνολικό σου εισόδημα (αυτό είναι , το συνολικό εισόδημα όλων των ατόμων της οικογένειάς σου)<br>Οικογένειας ενός ενήλικα<br>Πρώτον, τώρα εσύ δουλεύεις επί πληρωμή; |          |       |
|    | - Ναι  |          | 1     |
|    | - Όχι  |          | 2     |
|    | Δύο ή περισσότερων ενηλίκων<br>Πρώτον, πόσα άτομα στην οικογένειά σου, δουλεύουν επί πληρωμή;  |          |       |
|    | - Κανένας  |          | 0     |
|    | - Ένας ή περισσότεροι  |          | 1     |
| 2. | Παίρνεις εσύ (κάποιος στην οικογένεια) σύνταξη από έναν πρώην εργοδότη;  |          |       |
|    | - Ναι  |          | 1     |
|    | - Όχι  |          | 2     |
| 3. | Παίρνεις εσύ (κάποιος) κάποια κρατικά επιδόματα;   |          |       |
|    | - Ναι  |          | 1     |
|    | - Όχι  |          | 2     |
| 4. | Έχεις εσύ (έχει κάποιος) κάποια άλλη πηγή εισοδήματος όπως ο τόκος, πληρωμή από άλλους ανθρώπους, κ τ λ.;  |          |       |
|    | - Ναι  |          | 1     |
|    | - Όχι  |          | 2     |
| 5. | Ενός ενήλικα νοικοκυριό<br>Μπορείς σε παρακαλώ να κοιτάξεις αυτή την κάρτα και να μου πεις σε ποια ομάδα ολικού εισοδήματος ανήκεις; (κάρτα)   |          |       |
|    | Θέλω να συμπεριλάβεις όλο σου το εισόδημα - έσοδα, σύνταξη, επιδόματα και ούτε καθεξής - μετά την αφαίρεση φόρου, εθνικής ασφάλειας.   |          |       |
|    | - Αριθμός ομάδας   |          | ..... |
|    | - Άρνηση   |          | 1     |
|    | - Δεν ξέρει  |          | 2     |
|    | Δύο ή περισσότερων ενηλίκων<br>Μπορείς σε παρακαλώ να κοιτάξεις αυτή την κάρτα και να μου πεις σε ποια ομάδα ολικού εισοδήματος ανήκουν όλα τα άτομα της οικογένειάς σου; (κάρτα)                  |          |       |
|    | Θέλω να συμπεριλάβεις όλο το ολικό εισόδημα - έσοδα, σύνταξη, επιδόματα - μετά την αφαίρεση φόρου, εθνικής ασφάλειας   |          |       |
|    | - Αριθμός ομάδας   |          | ..... |
|    | - Άρνηση   |          | 1     |
|    | - Δεν ξέρει  |          | 2     |

### Παρουσίαση των δεδομένων

Το πρώτο βήμα στην περιγραφή των ανισοτήτων υγείας είναι η παρουσίαση των προβλημάτων υγείας ανάλογα με την κοινωνικο-οικονομική τάξη, για παράδειγμα η επικράτηση της μακροχρόνιας σωματικής ανικανότητας, ανάλογα με την κοινωνικο-οικονομική θέση, για κάθε έναν από τους τέσσερις δείκτες, που μετρούν ανάλογα την κάθε κοινωνικο-οικονομική θέση.

Ο βαθμός της πιθανής ανισότητας ενδέχεται να εκτιμάται από τις διαφορές που προκύπτουν μεταξύ ακραίων κατηγοριών. Παρόλα αυτά, οι ακραίες αξίες βασίζονται, στο μεγαλύτερο μέρος τους, πάνω στον τρόπο με τον οποίο κατηγοριοποιείται μια μεταβλητή και ιδιαίτερα πόσο καλά αυτή η μεταβλητή κατηγοριοποιείται σε σχέση με τις ακραίες κατηγορίες. Μια πιο περιεκτική μέθοδος για την καθιέρωση του βαθμού της ανισότητας, είναι η χρήση ενός πίνακα περιεχομένων, ο οποίος περιλαμβάνει την πληροφόρηση για την υγεία που προέρχεται από όλες τις κατηγορίες που αποτελούν μια μεταβλητή θέσης. Διάφοροι ανάλογοι συνολικοί πίνακες περιεχομένων για την ανομοιότητα ή ο πίνακας περιεχομένων για την ανισότητα όπως έχει αναπτυχθεί από τον Koshinen (αδημοσίευτα δεδομένα 1988) και ένας πίνακας περιεχομένων που έχει αναπτυχθεί από τον Preston, ο οποίος, πίνακας, πρόσφατα είχε χρησιμοποιηθεί σε μια διεθνής μελέτη για τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στην αυτό-αναφερόμενη υγεία. Στη χρησιμοποίηση του πίνακα περιεχομένων του Preston, οι χώρες στην τελευταία μελέτη, μπορούσαν να συγκριθούν ακόμη και όταν υπήρχαν διαφορετικές (αλλά πάντοτε ιεραρχικές) ταξινομήσεις των πληθυσμιακών ομάδων, αναφορικά με την εκπαίδευση, το επάγγελμα και το εισόδημα. Παρόλα αυτά, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων από την παραπάνω μελέτη θα πρέπει να λάβει υπόψη της το γεγονός ότι αυτός ο πίνακας των περιεχομένων του Preston, στον οποίο βασίστηκε αυτή η μελέτη, είναι βασισμένος πάνω στην υπόθεση ότι το εύρος των διαφορών που προκύπτουν για κάθε κοινωνικο-οικονομική θέση είναι το

ίδιο ανάμεσα στις χώρες. Αυτό σημαίνει ότι όταν βρίσκονται για μια χώρα σχετικώς μεγάλες ανισότητες υγείας, αυτό εν μέρει οφείλεται σε μεγαλύτερες διαφορές που υπάρχουν στα "απόλυτα" επίπεδα των κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών.

### Σχόλια

Αναγνωρίζεται ότι η συλλογή της πληροφόρησης για όλες τις μεταβλητές ταξινόμησης όπως αναφέρονται σε αυτό το κεφάλαιο ενδέχεται να είναι μια πολύ δύσκολη εργασία. Προτείνεται ότι τουλάχιστον θα πρέπει να μετράται η εκπαίδευση και αν είναι δυνατόν να μετρώνται, επίσης, το επάγγελμα και το εισόδημα.

Ερωτηματολόγια που καλύπτουν γεωγραφικές διαιρέσεις όπως είναι οι αστικές / επαρχιακές και εθνικές μειονότητες, ίσως να είναι σχετικό να συμπεριλαμβάνονται στη διενέργεια των ΕΜΥΕ.

Για τη μέτρηση του επαγγέλματος θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα "οικιακά" είναι μια αποδεκτή απασχόληση. Αυτή η απασχόληση μπορεί να κατηγοριοποιηθεί στην κατηγορία "ανειδίκευτη χειρονακτική εργασία" στην προτεινόμενη κλίμακα που περιλαμβάνει τις οκτώ κατηγορίες επαγγελμάτων και στην κατηγορία "χειρονακτική - μη αγροτική εργασία" της κλίμακας που περιλαμβάνει τις τρεις κατηγορίες επαγγελμάτων.

Προτείνεται ότι οι κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές (εκτός της μεταβλητής του εισοδήματος) να συλλέγονται ξεχωριστά για κάθε άτομο και επίσης για κάθε οικογένεια και / ή για κάθε μέλος του νοικοκυριού να δίνεται μια αξία που θα είναι σύμφωνη με την αναφορική αξία του ατόμου που αναφέρεται ως μέλος της οικογένειας (αρχηγός της οικογένειας). Ακόμη δεν έχουν γίνει συστάσεις σχετικά με τον τρόπο, με τον οποίο θα καθορίζεται το άτομο που θα αναφέρεται στην οικογένεια. Για τη μεταβλητή του εισοδήματος, τα δεδομένα συλλέγονται μόνο σε επίπεδο οικογένειας.

### 5.3. Δείκτες Υγείας για τους Οποίους Προτεινόμενα Όργανα για τη Μέτρησή τους δεν Είναι Ακόμη Διαθέσιμα

## XII. ΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ)

### Ιστορικό

Προς το παρόν υπάρχουν ακόμη αξιοσημείωτα κενά, αναφορικά με τη γνώση για την εμφάνιση και την επικράτηση των χρόνιων παθήσεων. Οι ΕΜΥΕ θεωρούνται ότι είναι μια σημαντική πηγή γι' αυτού του είδους την πληροφόρηση, αλλά μια κοινή μεθοδολογία για την ανάλογη διενέργειά τους με δυσκολία υπάρχει κάποια πληροφόρηση που να βασίζεται στις ΕΜΥΕ και να είναι διαθέσιμη αλλά, κατά τη διάρκεια των συμβουλίων, θα μπορούσαν να συσταθούν κάποια φαινομενικά κατάλληλα όργανα για την εκτίμηση των σημαντικότερων χρόνιων πνευματικών καταστάσεων υγείας, όπως ήδη έχουν περιγραφεί. Για τη μέτρηση των χρόνιων σωματικών καταστάσεων υγείας δεν είναι δυνατό να προταθεί προς το παρόν κάποιο όργανο. Σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφονται σύντομα κάποιες σύγχρονες θεωρήσεις αναφορικά με την παραπάνω μέτρηση.

Πολλές εθνικές ΕΜΥΕ και ΕΜΥΕ που διενεργούνται για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περιλαμβάνουν στα ερωτηματολόγια τους ερωτήσεις, σε σχέση με την εκτίμηση της χρόνιας θνησιμότητας, σε σχέση με τις σωματικές καταστάσεις υγείας. Αυτά τα ερωτηματολόγια παρουσιάζουν μια μεγάλη ποικιλία στη μεθοδολογία τους π.χ. διαφορές στη φύση των ασθενειών, στον αριθμό των ασθενειών, στον προσδιορισμό της σοβαρότητας των ασθενειών και στη διατύπωση των ερωτήσεων. Ένα από τα κύρια προβλήματα που παρουσιάζονται στη διατύπωση των ερωτήσεων, είναι η διάκριση μεταξύ της χρήσης των διαγνώσεων και των συμπτωμάτων. Η γνώση των απαντούντων για τη χρόνια θνησιμότητα σε όρους διάγνωσης,

είναι συχνά περιορισμένη. Είναι πιο δύσκολη η συλλογή αξιόπιστων δεδομένων που προέρχονται από έρευνες, οι οποίες αναφέρονται σε ασθένειες ή σε σωματικά ελαττώματα από, για παράδειγμα, τη συλλογή ανάλογων δεδομένων για την ανικανότητα. Η ανικανότητα, συνήθως, έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή, έτσι ώστε οι ερωτήσεις που αναφέρονται σε αυτή, να είναι πιο σημαντικές για τους απαντούντες, παρά από τις ερωτήσεις που αναφέρονται σε ασθένειες ή σε σωματικά ελαττώματα.

### Συστάσεις

Κατά τη διάρκεια των τριών συμβουλίων συζητήθηκαν τα ακόλουθα θέματα, αναφορικά με τη μέτρηση των χρόνιων καταστάσεων υγείας: ορισμός και ταξινόμηση των χρόνιων καταστάσεων υγείας, τα κριτήρια για την επιλογή των καταστάσεων, η μέτρηση των ιατρικών περιστατικών ή η μέτρηση για τη διατήρηση των χρόνιων καταστάσεων υγείας και η σύνταξη των ερωτήσεων.

Τα κριτήρια για τον ορισμό της χρόνιας ασθένειας έχουν βασιστεί πάνω σε έναν ορισμό της χρόνιας ασθένειας, όπως αυτός είχε διαμορφωθεί το 1957. Οι χρόνιες ασθένειες συμπεριλαμβάνουν όλα τα σωματικά ελαττώματα ή τις αποκλείσεις από το φυσιολογικό, τα οποία έχουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: είναι μόνιμα, αφήνουν υπολειμματική ανικανότητα, προκαλούνται από μη-αντιστρέψιμες παθολογικές αλλαγές, απαιτούν την ειδική θεραπεία του ασθενή, ίσως προβλέπεται να απαιτούν μια μακρά περίοδο επίβλεψης, παρακολούθησης ή φροντίδας της κατάστασης του ασθενή.

Κατά τη διάρκεια των συμβουλίων αποφασίστηκε ότι δύο κριτήρια ήταν επαρκή για τη διάκριση μεταξύ των οξέων και χρόνιων ασθενειών, για την ονομασία της φύσης της ασθένειας και για τη διάρκειά της. Προτάθηκε ότι θα πρέπει να χρησιμοποιείται η διάρκεια των έξι μηνών.

Η ταξινόμηση ICD παρέχει μια αναλυτικά συστηματική ονομασία από

όλες τις καταστάσεις υγείας, χρόνιες ή οξείες. Υπήρξε μια γενική συμφωνία - κατά τη διάρκεια των τριών συμβουλίων - για το ότι οι χρόνιες καταστάσεις υγείας θα πρέπει να ταξινομούνται, σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD: γι' αυτό το λόγο οι χρόνιες καταστάσεις υγείας θα πρέπει να μετρώνται με τέτοιο τρόπο, ώστε τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τη μέτρηση να μπορούν να παρουσιαστούν σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD.

Πέντε κριτήρια προτάθηκαν, προκειμένου να καθορίζουν ποιες χρόνιες ασθένειες θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διενέργεια των ΕΜΥΕ.

- διατήρηση (ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν)
- σοβαρότητα της ασθένειας (θνησιμότητα, εγκατάσταση και θεραπεία του ασθενή στο νοσοκομείο, κατανάλωση φαρμάκων, περιορισμός των λειτουργιών, σχέση με την ταξινόμηση ICIDH και ποιότητα ζωής)
- οικονομικό κόστος
- χρήση των υπηρεσιών φροντίδας για την υγεία και
- προθυμία για αυτο-αναφορά

Χρησιμοποιώντας τα παραπάνω κριτήρια, οι ακόλουθες χρόνιες καταστάσεις υγείας θα μπορούσαν, για παράδειγμα, να επιλεγούν: υπέρταση, άσθμα, βρογχικά, θυρεοειδείς, διαβήτης, χρόνια δερματική πάθηση, χρόνια ασθένεια καρδιάς, χρόνια κύστη, χρόνια οδοντικά προβλήματα, χρόνια προβλήματα μέσης, αρθρικά και εγκεφαλικά.

Σε σχέση με το αν οι έρευνες θα πρέπει να μετρούν τη διατήρηση των χρόνιων ασθενειών ή τα ιατρικά περιστατικά τους ή και τα δύο, προέκυψε ότι για τη μεγάλη πλειοψηφία των χρόνιων καταστάσεων υγείας η διατήρηση θεωρείται ότι είναι η πιο σημαντική μέτρηση μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι χώρες τις οποίες απασχολούν τα ιατρικά περιστατικά των χρόνιων καταστάσεων υγείας, θα μπορούσαν να κάνουν επιπρόσθετες ερωτήσεις που αφορούν την αρχή ουσιών των καταστάσεων υγείας.

Η διατύπωση των ερωτήσεων θα πρέπει να βασίζεται στην ικανότητα

του απαντώντος για να κατανοήσει την περιγραφόμενη χρόνια κατάσταση υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι για το διαβήτη, η αναφορά του ονόματος της ασθένειας είναι αρκετή, σε άλλες όμως περιπτώσεις, όπως είναι το άσθμα είναι απαραίτητες να χρησιμοποιηθούν επιπρόσθετες ερωτήσεις ή να αναφερθούν τα συμπτώματα του άσθματος και ακόμη σε άλλες περιπτώσεις, όπως είναι τα σωματικά προβλήματα με την πλάτη, για τα οποία θα πρέπει να χρησιμοποιείται μια εναλλακτική διατύπωση για τις ερωτήσεις. Για κάθε χρόνια κατάσταση υγείας, η οποία μετράται σε όρους διάγνωσης, οι απαντούντες θα πρέπει να ερωτούνται εάν κάποιος ιατρός έχει κάνει κάποια διάγνωση για την κατάσταση της υγείας τους.

Προτείνεται περαιτέρω μελέτη, η οποία θα αφορά την ανάπτυξη ενός κοινού οργάνου για τη μέτρηση των χρόνιων καταστάσεων υγείας, μέσα από τη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Ένα ειδικό σχέδιο έρευνας βρίσκεται σήμερα προς αυτή την κατεύθυνση και απευθύνεται στα ακόλουθα θέματα:

- (α) Για ποιες ομάδες από χρόνιες ή οξείες καταστάσεις υγείας είναι επιθυμητή η μέτρησή τους στις ΕΜΥΕ;
- (β) Ποιες είναι οι εμπειρίες από τις ερωτήσεις πάνω στη χρόνια θνησιμότητα στις ΕΜΥΕ;
- (γ) Βασιζόμενες πάνω στην (α) και (β), ποιες καταστάσεις υγείας είναι οι κατάλληλες για τη μέτρησή τους από τις ΕΜΥΕ και πως αυτές οι καταστάσεις θα πρέπει να μετρώνται;

### **XIII. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ (ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ / ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ)**

#### **Ιστορικό**

Σχετικά με το στόχο 4 "Υγεία για Όλους" (από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), που αφορά τη σημείωση των χρόνιων ασθενειών και

ανικανοτητών, η προσοχή που δίνεται στα πνευματικά προβλήματα υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά μέσα στα τελευταία χρόνια. Ο στόχος 12 (από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), της στρατηγικής "Υγεία για Όλους το 2000", ειδικότερα, σκοπεύει στη μείωση της διατήρησης των πνευματικών διαταραχών υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που υποφέρουν από αυτές τις διαταραχές.

Η μέτρηση των πνευματικών καταστάσεων υγείας έχει ήδη περιγραφεί στις χρόνιες καταστάσεις υγείας (πνευματικές). Εδώ γίνεται αναφορά στη μέτρηση των ανικανοτητών, οι οποίες σχετίζονται με τέτοιου είδους πνευματικές καταστάσεις υγείας, που εδώ ονομάζονται κοινωνικές ανικανότητες. Οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν τη δυνατότητα, ώστε να επηρεάζουν αρνητικά για διάφορες απόψεις που έχει το άτομο στη ζωή του και να αυξάνουν τη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα εκείνων των υπηρεσιών, που καλύπτουν τα πνευματικά προβλήματα υγείας. Οι πνευματικές διαταραχές υγείας συνεισφέρουν σημαντικά στην αύξηση του συνολικού βάρους της ανικανότητας, όπως αυτό αναλογεί στον πληθυσμό και ειδικότερα ανάμεσα στις ομάδες του πληθυσμού με νεότερη ηλικία. Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξάχθηκε στην Ολλανδία, περίπου το 1/3 από όλα τα ανάκανα άτομα ηλικίας από 25-34 ετών, υποφέρει από ανικανότητα, η οποία οφειλόταν στην ύπαρξη πνευματικής ασθένειας.

Για τη μέτρηση του δείκτη "Υγεία για Όλους" 4.2 (το ποσοστό (%) του πληθυσμού που βιώνει διαφορετικά επίπεδα μακροχρόνιας ανικανότητας, από τη λίστα δεικτών), οι κοινωνικές ανικανότητες διακρίνονται από τις σωματικές μακροχρόνιες ανικανότητες. Ο κλασικός δείκτης για τη μέτρηση της μακροχρόνιας ανικανότητας, αναφέρεται στην ικανότητα που έχει το άτομο, ώστε να μπορεί να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, όπως είναι η προσωπική φροντίδα. Το προτεινόμενο όργανο για τη μέτρηση της μακροχρόνιας σωματικής ανικανότητας έχει ήδη περιγραφεί. Παρόλα αυτά, οι δραστηριότητες που περιλαμβάνει αυτό το όργανο δεν σχετίζονται, ιδιαίτερα,



με τις πρωταρχικές συνέπειες των πνευματικών διαταραχών υγείας. Όταν η ταξινόμηση ICIDH χρησιμοποιείται για την επιλογή των ανικανοτήτων που είναι σημαντικές σε σχέση με τις πνευματικές καταστάσεις υγείας, οι ανικανότητες συμπεριφοράς και ιδιαίτερα οι ανικανότητες που παρουσιάζονται στις ανθρώπινες σχέσεις είναι άσχετες με την ταξινόμηση ICIDH.

Ο σχεδιασμός ενός σύντομου οργάνου μέτρησης γι' αυτού του είδους τις ανικανότητες είναι λιγότερο εύκολος από εκείνον το σχεδιασμό του οργάνου μέτρησης των σωματικών ανικανοτήτων. Εξαιτίας του ότι οι κοινωνικές ανικανότητες συμπεριλαμβάνουν ένα μάλλον μεγάλο φάσμα από κοινωνικές λειτουργίες που αφορούν τα άτομα και τα πρότυπα των ατόμων σε σχέση με την εκτέλεση αυτών των λειτουργιών, δεν μπορούν να εκτιμηθούν με την ύπαρξη μερικών απλών ερωτήσεων που θα περιέχονται στο ερωτηματολόγιο. Τα όργανα που μετρούν τις κοινωνικές ανικανότητες θα πρέπει για τον παραπάνω λόγο να είναι πιο εκτενή από εκείνα που μετρούν τις σωματικές ανικανότητες, όπως είναι η όραση και η ακοή.

Τα περισσότερα όργανα για την εκτίμηση των κοινωνικών ανικανοτήτων, ασχολούνται με τη μέτρηση της κοινωνικής λειτουργίας, της κοινωνικής προσαρμογής, των κοινωνικών ρόλων (π.χ. επαγγελματικός, οικογενειακός ρόλος κ.τ.λ.) και των ανικανοτήτων που βιώνουν τα άτομα και τους εμποδίζουν από το να εκπληρώσουν τους κοινωνικούς τους ρόλους. Εν τούτοις τα περισσότερα από αυτά τα όργανα δεν είναι κατάλληλα ώστε να εφαρμοστούν στις ΕΜΥΕ. Αυτό συμβαίνει γιατί έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο σε κλινικές ομάδες ατόμων, είτε γιατί οι κλίμακες είναι μεθοδολογικά και νοητά όχι τόσο καλά επεξηγημένες, είτε γιατί αυτά τα όργανα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού με μικρότερες ή μεγαλύτερες ηλικίες.

Ένα όργανο το οποίο έχει σχεδιαστεί σε στενή σχέση με το ανάλογο πλαίσιο της ταξινόμησης ICIDH είναι το Πρόγραμμα Κοινωνικών

Ανικανοτητών Groningen (Groningen social disabilities shedule, GSDS). Ο σκοπός αυτού του προγράμματος είναι η απόκτηση πληροφόρησης σχετικά με την κοινωνική λειτουργία του ατόμου και συνεπώς να εκτιμήσει την ανικανότητά του / της σε πίνακα. Αυτό το όργανο απευθύνεται σε οκτώ κοινωνικούς ρόλους, οι οποίοι είναι σχετικοί με: (α) τη μέτρηση των κοινωνικών συνεπειών ως αποτέλεσμα μιας πνευματικής ασθένειας, συμπεριλαμβάνοντας το ρόλο της προσωπικής φροντίδας (σωματική φροντίδα και υγιεινή), (β) τον οικογενειακό ρόλο (συμμετοχή στις δραστηριότητες της οικογένειας), (γ) το ρόλο του συντρόφου (συναισθηματικοί δεσμοί, σεξουαλικός ρόλος ή η σχέση με το σύντροφο) και (δ) τον επαγγελματικό ρόλο (π.χ. εμπόριο ή άλλες απλές δραστηριότητες).

Εκδόσεις του GSDS υπάρχουν στα Ολλανδικά και Αγγλικά, οι οποίες εκδόσεις και στις δύο γλώσσες αφορούν τις κατα-πρόσωπο συνεντεύξεις και την προσωπική διαχείριση των ερωτηματολογίων από τους απαντούντες. Το όργανο GSDS είναι κατάλληλο για όλα τα άτομα ηλικίας από 16 ετών και άνω. Αυτά τα χαρακτηριστικά μαζί με τις ευνοϊκές εμπειρίες από την αξιόπιστη εφαρμογή του οργάνου, κάνουν το GSDS ένα υποσχόμενο όργανο. Η σύγχρονη έκδοση της προσωπικής εκτίμησης GSDS-SR είναι, παρόλα αυτά, μακροσκελής και χρονοβόρα (119 είδη κοινωνικών ανικανοτητών, με χρόνο 8-15 λεπτά για τη διαχείριση του κάθε είδους), για να προταθεί ως ένα όργανο που θα μπορούσε, σταθερά, να συμπεριληφθεί στη διενέργεια των EMYE. Στις περιπτώσεις όπου είναι πιθανό να συμπεριληφθεί ολόκληρο το GSDS-SR στη διενέργεια μιας πληθυσμιακής έρευνας, είναι επιθυμητό να χρησιμοποιείται μια διαδικασία δύο σταδίων διαθέσιμη.

### Συστάσεις

Η περαιτέρω μελέτη του GSDS-SR πιθανώς να δείξει εάν μια περιεκτική ομάδα ερωτήσεων θα μπορούσε να επιλεγεί από τη σύγχρονη έκδοσή του, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στις EMYE.

Προτείνεται ότι θα πρέπει να αναπτυχθεί μια ξεχωριστή έκδοση του **GSDS-SR** για τα ενδιάμεσα άτομα, για τις περιπτώσεις, δηλαδή όπου ο απαντούντα δεν είναι ικανός για να απαντήσει.

Εάν μπορούσε πραγματικά να αναπτυχθεί μια σύντομη λίστα από είδη κοινωνικής αναπηρίας, η διαδικασία των δύο σταδίων θα μπορούσε, πιθανώς, να εγκαταλειφθεί. Μια τέτοια λίστα θα μπορούσε να διαμορφώσει ένα όργανο, το οποίο θα μετρά και την πνευματική και τη σωματική μακροχρόνια ανικανότητα, όπως απαιτείται για το δείκτη "Υγεία για Όλους" 4.2 (από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2°).

#### **XIV. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΗΣ**

##### **Ιστορικό**

Οι σοβαρές χρόνιες ασθένειες, όπως είναι η καρδιοαγγειακή ασθένεια και διάφορα είδη καρκίνων, σχετίζονται με διαιτολογικούς παράγοντες. Η προαγωγή των υγιεινών διαιτητικών προτύπων, είναι γι' αυτό το λόγο, ένα σημαντικό τμήμα του στόχου 16 "Υγεία για Όλους" (λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2°) που αφορά την υγιεινή διαβίωση.

Προκειμένου να ελεγχθεί η επάρκεια της διατροφής που ακολουθεί ο πληθυσμός σε ομάδες, είναι απαραίτητο να διενεργηθούν εθνικές έρευνες κατανάλωσης τροφής. Η χρησιμοποίηση των δεδομένων για την κατανάλωση φαγητού, μαζί με την πληροφόρηση πάνω στο θρεπτικό περιεχόμενο των τροφών, προέρχεται από τους ανάλογους πίνακες για τις καταναλώσεις των τροφών και των συστατικών των τροφών (λιπαρά, υδατάνθρακες, βιταμίνη Α, ασβέστιο κ.τ.λ.). Με αυτό τον τρόπο μπορεί να γίνει η εκτίμηση της κατανάλωσης τροφής του πληθυσμού. Η θρεπτική επάρκεια της διατροφής μιας συγκεκριμένης ομάδας του πληθυσμού, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο και ανάλογα με τις ιδιαίτερες σωματικές ανάγκες, όπως είναι η

εγκυμοσύνη και η παραγωγή γάλατος μετά από αυτή, μπορούν να εκτιμηθούν με τη σύγκριση των καταναλώσεων των τροφών στα θρεπτικά συστατικά που περιλαμβάνουν, μαζί με τα συγκεκριμένα θρεπτικά πρότυπα για αυτές τις ομάδες.

Για την πληροφόρηση της κατανάλωσης τροφής του πληθυσμού, δύο είδη πηγών μπορούν να διακριθούν. Η πρώτη αφορά τις έρευνες με τα διαιτολόγια και τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και οι οποίες παρέχουν πληροφόρηση για την προμήθεια των τροφών σε εθνικό και οικογενειακό επίπεδο αντίστοιχα. Οι έρευνες με τα διαιτολόγια δείχνουν μόνο τις μεγάλες αλλαγές στα πρότυπα της διατροφής του πληθυσμού. Οι έρευνες των οικογενειακών προϋπολογισμών μπορούν να παρέχουν πιο λεπτομερή πληροφόρηση πάνω στην προμήθεια των τροφών από διάφορες ομάδες οικογενειών, ανάλογα με τα δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά τους. Υπάρχουν, επίσης, μελέτες διατροφής, οι οποίες μετρούν την κατανάλωση τροφής ανά άτομο. Αυτές οι μελέτες παρέχουν ένα τύπο πληροφόρησης, ο οποίος είναι απαραίτητος για τη σύγκριση της κατανάλωσης τροφής από ένα συγκεκριμένο πληθυσμό με τα κατάλληλα διατροφικά πρότυπα.

Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι μέτρησης της κατανάλωσης τροφής σε ατομικό επίπεδο. Αυτοί οι μέθοδοι αφορούν δύο κύριες κατηγορίες μεθόδων: τις μεθόδους αρχείων και τις μεθόδους μνήμης, όπως αυτές φαίνονται παρακάτω στον πίνακα 5

**Πίνακας 5.: Μέθοδοι μέτρησης της κατανάλωσης τροφής, σε ατομικό επίπεδο**


---

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Μέθοδοι αρχείων</b> | οι απαντώντες κρατούν αρχεία, για την πρόσφατη κατανάλωση τροφής, κατά τη διάρκεια μίας ημέρας ή μερικών ημερών  |
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- αρχείο υπολογισμού τροφής</li> <li>- αρχείο εκτίμησης</li> </ul>  |
| <b>Μέθοδοι μνήμης:</b> | συνέντευξη ή ερωτηματολόγια σχετικά με την κατανάλωση τροφής στο πρόσφατο παρελθόν   |
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- μνήμη 24 ωρών</li> <li>- ιστορία διατροφής</li> <li>- ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφής</li> </ul> |

---

Οι μέθοδοι αρχείων εκτιμούν την πρόσφατη κατανάλωση τροφής, μέσω ημερολογίων, τα οποία κρατούν οι απαντώντες για να καταγράψουν τις τροφές που καταναλώνουν κατά τη διάρκεια μιας ημέρας ή περισσότερων ημερών. Στη μέθοδο με το αρχείο υπολογισμού της τροφής, οι μερίδες της τροφής υπολογίζονται από τον απαντώντα. Στη μέθοδο με το αρχείο εκτίμησης, οι απαντώντες καταγράφουν σε επίπεδο οικογένειας τα μεγέθη των μερίδων.

Οι μέθοδοι μνήμης χρησιμοποιούν διάφορους τύπους συνέντευξης για να μετρήσουν την ατομική διατροφή στο πρόσφατο παρελθόν, όπως είναι η μνήμη 24 ωρών, η διατροφική ιστορία και το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφής. Στη μνήμη 24 ωρών, αναφέρεται η κατανάλωση τροφής για τις προηγούμενες 24 ώρες. Η ιστορία διατροφής συλλέγει πληροφόρηση σχετικά με το μέσο όρο κατανάλωσης τροφής για χρονικό διάστημα από τον περασμένο μήνα, μέχρι τον προηγούμενο χρόνο. Αυτές οι μέθοδοι αποτελούν τις ημι-ανοικτές συνεντεύξεις (semi-open interviews), που συνήθως διενεργούνται από διαιτολόγους. Οι τελευταίοι αρχίζουν με τα καθημερινά πρότυπα των γευμάτων και έχουν ανοικτές ερωτήσεις σχετικά με τα τρόφιμα που καταναλώθηκαν κατά τη διάρκεια και ανάμεσα σε αυτά τα γεύματα. Το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφής, από την

άλλη πλευρά, είναι ένα έτοιμο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις πάνω στη συχνότητα και συχνά, επίσης, και πάνω στην ποσότητα της κατανάλωσης των συγκεκριμένων τροφών, οι οποίες τροφές έχουν επιλεγεί από πριν.

Στην απόφαση για το ποιες από αυτές τις μεθόδους θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν, προκειμένου να εκπληρώσουν τους συγκεκριμένους αντικειμενικούς στόχους για τη μέτρηση της κατανάλωσης τροφής, είναι σημαντικό - εκτός από τα οικονομικά κόστη - να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: πόσο ακριβής θα πρέπει να είναι η μέτρηση, εάν είναι απαραίτητο να μετράται η συνηθισμένη κατανάλωση τροφής για ένα άτομο, και αν χρειάζεται να ερευνηθεί η συνολική διατροφή ή μόνο κάποια επιλεγμένα διατροφικά στοιχεία (που σχετίζονται με συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά).

Οι μέθοδοι αρχείων θεωρούνται ότι είναι τα πιο ακριβή μέσα για την εκτίμηση της διατροφής, αλλά, ιδιαίτερα στην περίπτωση των αρχείων υπολογισμού, είναι δύσκολη η συνεργασία με ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, αναφορικά με τη συμπλήρωση από το δείγμα λεπτομερών αρχείων πάνω στην κατανάλωση τροφής. Η μνήμη των 24 ωρών, είναι επίσης σχετικά ακριβής, όσο το διάστημα της μνήμης είναι μικρό, βέβαια οι επιδράσεις της μνήμης δεν φαίνονται ότι είναι ένα τεράστιο πρόβλημα. Παρόλα αυτά, δεδομένης της μεγάλης ποικιλίας της διατροφής σε ατομικό επίπεδο, ένα μειονέκτημα αυτών των μεθόδων είναι ότι τα αρχεία τροφής ή μνήμης για τη χρονική διάρκεια της μιας ημέρας, συχνά δεν αντιπροσωπεύουν τη σύνηθες κατανάλωση τροφής ενός ατόμου. Γι' αυτό το λόγο - εκτός εάν υπάρχουν αρχεία για πολλές ημέρες ή αρχεία μνήμης για πολλές ημέρες - αυτές οι μέθοδοι μπορούν μόνο να εκτιμήσουν τη μέση κατανάλωση των θρεπτικών συστατικών της πληθυσμιακής ομάδας.

Τα δεδομένα για την κατανάλωση τροφής, με βάση την ιστορία διατροφής ή το ερωτηματολόγιο για τη συχνότητα της κατανάλωσης τροφής, αντιπροσωπεύουν καλύτερα τη σύνηθες κατανάλωση τροφής του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο για τη συχνότητα της κατανάλωσης τροφής είναι το λιγότερο

ακριβές μέσο, ιδιαίτερα όταν χρειάζεται να εκτιμηθεί η συνολική κατανάλωση θρεπτικών συστατικών. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται η συμπεριλαβή ενός πολύ μεγάλου αριθμού από είδη τροφής, στο ερωτηματολόγιο.

Η σημασία της μέτρησης για τη σύνηθες κατανάλωση τροφής ενός ατόμου, βασίζεται πάνω στους στόχους της μελέτης για την κατανάλωση τροφής. Εάν τα δεδομένα για την κατανάλωση τροφής, χρησιμοποιούνται μόνο για να υπολογιστεί η μέση κατανάλωση τροφής μιας πληθυσμιακής ομάδας, δεν είναι απαραίτητο να μετράται η σύνηθες κατανάλωση και στατιστικά είναι προτιμότερη η χρήση ενός ακριβούς αρχείου μιας ημέρας ή ενός αρχείου μνήμης 24 ωρών. Εν τούτοις, εάν τα δεδομένα χρησιμοποιούνται, επίσης, για την ανάλυση ή τη σχέση του υποτροπιασμού, η ισχύς των στατιστικών αρχείων θα μειωθεί, εάν η μέθοδος δεν μετρά την σύνηθες κατανάλωση τροφής. Σε αυτή την περίπτωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν, τα αρχεία για πολλές ημέρες, τα επαναλαμβανόμενα αρχεία μνήμης για 24 ώρες, η ιστορία διατροφής ή το ερωτηματολόγιο για τη συχνότητα της κατανάλωσης τροφής.

Το ερωτηματολόγιο για τη συχνότητα της κατανάλωσης τροφής φαίνεται ότι είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για να συμπεριληφθεί στη διενέργεια των ΕΜΥΕ, γιατί μέσα από αυτό η συλλογή των δεδομένων είναι σχετικά φθηνή και απλή. Εν τούτοις είναι, επίσης, η λιγότερο ακριβής μέθοδος. Οι άλλες μέθοδοι μπορούν να ενσωματωθούν ή να συνδεθούν με μια ΕΜΥΕ, εάν είναι διαθέσιμοι οι πόροι και αν υπάρχει χώρος για την πραγματοποίηση αυτής της ενέργειας στη διενέργεια των ΕΜΥΕ. Αναφορικά με τη διεθνή παγιόποιηση των μετρήσεων για την κατανάλωση τροφής, το αρχείο υπολογισμού της τροφής αν και είναι η πιο εύκολη μέθοδος για να παγιωθεί, γενικά δεν είναι κατάλληλη για τις μελέτες σε ευρεία κλίμακα. Από την άλλη πλευρά η πιο βολική μέθοδος με το ερωτηματολόγιο για τη συχνότητας της κατανάλωσης τροφής, είναι η πιο δύσκολη μέθοδος, για να παγιωθεί. Επειδή τα πρότυπα των γευμάτων και των καταναλώσεων των τροφών,

διαφέρουν αρκετά ανάμεσα στις χώρες, είναι πολύ δύσκολη - ίσως και αδύνατη - η ανάπτυξη κοινών οργάνων για τη μέτρηση της κατανάλωσης τροφής. Επιπλέον, όταν καταναλώνονται και τα ίδια φαγητά κάθε μέρα, δεν είναι πιθανή η χρησιμοποίηση παγιωμένων οργάνων εξαιτίας των διαφορών στα μεγέθη των μερίδων, στη συχνότητα της κατανάλωσης και στα πρότυπα των γευμάτων.

Στις περισσότερες εθνικές EMYE μόνο μερικές ερωτήσεις αναφέρονται στις πρακτικές διατροφής. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτές οι ερωτήσεις καλύπτουν τη στάση, τη γνώση και την αυτο-εκτίμηση σχετικά με την αυτο-εκτίμηση των διατροφικών προτύπων και ίσως προμηθεύσουν με σχετική πληροφόρηση ιστορικού διατροφής τους δημιουργούς πολιτικής υγείας, οι οποίοι θα θέλουν να αλλάξουν κάποιες συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες. Άλλες ερωτήσεις αφορούν τους δείκτες για τα υγιεινά πρότυπα κατανάλωσης τροφής, όπως είναι οι δύο ερωτήσεις του ερωτηματολογίου "ALAMEDA", σχετικά με τη χρήση του πρωινού και την κατανάλωση μικρογευμάτων, ανάμεσα στα γεύματα. Εν τούτοις, οι μελέτες γεωγραφικού μήκους, δεν θα μπορούσαν να επιδείξουν κάποια σχέση, ανάμεσα σε αυτές τις πρακτικές και στο μελλοντικό επίπεδο υγείας, το οποίο με τη σειρά του αμφισβητεί την ισχύ αυτών των δεικτών. Σε χώρες όπου καταναλώνεται μια μεγάλη ποικιλία τροφών, τα σύντομα ερωτηματολόγια για τη συχνότητα της κατανάλωσης των τροφών δεν παρέχουν αξιόπιστες ενδείξεις των υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Γι' αυτό το λόγο για τις EMYE, είναι καλύτερα να δοθεί περισσότερο προσοχή στην ανάπτυξη των ερωτηματολογίων για τη συχνότητα της κατανάλωσης τροφής, που θα περιέχουν λίστες από τροφές, που θα είναι αρκετά περιεκτικές, ώστε να επιτρέπουν, τον ακριβή υπολογισμό της κατανάλωσης ενός ή περισσότερων θρεπτικών στοιχείων.

Συμπερασματικά το σχέδιο για τις μελέτες κατανάλωσης τροφής γενικότερα και ειδικότερα για τη διεθνή παγιοποίηση των σχετικών μεθόδων και οργάνων, είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα. Οι μέθοδοι των διατροφικών



εκτιμήσεων βρίσκονται κάτω από διαρκή ανάπτυξη και αρχίζει να επιταχύνεται η διεθνής συνεργασία προς αυτό το θέμα. Τα συμβούλια ήταν ανίκανα για να προτείνουν συγκεκριμένες μεθόδους και όργανα για τις μετρήσεις της κατανάλωσης τροφών στις ΕΜΥΕ. Παρόλα αυτά, έγιναν κάποιες γενικές συστάσεις.

### Συστάσεις

Προτείνεται ότι για το δείκτη "Υγεία για Όλους" 16.11 (λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) ο στόχος της μέτρησης για την κατανάλωση τροφής σε μια πληθυσμιακή έρευνα, θα πρέπει να είναι τουλάχιστον η εκτίμηση του καθημερινού μέσου όρου κατανάλωσης λίπους (ζωικό λίπος), το οποίο θα σχετίζεται με τη συνολική κατανάλωση ενέργειας ανάλογα με την ηλικία και ο φύλο και επίσης ανάλογα με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ο λόγος για τη συγκεκριμένη επιλογή λίπους, είναι η υπερβολική κατανάλωση ζωικού λίπους σε πολλές βιομηχανικές κοινωνίες και η οποία κατανάλωση αποτελεί έναν κίνδυνο για την υγεία.

Καμία από τις διάφορες μεθόδους που είναι διαθέσιμες για τη μέτρηση της κατανάλωσης τροφής, δεν είναι σύντομη ή εύκολη στη χρήση. Προκειμένου να γίνουν διεθνείς συγκρίσεις του μέσου όρου κατανάλωσης των θρεπτικών ουσιών, ίσως να ήταν κατάλληλη η επιλογή μιας πιο ακριβούς μεθόδου η οποία θα περιέχει μια σύντομη χρονική περίοδο αναφοράς, όπως είναι η μνήμη για 24 ώρες, ή θα μετρά την πρόσφατη κατανάλωση τροφής μέσα από αρχεία τροφών. Η εκτίμηση της παρελθοντικής κατανάλωσης τροφής για ένα μεγαλύτερο από το παραπάνω χρονικό διάστημα (συνήθης κατανάλωση), έχει το πλεονέκτημα της παροχής περισσότερων πιθανοτήτων για ανάλυση, αλλά αυτό δεν φαίνεται ως η ελάχιστη απαίτηση για τη διεξαγωγή των διεθνών συγκρίσεων.

Προτείνεται ότι οι απαντώντες πριν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που θα αφορούν τη μέτρηση κατανάλωσης τροφής σε μια έρευνα, θα πρέπει να

ερωτώνται τα εξής:

- εάν ακολουθούν κάποια ιδιαίτερη διατροφή ή κάποια ειδική διαίτα (ελάχιστες κατηγορίες απαντήσεων: ναι / όχι) και
- (για γυναίκες απαντούντες) εάν αυτές είναι έγκυες ή θηλάζουν.

Από τότε που οι ειδικές διατροφές και δίαιτες καθορίζουν σημαντικά το επίπεδο κατανάλωσης της τροφής του ατόμου, αυτές αποτελούν μια πολύτιμη μεταβλητή στη συγκεκριμένη ανάλυση των δεδομένων. Αυτές προσφέρουν, για παράδειγμα, την πιθανότητα της απόκλισης των τροφών, που αποτελούν μια διατροφή από την ανάλυση των δεδομένων, με σκοπό να πάρουν μια εικόνα για την κατανάλωση της τροφής από τον πληθυσμό, μέσα από τα συνήθη διατροφικά πρότυπα. Τα δεδομένα για την εγκυμοσύνη και το θηλασμό είναι, επίσης, σχετικά με τα παραπάνω, γιατί οι έγκυες γυναίκες και αυτές που θηλάζουν ίσως να έχουν αλλάξει τη συνήθη διατροφή τους και γιατί τα διατροφικά πρότυπα είναι διαφορετικά σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες.

Επιπρόσθετα με τη μέτρηση για την κατανάλωση τροφής σε πληθυσμιακές έρευνες, προτείνεται ότι θα πρέπει να ελέγχεται η διαθεσιμότητα των μακρο-θρεπτικών ουσιών σε τακτική βάση. Για τον έλεγχο "Υγεία για Όλους", τα δεδομένα των διαιτολογίων FAO χρησιμοποιούνται για να ελέγξουν το μέσο όρο της καθημερινής κατανάλωσης ενέργειας σε λιπαρά και πρωτεΐνες ως το ποσοστό (%) της συνολικής κατανάλωσης ενέργειας (δείκτης 16.3) ανά άτομο.

Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο έλεγχος για την κατανομή του βάρους μέσα στον πληθυσμό (δείκτης "Υγεία για Όλους" 16.10 από τη λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>), είναι, επίσης, σχετικός με την πληροφόρηση για την κατανάλωση τροφής.

### Σχόλια

Οι έρευνες για την κατανάλωση τροφής μπορούν να διενεργηθούν ως ξεχωριστό τμήμα άλλων πληθυσμιακών ερευνών, όπως είναι οι EMYE.

Παρόλα αυτά, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι απαιτείται από τις ΕΜΥΕ, να παρέχουν μια καλή μέτρηση για όλα τα είδη τροφών που απαιτούνται από μια έρευνα. Για παράδειγμα, η σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου για την κατανάλωση τροφής της Δανίας, περιέχει 58 είδη τροφών. Εξαιτίας των περιορισμένων πόρων, ίσως για αυτό να είναι απαραίτητο να συμπεριληφθεί μια εκτενή και καλά σχεδιασμένη μελέτη για την κατανάλωση τροφής στις ΕΜΥΕ κάθε πέντε χρόνια ή και περισσότερο, παρά να συμπεριλαμβάνονται μερικοί δείκτες με ερωτήσεις αμφιβόλου ισχύος κάθε χρόνο.

Ένας άλλος στόχος της μελέτης για την κατανάλωση τροφής, ίσως να είναι η συλλογή πληροφόρησης για το ιστορικό των διατροφικών συνηθειών. Για αυτού του είδους τη μελέτη, πιθανώς να είναι δύσκολη η ανάπτυξη κοινών μεθόδων και οργάνων, εξαιτίας των πολιτιστικών διαφορών στις διατροφικές συνήθειες. Παρόλα αυτά, αυτού του είδους η πληροφόρηση απευθύνεται κυρίως στους δημιουργούς πολιτικής υγείας και στη χρήση διάφορων εκπαιδευτικών προγραμμάτων μέσα στη χώρα μας και γι' αυτούς τους λόγους η διεθνής παγιοποίηση των μετρήσεων για αυτού του είδους τις έρευνες ίσως να είναι λιγότερο σχετική.

Εκτός από τη παγιοποίηση των μελετών για την κατανάλωση τροφής, για τις ενδοχώριες συγκρίσεις, είναι επίσης, σημαντική η χρήση συμβατών πινάκων που να περιέχουν τα συστατικά των τροφών, αφού αυτοί οι πίνακες χρειάζονται για την τοποθέτηση στα δεδομένα κατανάλωσης τροφής τα δεδομένα κατανάλωσης θρεπτικών ουσιών. Διάφορα ερευνητικά ιδρύματα εργάζονται προς αυτή την κατεύθυνση αλλά μέχρι τώρα κανένας διεθνώς συμβατός πίνακας δεν έχει αναπτυχθεί.

## XV. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

### Ιστορικό

Η συμπεριφορά που βάζει σε κίνδυνο την υγεία, ήταν πάντοτε μια προκατάληψη για εκείνους που ασχολούνταν με την εκπαίδευση υγείας για αρκετές δεκαετίες. Η κατανάλωση του αλκοόλ έχει λάβει την κατάλληλη προσοχή, όπως και η κατανάλωση του καπνού και των ψυχοτρόπων ουσιών. Η μείωση της καταστροφής της υγείας από την κατανάλωση αλκοόλ είναι το κύριο θέμα του στόχου 17 (λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>) της στρατηγικής "Υγεία για Όλους".

Η κατανάλωση του αλκοόλ είναι ένα κοινό φαινόμενο σε αρκετές χώρες. Η πιθανότητα των προβλημάτων υγείας που αναπτύσσονται σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ, αυξάνεται και η χρήση του αλκοόλ. Τέτοια προβλήματα αφορούν την κύρωση του συκωτιού, κάποια είδη καρκίνων, υπέρταση και εγκεφαλικό. Άλλα προβλήματα υγείας σχετίζονται με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ που έχει ως αποτέλεσμα τη βία, ή τα ατυχήματα, ιδιαίτερα τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν διάφορες γνώμες σχετικά με τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ που είναι "ασφαλή" ή πιο ακριβέστερα για το πώς θα πρέπει να ορίζονται τα επίπεδα "χαμηλού κινδύνου" για την κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των διαφόρων αρνητικών επιπτώσεων που έχει η κατανάλωση αλκοόλ και οι οποίες, επιπτώσεις, διαφέρουν ανάλογα με τα επίπεδα της κατανάλωσης, ακόμη και στις διαφορές που εστιάζονται στην ευαλότητα του κάθε ατόμου στο αλκοόλ. Το πρόβλημα από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ πάει ακόμη πιο πέρα στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου.

Η πληθυσμιακή έρευνα θεωρείται ότι είναι η κύρια πηγή πληροφόρησης για τα δεδομένα που αφορούν την κατανομή της κατανάλωσης αλκοόλ ανάλογα με την ηλικία και φύλο (δείκτης "Υγεία για Όλους" 17.2, από τη

λίστα δεικτών, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>). Για τη μέτρηση αυτού του δείκτη, χρειάζεται πληροφόρηση πάνω στον αριθμό αυτών που δεν πίνουν αλκοόλ και στον αριθμό αυτών που πίνουν και πάνω στη συχνότητα και την ποσότητα της κατανάλωσης αλκοόλ. Οι ειδικοί που παρακολούθησαν τα συμβούλια, ήταν ανίκανοι για να προτείνουν ένα όργανο για τη μέτρηση της κατανάλωσης αλκοόλ εξαιτίας των διάφορων μεθοδολογικών προβλημάτων, όπως ήταν η χαμηλή αξιοπιστία της αυτο-απάντησης, η οποία είναι το αποτέλεσμα της προτίμησης των κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Οι αναφορές για την ποσότητα της κατανάλωσης αλκοόλ όπως αυτές μετρήθηκαν από έρευνες, δεν αναφέρονταν σωστά, σε σύγκριση με τα νούμερα της παραγωγής αλκοόλ και εκτιμούνταν γύρω, στο 50%. Για να διορθωθεί αυτή η κατάσταση είναι απαραίτητο να υπάρχει κάποια γνώση για τις παρατηρούμενες αποκλείσεις ανά επίπεδο. Οι βαριοί καταναλωτές αλκοόλ δίνουν περισσότερες λανθασμένες αναφορές από τους μέτριους καταναλωτές. Παρόλα αυτά μια πρόσφατη μελέτη στην Ολλανδία έδειξε ότι οι αποκλείσεις στις αυτο-αναφορές είναι σταθερές για όλα τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ.

Ένα άλλο μεθοδολογικό πρόβλημα είναι οι μη-απαντήσεις των ατόμων που βρίσκονται σε ένα υψηλό επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Οι βαριοί καταναλωτές αλκοόλ είναι πιθανότερο να αρνηθούν να συμμετέχουν σε μια συνέντευξη, να μην είναι στο σπίτι, να μην επιστρέψουν το ερωτηματολόγιο ή να μην αναφέρουν σωστά την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνουν. Παρόλα αυτά, μερικές μελέτες έδειξαν ότι οι μη-απαντήσεις ανάμεσα στους αναγνωρισμένους αλκοολικούς δεν είναι και μια τόσο τεράστια πηγή λάθους.

### Συστάσεις

Προτείνεται ότι οι έρευνες θα πρέπει να μετρούν την ποσότητα της κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια μιας "τυπικής" ή "μέσης" χρονικής περιόδου. Η προσέγγιση σε αυτή την ενέργεια ίσως να είναι η ερώτηση για την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια μιας ημερολογιακής περιόδου (π.χ.

μια εβδομάδα πριν τη συνέντευξη) και μετά να ακολουθήσει η ερώτηση για το αν αυτή η χρονική περίοδο κατανάλωσης αλκοόλ ήταν μια τυπική περίοδος κατανάλωσης αλκοόλ για τον απαντούντα. Μια εναλλακτική προσέγγιση ίσως να είναι η ερώτηση σχετικά με την κατανάλωση κατά τη διάρκεια της συνήθους, τυπικής ή μέσης χρονικής περιόδου, π.χ. "Κατά μέσο όρο σε μια εβδομάδα, πόσα ποτά πίνετε;".

Αν και θα υπάρχουν διεθνείς παραλλαγές στις ερωτήσεις που αφορούν τις ποσότητες (μπουκάλια, ποτήρια) και το μήκος της χρονικής περιόδου (π.χ. μια εβδομάδα, δύο εβδομάδες), αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, αυτές οι ερωτήσεις θα πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να αναφέρονται για μια διεθνώς αποδεκτή ποσότητα και χρονική περίοδο. Προτείνονται οι αναφορές σε γραμμάρια αιθανόλης ανά εβδομάδα.

Ενώ είναι επιθυμητή η απόκτηση πληροφόρησης για την κατανάλωση αλκοόλ για τα άτομα όλων των ηλικιών, ακόμη και για τους εφήβους, υπάρχουν προβλήματα νομιμότητας και εθνικές προκαταλήψεις, που ίσως συμπεριληφθούν στις EMYE. Προτείνεται η πληροφόρηση να συλλέγεται από τις νεώτερες ηλικίες και ότι οι EMYE θα πρέπει να συλλέγουν πληροφόρηση για την κατανάλωση αλκοόλ, τουλάχιστον από εκείνα τα άτομα που είναι από 18 ετών και άνω.

Η ιδέα της "επικίνδυνης χρήσης" είναι σημαντική για τους στόχους "Υγεία για Όλους" αλλά δεν έγινε καμία πρόταση για τον ορισμό αυτής της ιδέας. Αντί αυτού προτάθηκε ότι οι ποσότητες θα πρέπει να αναφέρονται με ένα αποδεκτό και λεπτομερή τρόπο, έτσι ώστε να μπορεί να προσδιοριστούν οι "επικίνδυνες" ποσότητες κατανάλωσης αλκοόλ.

Η κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται από πολλούς απαντούντες ότι είναι ένα προσωπικό και ιδιωτικό θέμα. Υπάρχει, συχνά, η τάση στους απαντούντες να μην αναφέρουν σωστά την κατανάλωση αλκοόλ, εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ. Η ευαισθησία του θέματος και η τάση για λανθασμένη αναφορά, θα πρέπει να

ληφθούν υπόψη στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Προτείνεται ότι, όπου είναι πιθανό, οι ερωτήσεις να συμπληρώνονται από τους απαντούντες.

Ενώ απαιτείται επιπρόσθετη εργασία πριν οι ομάδες των ερωτήσεων να μπορούν να προταθούν για γενική χρήση, προτείνονται κάποιες πειραματικές ομάδες ερωτήσεων για τη μέτρηση της κατανάλωσης αλκοόλ, όπως αυτές ακολουθούν πιο κάτω. Αυτές οι ομάδες των ερωτήσεων προέρχονται από τις Εθνικές ΕΜΥΕ της Αυστραλίας, του Καναδά, της Ολλανδίας και των Η.Π.Α.

### Σχόλια

Τα δεδομένα για την κατανάλωση αλκοόλ που έχουν συλλεχθεί από τις ΕΜΥΕ θα πρέπει, ανεξαρτήτως της μεθόδου συλλογής τους, να ερμηνευτούν με προφύλαξη. Αυτό θα πρέπει να γίνει γιατί οι άστεγοι και ο πληθυσμός που κατοικεί σε ιδρύματα υγείας, για τους οποίους είναι σχετική η υψηλή αναλογία των βαριών καταναλωτών αλκοόλ, συνήθως αποκλείονται από τη διενέργεια των ΕΜΥΕ γιατί είναι ξεκάθαρο ότι θα δοθούν λανθασμένες αναφορές σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Οι μέθοδοι της εκτίμησης των λανθασμένων αναφορών και των σωστών θα πρέπει να αναπτυχθούν ακόμη περισσότερο.

Η σειρά με την οποία ερωτώνται οι ερωτήσεις για την κατανάλωση αλκοόλ ασκεί μια επιρροή πάνω στις απαντήσεις και τελικά στις μετρήσεις των ποσοτήτων κατανάλωσης αλκοόλ. Απαιτείται λοιπόν η περαιτέρω προσοχή πάνω σε αυτό το θέμα συμπεριλαμβάνοντας και τη διενέργεια μεθοδολογικής έρευνας.

Οι πληθυσμιακές έρευνες θα πρέπει να εστιάζονται στην ποσότητα της κατανάλωσης αλκοόλ, έτσι ώστε με αυτό τον τρόπο να υπάρχουν οι καλύτερες προοπτικές για την επίτευξη των διεθνών συγκρίσεων, πάντα σε σχέση με τους δείκτες "Υγεία για Όλους". Παρόλα αυτά, υπάρχουν άλλα πιο σημαντικά θέματα για την κατανάλωση αλκοόλ που θα πρέπει να μετρώνται όπου είναι αυτό εφικτό, συμπεριλαμβάνοντας την εξάρτηση, τα προβλήματα

συμπεριφοράς, τα προσωρινά πρότυπα κατανάλωσης και τις κοινωνικές ομάδες που παρουσιάζουν τα παραπάνω συμπτώματα.

### Πειραματικές ομάδες ερωτήσεων για την κατανάλωση αλκοόλ

Όπως έχει ήδη τονισθεί δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμες ομάδες ερωτήσεων για γενική χρήση απ' ότι ΕΜΥΕ, που είναι σχετικές με την κατανάλωση αλκοόλ. Οι ακόλουθες ομάδες ερωτήσεων προέρχονται από ερωτήσεις των εθνικών ΕΜΥΕ της Αυστραλίας, του Καναδά, της Ολλανδίας και των Η.Π.Α.

- A1. Πριν πόσο καιρό είχατε πει ένα οινοπνευματώδες ποτό;
- (α) Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας
  - (β) Μια εβδομάδα με ένα μήνα πριν
  - (γ) Ένα μήνα με τρεις εβδομάδες πριν (πήγαινε στην A2)
  - (δ) Τρεις μήνες με δώδεκα μήνες πριν
  - (ε) Περισσότερο από δώδεκα μήνες πριν (τέλος)
- A2. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, (2 εβδομάδων κ.τ.λ.), για πόσες μέρες είχατε πει αλκοόλ, όπως είναι (δώστε συγκεκριμένο όνομα ποτού)
- Αριθμός ημερών \_\_\_\_\_
- A3. Στις μέρες που είχατε πει αλκοόλ, πόσα (ποτά, ποτήρια κ.τ.λ.) ήπιατε, κατά μέσο όρο;
- Αριθμός των (ποτών, ποτηριών κ.τ.λ.) \_\_\_\_\_
- A4. Η κατανάλωση ποτού για τις δύο προηγούμενες εβδομάδες ήταν η τυπική σας κατανάλωση ποτού, σε σχέση με τη συνήθη κατανάλωση



ποτού που αφορά όλο τον περασμένο χρόνο;

Ναι \_\_\_\_\_ (τέλος)

Όχι \_\_\_\_\_ (πήγαινε στην Α5)

Α5. Η κατανάλωση ποτού για τις δύο προηγούμενες εβδομάδες ήταν περισσότερη ή λιγότερη από τη συνηθισμένη κατανάλωση τον προηγούμενο χρόνο;

Περισσότερη \_\_\_\_\_

Λιγότερη \_\_\_\_\_

Εάν η ΕΜΥΕ έχει διενεργηθεί για μια μικρή χρονική περίοδο και εάν αυτή η περίοδος είναι η τυπική περίοδος για τα πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ σε ένα έθνος, προτείνονται να γίνουν οι ακόλουθες ερωτήσεις

B1. Πριν από πόσο καιρό είχατε πει ένα οινοπνευματώδες ποτό;

(α) Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας

(β) Μια εβδομάδα με ένα μήνα πριν

(γ) Ένα μήνα με τρεις μήνες πριν (πήγαινε τη Β2)

(δ) Τρεις μήνες με δώδεκα μήνες πριν

B2. Σκεφτείτε την κατανάλωση ποτών που κάνατε τον προηγούμενο χρόνο, συνήθως πίνετε αλκοόλ όπως είναι (δώστε συγκεκριμένο όνομα ποτού)

Ναι \_\_\_\_\_ (πήγαινε στη Β3)

Όχι \_\_\_\_\_ (τέλος)

B3. Για πόσες μέρες κατά τη διάρκεια της εβδομάδας πίνετε συνήθως αλκοόλ κατά μέσο όρο;

Αριθμός των ημερών \_\_\_\_\_

B4. Για πόσες μέρες είχατε πει αλκοόλ, πόσα (ποτά, ποτήρια, κ.τ.λ.) ήπιατε, κατά μέσο όρο;

Αριθμός των (ποτών, ποτηριών, κ.τ.λ.) \_\_\_\_\_

Αυτές οι ερωτήσεις θα πρέπει να επιτρέπουν τη διάκριση μεταξύ των απεχόντων και των καταναλωτών αλκοόλ, με τη χρησιμοποίηση της ερώτησης 1. Διάφοροι ορισμοί μπορούν να γίνουν για τους απεχόντες, δίνοντας τις χρονικές διάρκειες, μέχρι την κατανάλωση του τελευταίου ποτού. Οι ερωτήσεις επιτρέπουν τις μετρήσεις για τις συχνότητες της κατανάλωσης (ημέρες ανά χρονική περίοδο) και για την ποσότητα της κατανάλωσης ποτού (ποτά ανά ημέρα). Ο συνδυασμός αυτών των δύο μετρήσεων επιτρέπει μια μέτρηση για την ποσότητα της κατανάλωσης ποτού ανά χρονική περίοδο, όπως είναι τα ποτά ανά εβδομάδα. Εάν η ερώτηση το συγκεκριμένο εθνικό "ποτό" είναι κατανοητή μέσα από ξεχωριστές μελέτες που περιέχουν το μέσο όρο της κατανάλωσης αυτού το ποτού στις συγκεκριμένες χώρες, τότε θα μπορεί να υπολογιστεί η διεθνώς συγκρίσιμη εκτίμηση της κατανάλωσης αλκοόλ ανά χρονική περίοδο.

Αυτές οι ερωτήσεις αντιπροσωπεύουν μια προσέγγιση, πάνω στην ελάχιστη βάση των ερωτήσεων που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ.

Πιο λεπτομερή ερωτηματολόγια είναι διαθέσιμα για μια πιο ολοκληρωμένη και ακριβή μέτρηση της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώθηκε, καθώς και για τη μέτρηση άλλων σημαντικών θεμάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ όπως είναι το είδος των οινοπνευματωδών ποτών που καταναλώθηκαν και τα συμπτώματα της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η επόμενη ομάδα ερωτήσεων επιτρέπει για να γίνει μια διάκριση ανάμεσα στους καταναλωτές αλκοόλ και σε αυτούς που απέχουν από αυτή την κατανάλωση, βασισμένη όχι μόνο στην ποσότητα της κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά στα είδη των οινοπνευματωδών ποτών που καταναλώθηκαν. Τα

πλεονεκτήματα σε αυτή τη διάκριση έγκειται στο ότι είναι πιθανό να συμπεριλαμβάνεται η απόρριψη των χρηστών σε συγκεκριμένα είδη οινοπνευματωδών ποτών, όπως είναι, για παράδειγμα, οι καταναλωτές ποτών με χαμηλή ποσότητα αλκοόλ) από τους πότες. Η ερώτηση για το είδος των ποτών επιτρέπει τη διάκριση των καταναλωτών αλκοόλ σε διάφορες κατηγορίες και η χρονική περίοδος της αναφοράς για την κατανάλωση αλκοόλ είναι ένα αναμφίβολο κριτήριο για τη διάκριση των καταναλωτών αλκοόλ από τους απέχοντες.

Γ1. Παρακαλώ δείξε την επόμενη λίστα, ποια από τα παρακάτω ποτά έχετε πει τους τελευταίους δώδεκα μήνες (ακόμη και αν έχετε πει μόνο μία φορά)

- μύρα (αποκλείοντας τη μη-οινοπνευματώδη μύρα)
- κρασί, τσέρι, βερμούτ
- λικέρ, λικέρ φρούτων
- τζιν, μπράντι, κονιάκ, ουίσκι, βότκα
- ποτά με χαμηλή ποσότητα αλκοόλ
- δεν έχω πει καθόλου αλκοόλ τους τελευταίους δώδεκα μήνες

Στη συνέχεια μπορεί να ερωτηθεί η επόμενη ερώτηση

Γ2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, είχατε ποτέ καταναλώσει έξι ή περισσότερα ποτά που περιείχαν αλκοόλ σε μια μέρα;

- (α) Ναι (πήγαινε στη Γ3)
- (β) Όχι (πήγαινε στη Γ4)

Γ3. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, πόσο συχνά είχατε καταναλώσει έξι ή περισσότερα ποτά που περιείχαν αλκοόλ σε μια μέρα;

- (α) Κάθε μέρα

- (β) 5-6 φορές την εβδομάδα
- (γ) 3-4 φορές την εβδομάδα
- (δ) 1-2 φορές την εβδομάδα
- (ε) 1-3 φορές το μήνα
- (στ) 3-5 φορές σε έξι μήνες
- (ζ) 1-2 φορές σε έξι μήνες

Αυτή η ερώτηση επιτρέπει τον εντοπισμό των ατόμων που είναι βαριοί καταναλωτές. Οι κατηγορίες των απαντήσεων επιτρέπουν διαφορετικές προσαρμογές σε κάθε διαφορετικούς τύπους βαριών καταναλωτών αλκοόλ, οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν και να τοποθετηθούν σε διαφορετικά είδη καταναλωτών αλκοόλ.

Οι ακόλουθες ερωτήσεις σχετίζονται με τη συχνότητα και την ποσότητα της κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με τις ημέρες της εβδομάδας και ξεχωριστά για τα σαββατοκύριακα και επιτρέπει τον υπολογισμό της συνολικής ποσότητας αλκοόλ που καταναλώθηκε. Μπορούν να γίνουν διαφορετικές προσαρμογές – στην ταξινόμηση βασισμένες στα παραπάνω αποτελέσματα – στην ταξινόμηση των απαντούντων σε διάφορα είδη καταναλωτών αλκοόλ (π.χ. μέτριοι καταναλωτές, βαριοί καταναλωτές ή επικίνδυνη χρήση).

Γ4. Πίνεις συνήθως αλκοόλ στις ημέρες της εβδομάδος (π.χ. Δευτέρα – Πέμπτη)

- (α) Ναι
- (β) Όχι

(πήγαινε στην Γ7)

Γ5. Για πόσες από τις τέσσερις ημέρες της εβδομάδας (π.χ. Δευτέρα – Πέμπτη) συνήθως πίνεις αλκοόλ;

- (α) 1 ημέρα

- (β) 2 ημέρες
  - (γ) 3 ημέρες
  - (δ) 4 ημέρες
- Γ6. Πόσα ποτήρια πίνεις κατά μέσο όρο αυτή την ημέρα; (π.χ. Δευτέρα – Πέμπτη)
- (α) 11 ή περισσότερα ποτήρια, αριθμός \_\_\_\_\_ ποτηριών
  - (β) 7-10 ποτήρια
  - (γ) 6 ποτήρια
  - (δ) 4-5 ποτήρια
  - (ε) 3 ποτήρια.
  - (στ) 2 ποτήρια
  - (ζ) 1 ποτήρι
- Γ7. Πίνεις συνήθως αλκοόλ στο τέλος της εβδομάδας; (π.χ. Παρασκευή – Κυριακή)
- (α) Ναι
  - (β) Όχι (τέλος)
- Γ8. Σε πόσες από αυτές τις τρεις ημέρες στο τέλος της εβδομάδας εσύ συνήθως πίνεις αλκοόλ; (π.χ. Παρασκευή – Κυριακή)
- (α) 1 ημέρα
  - (β) 2 ημέρες
  - (γ) 3 ημέρες
- Γ9. Πόσα ποτά πίνεις κατά μέσο όρο αυτή την ημέρα; (π.χ. Παρασκευή – Κυριακή)
- (α) 11 ή περισσότερα ποτήρια, αριθμός \_\_\_\_\_ ποτηριών
  - (β) 7-10 ποτήρια

- (γ) 6 ποτήρια
- (δ) 4-5 ποτήρια
- (ε) 3 ποτήρια
- (στ) 2 ποτήρια
- (ζ) 1 ποτήρι

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΕΜΥΕ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

#### 6.1. Γενικά

Οι δείκτες "Υγεία για Όλους" έχουν αναπτυχθεί για την εκτίμηση της προόδου, αναφορικά με την εφαρμογή της στρατηγικής "Υγεία για Όλους" και ιδιαίτερα για την εκπλήρωση των Ευρωπαϊκών στόχων "Υγεία για Όλους". Εκτός από την εφαρμογή τους σε διεθνές επίπεδο, οι παραπάνω δείκτες είναι, επίσης, χρήσιμοι σε εθνικά και περιφερειακά επίπεδα και στην πραγματικότητα θα μπορούσαν να διαμορφώσουν τον πυρήνα του συστήματος ελέγχου κάθε κυβερνητικού ή μη-κυβερνητικού οργανισμού που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει η ένδειξη ότι ο έλεγχος "Υγεία για Όλους" και οι δείκτες "Υγεία για Όλους", έχουν επηρεάσει την ανάπτυξη των εθνικών πληροφοριακών συστημάτων υγείας με διάφορους τρόπους. Μερικές χώρες και περιφέρειες εντός των χωρών, έχουν αρχίσει να παράγουν δημόσιες αναφορές υγείας για την στρατηγική "Υγεία για Όλους". Άλλες χώρες έχουν δώσει επιπρόσθετη προσοχή στις ΕΜΥΕ, ως μια σημαντική πηγή πληροφόρησης για την υγεία. Αναφορικά γίνεται και στους δείκτες "Υγεία για Όλους" σε εθνικές στατιστικές δημοσιεύσεις. Τέτοιες προσπάθειες θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε μόνιμη βάση σε όλα τα κράτη-μέλη, προκειμένου να εκμεταλλευτούν την επίδραση αυτής της σημαντικής συνεργαζόμενης προσπάθειας, εκ μέρους όλων.

Η βάση των δεδομένων των δεικτών "Υγεία για Όλους" του Γραφείου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης του Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη, παρέχει μια άμεσα προσβάσιμη, ευκολόχρηστη και μοναδική πηγή συνεργασίας, η οποία αποτελείται από πληροφόρηση που σχετίζεται με την υγεία και προέρχεται

από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η παραπάνω πηγή είναι ανάμεσα στις πιο γνωστές διαθέσιμες και χρησιμοποιούμενες πηγές διεθνών δεδομένων υγείας. Οι συγκρίσεις με άλλες χώρες επιτρέπουν στο κάθε κράτος-μέλος να εστιάσει την προσοχή του, σε θέματα όπου θα ήταν ευεργετική η ανταλλαγή πληροφόρησης και η οποία προέρχεται από τις εμπειρίες της κάθε χώρας. Έχουν αυξηθεί οι απαιτήσεις για την ύπαρξη μιας πιο συχνής, έγκυρης και μεγαλύτερης σύγκρισης των δεδομένων και της ποιότητας αυτών. Αυτή η σύγκριση των δεδομένων αποτελεί μια σπουδαία διεθνή προοπτική σε σχέση με τον εθνικό έλεγχο, το σχεδιασμό και τη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας.

Για τη βελτίωση της σύγκρισης των δεδομένων και της ποιότητας αυτών, τα συμβούλια πρότειναν συγκεκριμένα όργανα για τους δείκτες "Υγεία για Όλους", έτσι ώστε οι τελευταίοι να μπορούν να μετρηθούν από τις ΕΜΥΕ. Το επόμενο βήμα είναι η καθιερωμένη εφαρμογή αυτών των οργάνων στις εθνικές ΕΜΥΕ των κρατών-μελών.

## **6.2. Εφαρμογή των Κοινών Οργάνων στις ΕΜΥΕ**

Η πρακτική εμπειρία από το σχεδιασμό των ΕΜΥΕ έχει ήδη περιγραφεί στο τρίτο κεφάλαιο. Εδώ περιγράφονται οι πιθανοί μηχανισμοί για την πραγματοποίηση της εφαρμογής των κοινών οργάνων στις εθνικές ΕΜΥΕ.

Μετά τη διαμόρφωση αυτών που φαίνονταν ότι ήταν τα κατάλληλα εργαλεία μέτρησης, π.χ. τα προτεινόμενα όργανα που περιγράφονται στο τέταρτο κεφάλαιο, χρειάζεται περαιτέρω δράση για την καθιερωμένη εφαρμογή αυτών των οργάνων. Τα παραπάνω όργανα χρειάζονται να γίνουν ευρέως γνωστά με την κατάλληλη δημοσιότητα (προαγωγή). Όταν ένας αριθμός χωρών έχει ήδη χρησιμοποιήσει αυτά τα όργανα, είναι επίσης σημαντικό και να αξιολογήσει τις εμπειρίες από τη χρησιμοποίησή τους. Μια



τέτοιου είδους αξιολόγηση, μπορεί να προάγει ακόμη περισσότερο την ευρεία χρήση των κοινών οργάνων και να οδηγήσει στην παγιοποίηση των αποδεκτών οργάνων.

### Προαγωγή

Διάφορα βήματα έχουν γίνει για την προαγωγή της χρήσης των προτεινόμενων οργάνων στις ΕΜΥΕ. Το πρώτο βήμα έγινε με τα συμβούλια, τα οποία λειτούργησαν ως μέσο της προαγωγής των οργάνων. Αυτό συνέβη γιατί οι συμμετέχοντες στα συμβούλια, οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για έρευνες υγείας ή είχαν αναλάβει σχετικές έρευνες, ήταν ικανοί για να ενθαρρύνουν τη χρήση αυτών των οργάνων μέσα από τη δουλειά τους. Το δεύτερο βήμα έγινε από το Γραφείο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης του Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη, το οποίο είχε μοιράσει τις αναφορές των συμβουλίων σε όλα τα κράτη-μέλη, δίνει ένα κίνητρο για την εφαρμογή των κοινών οργάνων στις ΕΜΥΕ, όπως και το να προμηθεύει αυτή τη βάση δεδομένων με διεθνώς συγκρίσιμα δεδομένα. Ο έλεγχος της σύγκρισης των δεδομένων από τις έρευνες, θα ήταν χρήσιμος για την ίδρυση ενός καταλόγου που να αποτελείται από εθνικές έρευνες υγείας για της Ευρώπη.

### Αξιολόγηση

Προκειμένου να δοκιμαστούν τα προτεινόμενα όργανα, θα πρέπει να εφαρμοστούν σε τουλάχιστον δύο ή τρεις χώρες και να γίνει η αξιολόγηση των εμπειριών από τη χρήση αυτών των οργάνων. Κάποια από τα προτεινόμενα όργανα έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε μερικές χώρες και μπορούν να αξιολογηθούν με τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων δεδομένων και μεθοδολογιών εμπειριών σε αυτές τις χώρες. Ένα παράδειγμα μιας τέτοιας έρευνας αξιολόγησης περιγράφεται παρακάτω. Κάποια άλλα όργανα δεν έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς και χρειάζεται να συμπεριληφθούν στις ΕΜΥΕ, τουλάχιστον για δύο ή τρεις χώρες, πριν να μπορέσουν να

αξιολογηθούν. Για παράδειγμα στην Ελβετία, το Ομοσπονδιακό Στατιστικό Γραφείο συμπεριέλαβε δύο από τα τρία προτεινόμενα όργανα για τη μέτρηση της πνευματικής κατάπτωσης, σε μια έρευνα υγείας του 1993 που κάλυψε τον πληθυσμό που κατοικούσε σε ιδρύματα υγείας. Το προτεινόμενο όργανο για τη μακροχρόνια ανικανότητα (σωματική) έχει χρησιμοποιηθεί στην Ιταλία και στην Πράγα. Επιπλέον η Στατιστική Υπηρεσία της Ολλανδίας θέλει να δοκιμάσει το πρόγραμμα GSDS, το οποίο μετρά τις μακροχρόνιες ανικανότητες σε μια έρευνα pilot. Τέτοιες πρωτοβουλίες ίσως προάγουν την παρουσίαση αυτών των οργάνων σε άλλες χώρες. Πρωτίστως, ίσως να υπάρχει η πιθανότητα της πρότασης συγκεκριμένων ρυθμίσεων σε σχέση με τη βάση της αξιολόγησης των προτεινόμενων οργάνων. Εν τούτοις, προκειμένου να αποφευχθούν ανεπιθύμητα εμπόδια, η παραπάνω ενέργεια θα πρέπει να γίνει μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο, ιδιαίτερα στην περίπτωση που τα προτεινόμενα όργανα έχουν ήδη αρχίσει να χρησιμοποιούνται σε έναν σημαντικό αριθμό χωρών.

#### Μελέτη αξιολόγησης έξι προτεινόμενων οργάνων

Μια προκαταρκτική έρευνα το 1992 που έγινε από το Γραφείο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης του Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη, έδειξε ότι περίπου για τους μισούς από τους 11 δείκτες "Υγεία για Όλους", για τους οποίους έχουν προταθεί κοινά όργανα μέτρησης, δεν υπήρχαν καθόλου ή υπήρχαν σχετικά μικρές διαφορές στις μετρήσεις των δεικτών ανάμεσα στις χώρες. Αφού για αυτούς τους δείκτες ήταν πιθανό να αξιολογηθούν οι εμπειρίες των χωρών από τη χρησιμοποίηση των προτεινόμενων οργάνων, προωθήθηκε μία περαιτέρω μελέτη από τη Στατιστική Υπηρεσία της Ολλανδίας μαζί με άλλες χώρες που συμμετείχαν στα συμβούλια και από το Γραφείο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης του Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει το κατά πόσο ήταν

συγκρίσιμα τα δεδομένα των δεικτών "Υγεία για Όλους", τι διαφορές υπήρχαν ακόμη στις μετρήσεις των δεικτών "Υγεία για Όλους" και ποιες θα ήταν οι πιθανότητες και οι ευκαιρίες για την επίτευξη της ευρείας χρήσης των προτεινόμενων οργάνων.

Η μελέτη αναφερόταν σε 6 από τα 11 προτεινόμενα όργανα, π.χ. εκείνων των ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της προσλαμβάνουσας υγείας, της προσωρινής ανικανότητας, του καπνίσματος, του βάρους γέννησης, του θηλασμού και του βάρους σώματος. Ένα κατάλληλο ερωτηματολόγιο είχε σταθεί στις χώρες τέλος του 1993 και ζητούσε τα δεδομένα από τους δείκτες "Υγεία για Όλους" του 1993/1994. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο ζητούνταν η παρακάτω πληροφόρηση για κάθε έναν από τους 6 δείκτες "Υγεία για Όλους".

Πληροφόρηση για τη διενέργεια της πιο πρόσφατης έρευνας, της οποίας τα αποτελέσματα ήταν διαθέσιμα, αναφορικά με το σχετικό δείκτη, συμπεριλαμβάνοντας όλο το ερωτηματολόγιο, την ακριβή σύνταξή του ύστερα από την Αγγλική μετάφραση, τον τύπο της συνέντευξης (κατά-πρόσωπο, τηλεφωνική, αυτο-διαχείριση ή άλλοι τύποι), τον πληθυσμιακό στόχο, το μέγεθος του δείγματος, το ποσοστό (%) της μη-απάντησης, το ποσοστό (%) των συνεντεύξεων με ενδιάμεσους και τις πιο πρόσφατες εκροές των δεδομένων ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.

Στις περιπτώσεις που η σύνταξη του εθνικού οργάνου δεν είναι ακριβώς η ίδια με τη σύνταξη του προτεινόμενου οργάνου, οι χώρες ερωτώνται για το αν υπάρχουν σχέδια για την προσαρμογή του εθνικού οργάνου στο προτεινόμενο όργανο, αναφορικά με τη διενέργεια μελλοντικών ερευνών. Εάν δεν υπάρχουν καθόλου ή υπάρχουν μόνο κάποια ασαφή σχέδια προς αυτή την κατεύθυνση, τότε οι χώρες καλούνται να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους δεν υπάρχουν τέτοιου είδους σχέδια. Επιπλέον οι χώρες ερωτώνται εάν θα είναι περισσότερο πρόθυμες για να υιοθετήσουν στις έρευνές τους στο κοντινό μέλλον, τα κοινά όργανα μέτρησης των δεικτών "Υγεία για Όλους", στην περίπτωση που αυτά έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε πέντε ή έξι χώρες.

Εάν η πληροφόρηση είναι διαθέσιμη τότε ζητείται σε σχέση με:

- τις χρονολογικές σειρές του υπό αξιολόγηση δείκτη
- τις μεθοδολογικές αναφορές για την ισχύ και την αξιοπιστία
- τα αποτελέσματα των πειραμάτων (για παράδειγμα αλλαγή στη σύνταξη του ερωτηματολογίου)

### 6.3. Καθιερωμένα Όργανα και Αναθεωρήσεις

Μετά την αξιολόγηση και τις ρυθμίσεις, όπου απαιτούνται να γίνουν, τα προτεινόμενα όργανα θα μπορούσαν να υιοθετηθούν επισήμως ως καθιερωμένα όργανα. Για τα άλλα όργανα του Π.Ο.Υ. προτείνεται να καθιερωθεί μια διαδικασία που θα καθιστά ικανή την αναθεώρηση των καθιερωμένων οργάνων κάθε πέντε με δέκα χρόνια. Μια τέτοια διαδικασία αναθεώρησης θα μπορούσε, για παράδειγμα, να είναι παρόμοια στη χρήση με τις ταξινομήσεις ICD.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτή την πτυχιακή εργασία περιγράφηκε η σημασία και οι πιθανότητες για την πρακτική εφαρμογή των ΕΜΥΕ, ως μια πηγή δεδομένων για τα πληροφοριακά συστήματα υγείας γενικότερα και ειδικότερα για τον έλεγχο της προόδου, αναφορικά με τη στρατηγική "Υγεία για Όλους". Τα πλεονεκτήματα των ΕΜΥΕ τις καθιστούν απαραίτητες για τον έλεγχο της υγείας σε εθνικό επίπεδο. Οι περισσότερες χώρες διενεργούν αυτές τις έρευνες τακτικά ή περιοδικά, προκειμένου να μετρήσουν ένα εύρος δεικτών υγείας, συμπεριλαμβάνοντας και έναν αριθμό δεικτών για τη στρατηγική "Υγεία για Όλους".

Στο διεθνές επίπεδο, παρόλα αυτά, το ερώτημα για τη σύγκριση των εθνικών ΕΜΥΕ είναι σχετικά νέο. Για να επιτευχθεί καλύτερη διεθνής σύγκριση των δεδομένων και για να βελτιωθούν οι αξίες των αποτελεσμάτων από τις έρευνες, το σχέδιο των ΕΜΥΕ – ιδιαίτερα όπως διαμορφώθηκε από τα τρία συμβούλια που περιγράφηκαν – είχε μια σημαντική συνεισφορά στη σύσταση των συγκεκριμένων οργάνων για τη μέτρηση των δεικτών "Υγεία για Όλους".

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Π.Ο.Υ. δεν απαιτεί ή περιμένει να ξεκινήσουν έρευνες μόνο και μόνο για το σκοπό του ελέγχου "Υγεία για Όλους". Οι χώρες που διενεργούν εθνικές ΕΜΥΕ, μπορούν να υιοθετήσουν τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων ή να συμπεριλάβουν καινούργιες συγκεκριμένες ερωτήσεις στα ερωτηματολόγια, ακολουθώντας τις συστάσεις των τριών συμβουλίων. Για τις χώρες που αρχίζουν (ή κάνουν μια καινούργια αρχή) να διενεργούν τις ΕΜΥΕ, είναι πρωτίστως ευκολότερο να αποδεχτούν και να υιοθετήσουν τα προτεινόμενα κοινά όργανα. Το παρελθόν των ερευνών δεν αποτελεί εμπόδιο σε αυτές τις περιπτώσεις και γενικά οι έρευνες

αναγνωρίζουν τα πλεονεκτήματα της χρήσης των προτεινόμενων οργάνων, δηλαδή η φάση της ανάπτυξης (ή αναθεώρησης) του ερωτηματολογίου μπορεί να μειωθεί αρκετά, εάν τουλάχιστον υπάρχει η εγγύηση ότι είναι μετρήσιμοι ορισμένοι από τους πιο χρήσιμους δείκτες υγείας και δείκτες "Υγεία για Όλους" και ότι υπάρχει η προοπτική της διεθνούς σύγκρισης.

Μια από τις πιο υποσχόμενες στρατηγικές για τη διεύρυνση του αριθμού των χωρών, που χρησιμοποιούν τα προτεινόμενα όργανα μέτρησης, είναι η παρουσίαση σε αυτές των αποτελεσμάτων από τη χρήση αυτών των οργάνων, δηλαδή αρχικά η χρήση αυτή παρέχει την πιθανότητα σύγκρισης της θέσης μιας χώρας με τις θέσεις των άλλων χωρών. Μια προσέγγιση αυτής της σύγκρισης είναι η ανάπτυξη μιας διεθνούς βάσης δεδομένων, η οποία θα αποτελείται από επαρκώς συγκρίσιμα αποτελέσματα πάνω στους δείκτες "Υγεία για Όλους". Μια τέτοια βάση δεδομένων, η οποία τώρα αναπτύσσεται από τη Στατιστική Υπηρεσία της Ολλανδίας και από το Γραφείο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον Π.Ο.Υ., θα μπορούσε να ενθαρρύνει τις χώρες και να επηρεάσει:

- (1) Με το παράδειγμα εκείνων των χωρών που ήδη έχουν συνεισφέρει στη βάση δεδομένων και με αυτό τον τρόπο ενθαρρύνεται η περαιτέρω εναρμόνιση των ερωτηματολογίων των ερευνών, όπου είναι απαραίτητο.
- (2) Με εκείνες τις χώρες που δεν έχουν ακόμη συνεισφέρει διαθέσιμα δεδομένα και θα ήταν μια πρόκληση για αυτές να ξεπεράσουν τα πρακτικά προβλήματα, έτσι ώστε να συμμετέχουν στη λειτουργία της βάσης δεδομένων.
- (3) Με εκείνες τις χώρες που δεν έχουν καθόλου ή έχουν περιορισμένα δεδομένα, ώστε να ενθαρρυνθούν για να ολοκληρώσουν τις έρευνές τους με δείκτες για τους οποίους υπάρχουν κοινά όργανα μέτρησης και
- (4) Με εκείνες τις χώρες που δεν διενεργούν έρευνες υγείας, ώστε να

ενθαρρυνθούν για να αναπτύξουν νέες έρευνες, ενσωματώνοντας σ' αυτές τα προτεινόμενα κοινά όργανα.

Ως αποτέλεσμα της αλλαγής της γεωπολιτικής κατάστασης στην Ευρώπη, πολλά νέα κράτη – μέλη έχουν, πρόσφατα, εισχωρήσει στην Ευρωπαϊκή Ένωση του Π.Ο.Υ. και έχουν αρχίσει να συμμετέχουν στον έλεγχο της προόδου αναφορικά με τη στρατηγική "Υγεία για Όλους".

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

1. Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης, "Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα", Αθήνα 1997.
2. Ελένη Κωστάλα, Ντιβέρη Ελένη, "Υγεία και Δείκτες Ποιότητας Ζωής", Καλαμάτα 1997.
3. Θεόδωρος Πισιμίσης, "Οικονομική της Υγείας", Καλαμάτα 1995.
4. A. de Brain, H.S.J. Picavet, A. Nossikov, "Health Interview Surveys", WHO Regional Publication, European Series, No. 58, 1996.