

УПОРЕДНА АНАЛИЗА ИСПИТИВАЊА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТАНОВНИШТВА

Мирковић М.¹, Ђорац А.², Вукотић М.³, Ђурић С.¹, Живорад Р.⁴, Бисерка В.⁴

¹Институт за социјалну медицину, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

²Институт за хигијену, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

³Институт за статистику и информатику, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

⁴Завод за јавно здравље, Косовска Митровица

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH SURVEYS

Мирковић М.¹, Ђорац А.², Вукотић М.³, Ђурић С.¹, Живорад Р.⁴, Бисерка В.⁴

¹Institute of social medicine, Medical faculty of Pristina, Kosovska Mitrovica

²Institute of hygiene, Medical faculty of Pristina, Kosovska Mitrovica

³Institute of statistics and informatics, Medical faculty of Pristina, Kosovska Mitrovica

⁴institute for public health, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

One of aims of health surveys is comparison health status of residents on different territories. Comparative analysis of health surveys in five countries: (England, USA, Ireland, Canada and Hungary) and establish opportunities for comparison health status of residents in different country. Will be doing comparative analysis of results from health surveys in five quoted country. First of all, will be doing comparison of methods and derived results. Specially, will be notice on determinants of health which are applied in surveys. Methodology which was used is, mainly, similar in all country. Its health state like a best describes residents of USA. There are most smokers among Hungarians (30,5%) and least of all among Americans (17%). There are most obesens among residents of England (23,1%) and least of all among Canadians (15%). Most Americans and Hungarians (85%) visited general practitioners in recent year. Questions about limited mobility, depression, mental health, cardiovascular diseases, diabetes, blood pressure, physical activity, mammography, prescribe medicine, estimation quality of health care service and satisfaction with health care service there isn't in most of surveys. We can conclude that the methodology, which was used in surveys, is mainly similar. There are, obviously, variances in wording questions, respecting in determinants of health which are exploratives in questionnaires. In order to escape these variances, one of the solution would have been using standardized questionnaires, which will be using in future surveys in all country.

Key words: Comparative analysis, Health survey, Health state.

САЖЕТАК

Један од циљева испитивања здравственог стања становништва је упоређење здравственог стања становништва различитих територија. Упоредна анализа истраживања здравственог стања становништва у пет земаља (Енглеска, САД, Ирска, Канада и Мађарска) и утврђивање могућности поређења здравственог стања становништва различитих земаља. Биће извршена упоредна анализа резултата из истраживања здравственог стања становништва пет наведених земаља. Приликом анализе вршиће се поређење, пре свега, метода истраживања и добијених резултата. Нарочито ће се обратити пажња на детерминанте здравља које су примењене у истраживању. Методологија која се користила у истраживањима је, углавном, слична у свим земљама. Своје здравствено стање као најбоље описују становници САД-а. Највише пушача је међу Мађарима (30,5%), а најмање међу Американцима (17%). Највише гојазних је међу Енглезима (23,1%), а најмање међу Канађанима (15%). Највише је Американаца и Мађара (85%) посетило лекара у претходној години. Питања о ограниченој покретљивости, депресији, менталном здрављу, кардиоваскуларним обољењима, шећерној болести, крвном притиску, физичкој активности, мамографији, прописивању лекова, оцени квалитета здравствене службе и задовољству здравственом службом не постоје у већини ових испитивања. Анализом испитивања здравственог стања становништва може се закључити да је методологија, која је при том коришћена, углавном слична у свим истраживањима. Оно што је евидентно јесте да постоје разлике у формулацији питања, односно детерминантама здравља која се упитницима истражују. Да би се избегле ове разлике, једно од решења било би коришћење стандардизованих упитника који би се користили у будућим истраживањима у свим земљама.

Кључне речи: Упоредна анализа, Испитивање здравља, Здравствено стање.

УВОД

Доступност репрезентативних података о здрављу становништва је главни предуслов за идентификовање и разумевање проблема здравља заједнице, као и за планирање и процену здравствене заштите (1). Подаци рутинске здравствене статистике, у том смислу, нису довољни. Они су много више прилагођени потребама куративних, него здравственопромотивних и превентивних мера (2). Да би се створила права слика о здравственом стању становништва, поред ових, неопходно је и постојање података о многим детерминантама које су значајно повезане са здрављем, као што су социо-економски статус, стил живота (понашање и навике - пушење, конзумирање алкохола, наркотичких средстава, физичка активност, навике у исхрани), коришћење здравствене службе и др. Подаци о наведеним детерминантама здравља добијају се из истраживања која се врше помоћу посебно дизајнираних упитника, анкетирањем репрезентативног узорка становништва на одређеној територији. Анализом резултата ових истраживања, уз анализу података рутинске здравствене статистике, добија се знатно објективнија слика о здравственом стању становништва. Поред овога, ова истраживања су значајна јер у већини случајева испитују и сопствено виђење здравља од стране грађана, односно, самопроцену здравља. Субјективна самопроцена здравља није замена за многе друге објективне индикаторе, али је важна допуна, јер открива димензије здравља које су неприступачне при традиционалном оцењивању. Индикатори добијени самопроценом здравља могу се користити за предвиђање будућег коришћења здравствене заштите и смртности и за предвиђање смањења функционалне способности међу старим особама и међу општом популацијом (3).

Многе земље сакупљају податке о обољевању од хроничних обољења из оваквих истраживања. Ово је нарочито подесно за обољења која дуго трају и имају низак морталитет. Овај начин је, такође, јефтин, релативно брз за извођење, а могу се истовремено обезбедити и друге информације повезане са здрављем. Међутим, није погодан за обољења која се ретко јављају (3).

У многим земљама оваква истраживања се обављају редовно, годишње, а у неким периодично. Тако, на пример, у Енглеској се обављају сваке године почев од 1991. Поред података о групи детерминанти, које се истражују редовно, у овој земљи се, такође, сваке године прикупљају и подаци о неком посебном обољењу или групи болести или се посебно прикупљају подаци за поједине групације становништва (4). И у осталим земљама Европске Уније оваква истраживања се, углавном, спроводе редовно. У Србији је 2000. године урађено истраживање под називом „Здравствено стање, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите становништва Србије”, помоћу којег се, између осталог, упоредило здравствено стање избеглог и расељеног становништва са домицилним становништвом (2).

Обзиром на значај информација које се добијају овим истраживањима, јавила се потреба да буду доступније на што практичнији начин. Још 1997. године

Европски Парламент и Савет Европске Уније усвојили су програм „Акција за надзор здравља заједнице”, са три основна циља:

1. Да установи систем за надзор здравља и здравствених детерминанти у заједници,
2. Да олакша планирање, надзор и процену програма и акција заједнице, и
3. Да обезбеди земљама чланицама одговарајуће информације о здрављу за подршку њиховим националним здравственим политикама

Да би се остварили ови циљеви створена је база података који су добијени помоћу ових истраживања. Ова база података обухвата информације из осам Прегледа испитивања здравља, тридесетседам Прегледа здравља интервјуом и два међународна прегледа здравља. Обухваћено је око 5000 питања о здрављу. Да би се олакшало претраживање направљена је листа обележја. Листа садржи 93 обележја која су подељена у седам група:

1. демографски и социо-економски фактори,
2. здравствено стање,
3. лични фактори,
4. фактори животног стила,
5. животна и радна средина,
6. превенција, здравствена заштита и здравствена промоција и

7. коришћење здравствене и социјалне службе. Анализом свих ових истраживања утврђено је која се обележја најчешће појављују. Питања о здравственом стању су најчешћа. Нарочито питања о болестима, самопроцени здравља, физичкој активности и хроничним стањима, која су укључена у већини истраживања. Питања о факторима животног стила су, такође, често укључена. Скоро свако истраживање је садржало питање о пушењу.

Светска здравствена организација (СЗО) је детерминанте здравља груписала у три основне групе:

1. Социјално-економске детерминанте,
2. Детерминанте физичког окружења и
3. Детерминанте личних карактеристика и понашања (животног стила)

У ове групе се убрајају следеће детерминанте:
- Приходи и социјални статус већи приходи и бољи социјални статус су повезани са бољим здрављем, и обрнуто,

- Образовање - нижи образовни ниво је повезан са сиромашнијим здрављем, и обрнуто,

- Физичко окружење хигијенски исправна вода и чист ваздух, здрав радни и животни простор су неки од услова за добро здравље,

- Социјална подршка - подршка чланова породице, пријатеља и заједнице је повезана са добрим здрављем,

- Генетска предиспозиција - наслеђе има утицај на дужину живота, здравље и вероватноћу развоја извесних болести, као и на многе детерминанте здравља,

- Здравствена служба - приступачност и коришћење здравствене службе је повезано са добрим здрављем,

- Пол: мушкарци и жене оболевају од различитих болести у различитим узрастима (6).

Ово дефинисање детерминанти здравља од стране СЗО је, донекле, препорука на шта треба обратити пажњу приликом извођења ових истраживања, како би се могла вршити поређења здравственог стања становништва у различитим земљама. Оваква поређења су значајна за дефинисање циљева за побољшање здравственог стања становништва и праћење напретка у достизању тих циљева. Поређења међу земљама су, такође, значајна да би се разумеле разлике здравственог стања становништва и оценила неједнакост здравља (7). Да би поређење, уопште, било квалитетније неопходно је да садржаји који се упоређују међу собом буду што сличнији. У овом случају пожељно би било да су у истраживањима у различитим земљама заступљене исте теме, односно, детерминанте здравља као и питања која се на њих односе. Једно истраживање, које су спровели Ибург и сарадници (7), бавило се упоређивањем садржаја упитника који су примењени у истраживањима у различитим земљама, односно утврђивањем сличности међу њима. Упоредени су подаци из 16 истраживања која су спроведена у земљама ЕУ и 23 у земљама ОЕБС-а, и утврдило се да разлике у питањима постоје у приближно свим упитницима, са изузетком случајева када су се користили стандардизовани упитници, као што су СФ-36 и Еуро-Кол Употреба стандардизованог упитника СФ-36 је, управо, најбољи пример да се смање разлике између детерминанти и питања у вези њих који се користе у упитницима.

Кратка форма упитника СФ-36 је створена за употребу у клиничкој пракси и истраживањима, процену здравствене политике и анкетирање опште популације. Упитник се састоји од тридесет и шест питања која су груписана у осам здравствених појмова: 1) ограничења физичких активности због здравствених проблема, 2) ограничења социјалних активности због здравствених проблема, 3) ограничења уобичајених активности због здравствених проблема, 4) телесни бол, 5) опште ментално здравље, 6) ограничења уобичајених активности због психичких проблема, 7) виталност, 8) самопроцена здравља (8).

ЦИЉЕВИ РАДА

Упоредна анализа истраживања здравственог стања становништва у пет земаља (Енглеска, САД, Ирска, Канада и Мађарска).

- Утврђивање могућности поређења здравственог стања становништва различитих земаља.

МЕТОД РАДА

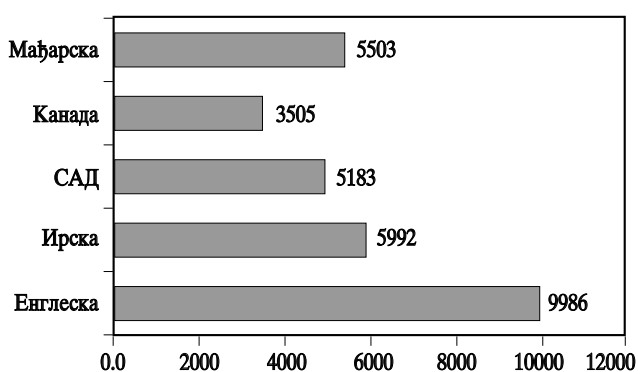
У овом раду биће извршена компаративна анализа резултата из истраживања здравственог стања становништва пет земаља и то: Енглеске, САД, Ирске, Канаде и Мађарске. Приликом претраживања интернет страница помоћу претраживача Yahoo и Google са кључним речима *national health survey*, наишао сам на резултате следећих истраживања: Испитивање здравља у Енглеској 2003 (4), Заједничко испитивање здравља у САД-у и Канади 2002-2003 (9), Национално испитива-

ње здравља и животних стилова у Ирској 2003 (10), Национално испитивање здравља у Мађарској 2000 (11). Приликом анализе вршиће се поређење, пре свега, метода истраживања и добијених резултата, и то у обиму који је доступан из прикупљене литературе. Нарочито ће се обратити пажња на детерминанте здравља које су примењене у истраживању, као и на добијене резултате и могућности поређења.

РЕЗУЛТАТИ

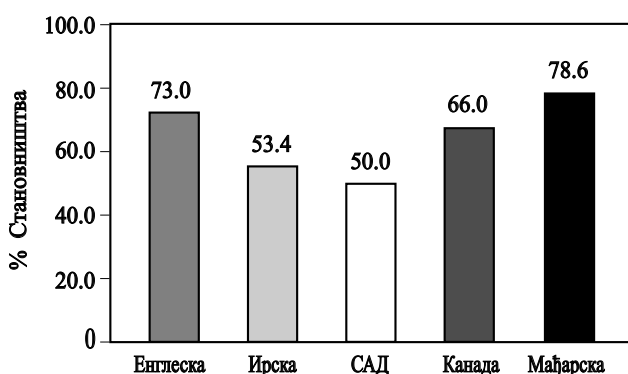
Методологија која се користила у истраживањима је, углавном, слична у свим земљама. Упитником је анкетирани репрезентативни узорак становништва. У Енглеској је узорак прављен тако што је одабрано 13.680 адреса из списка поштанских бројева, и то на тај начин што се најпре извршила стратификација на 720 сектора, па је из сваког сектора одабрано по 19 адреса. Сваку адресу је посећивала особа која је вршила интервју, а затим медицинска сестра која је узимала крв за анализу и вршила мерења. Све особе које су затечене у домаћинству су могле бити интервјуисане, а ако је постојало више од двоје деце (узраста од 0-15 година), двоје од њих је одабрано случајно. На крају је интервјуом обухваћено 14.836 одраслих (узраста 16 и више година) и 3.717 (узраста од 0-15 година). Интервју је изведен у 73% домаћинства и са 90% одраслих у домаћинствима која су хтела да сарађују. Национални преглед здравља и животних стилова у Ирској састоји се из два истраживања: СЛАН (Преглед животних стилова, става и исхране) којим су обухваћени старији од 18 година и ХБСЦ (Понашање везано за здравље) којим су обухваћена школска деца узраста од 10 до 17 година. У првом истраживању за прављење узорка послужили су бирачки спискови из којих случајним избором одређиване јединице посматрања, са стратификацијом на неколико нивоа: на нивоу округа одређиван је број јединица посматрања пропорционално броју становника, а на нивоу округа стратификација је вршена на нивоу урбаних и руралних средина. Упитник је послат поштом од стране Националног Универзитета Ирске - Галвај са затвореном ковертом за повратак и поштарином плаћеном унапред. Након искључивања оних који нису приступачни (као што су покојници и они који су нису били доступни на адресама, итд) величина узорка је 11.212, а одзив је био 53.4% (5.992). У другом истраживању за прављење узорка користили су се спискови ученика основних и средњих школа који су добијени од Министарства образовања. Из сваког округа одређен је одговарајући број школа, а стратификација је извршена на два нивоа. Први ниво се односи на округе, а други ниво на одељенја у школама. Из основних школа одабрани су ученици 5-их и 6-их разреда, а из средњих школа ученици нижих разреда. Прво су контактирани директори школа и када је добијен позитиван одговор, послат је упитник, образац за пристанак родитеља, листа информација за наставнике и коверат за поновно враћање. Најпре је контактирана 351 школа, а крајњи број је био 347, док је коначни одговор добијен од 176 школа (51%). Број ученика је био 8.316, а у извештај је укључено 5.712 одговора. У истраживању које је спроведено у

САД-у и Канади истраживањем је обухваћено становништво старије од 18 година које је имало телефон. Из истраживања су били искључени они који су живели у институцијама (као што су затвори, старачки домови, и сл.), припадници војних снага у обе земље, становници три северне области у Канади и неколико области у САД-у. Узорак је стратификован по провонцијама у Канади, и по четири региона у САД-у, чија је величина одговарала броју становника у стратуму. Узорак је биран методом случајног бирања цифара. Број особа укључених у истраживање је 3.505 у Канади и 5.183 у САД-у. Стопа одзива је била 66% у Канади и 50% у САД-у.



Графикон 1. - Величина узорка у различитим земљама

У Мађарској је за прављење узорка послужило национални бирачки списак, из којег је случајно одабрано 7.000 особа из 440 општина у целој земљи, при чему је број из сваке општине пропорционалан броју становника. Коначни одзив је био 78,6% (5.503).



Графикон 2. - Одзив становништва.

Детерминанте које су се користиле у истраживањима разликују се, донекле, од земље до земље. У табели 1. приказане су детерминанте које су коришћене у различитим земљама.

Најчешћа су питања о пушењу и самопроцени здравља, која се појављују у свих пет истраживања. Висина, тежина и гојазност се појављују у истраживањима четири земље, док се конзумирање алкохола, коришћење здравствене службе и посете стоматологу појављују

у три истраживања. Питања о осталим детерминантама се појављују у два или у једном истраживању.

У даљем тексту упоређиваће се резултати истраживања, у обиму који је могућ на основу података који постоје у добијеној литератури.

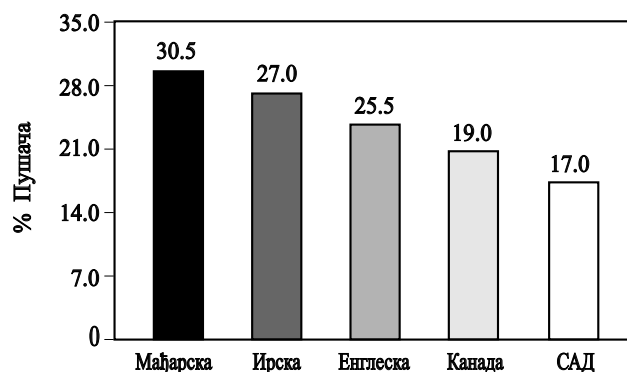
Самопроцена здравља

Питања о самопроцени здравља постоје у свим истраживањима. У Заједничком прегледу здравља САД и Канаде упоређивани су резултати добијени у ове две земље: генерално, већина Канађана и Американаца је одговорило да има добро, веома добро или одлично здравље, а процентуално незнатно више међу Канађанима (88% према 85%). Американци су се више изјаснили да имају „одлично“ здравље (26% према 24%), нарочито они старији од 65 година (15% према 8%). Американке су се у незнатно већем проценту изјасниле да имају „одлично“ здравље (25% према 23%). Са друге стране Американке су се више изјасниле и да имају осредње здравље (11% према 8%). Међу мушкарцима у обе земље не постоје разлике. У Ирској се 53,8% мушкараца и 56,5% изјаснило да има одлично или веома добро здравље. У Енглеској се 34% мушкараца и 33% жена изјаснило да има веома добро здравље, 42% и мушкараца и жена да има добро здравље, 18% мушкараца и 19% жена да има осредње здравље, 5% и мушкараца и жена да има лоше и 2% и мушкараца и жена да има веома лоше здравље. У Мађарској се 13,3% мушкараца и 18,5% жена изјаснило да има лоше или врло лоше здравље, 48% мушкараца и 39% жена да има добро или веома добро здравље и 38,7% мушкараца и 42,5% жена да има задовољавајуће здравље.

Табеларно приказивање упоредних података ових пет земаља није могуће зато што су различите категорије здравља приказане у различитим комбинацијама, односно нису приказани резултати за све категорије здравља појединачно.

Пушење

И питања о пушењу постоје у свим истраживањима. Највише пушача је међу Мађарима (30,5%), затим међу Ирцима (27%), па међу Енглецима (25,5%), потом међу Канађанима (19%) а најмање међу Американцима (17%) (Графикон 3.)

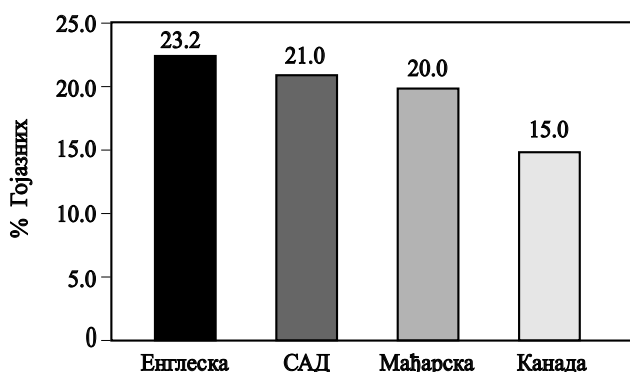


Графикон 3. - Заступљеност пушача у различитим земљама.

За САД и Канаду не постоје подаци о заступљености према полу, док је међу осталим земљама највише пушача мушкараца, такође, међу Мађарима (38%), потом међу Ирцима (28%) а најмање међу Енглезима (27%). Код жена највише је пушача међу Иркињама (26%), затим међу Енглескињама, а најмање међу Мађарицама (23%).

Гојазност

Ова детерминанта здравља не постоји само у истраживању у Ирској. Од осталих земаља највише је гојазних међу Енглезима (23.15%), потом међу Американцима (21%), Мађарима (20%) а најмање међу Канађанима (15%) (Графикон 4).



Графикон 4. - Заступљеност гојазности у различитим земљама.

Конзумирање алкохола

Ова детерминанта здравља није испитана у истраживањима у САД-у и Канади. У осталим истраживањима постављана су различита питања. Тако је у истраживању у Ирској питање било о конзумирању алкохола у последњих месец дана, и при том се 83% мушкараца и 74% жена се изјаснило да је конзумирао алкохолна пића у протеклом месецу, док је 41.4% мушкараца 16.2% жена изјавило да је попило више од шест алкохолних пића у протеклим месец дана. У Енглеској 26% мушкараца и 23% жена редовно конзумира алкохолна пића. У Мађарској 19,4% мушкараца и 5,2% жена спадају у тешке алкохоличаре.

Обзиром да су постављана различита питања, добијани су и различити одговори, тако да није могуће да се подаци прикажу упоредно графички.

Коришћење здравствене службе

Питања о коришћењу здравствене службе не постоје у истраживањима у Ирској и Енглеској. У Канади и САД-у питање се односило на посете лекару у протеклих 12 месеци, при чему се 85% Канађана и 80% Американца изјаснило да је посећивало лекара у протеклој години, док су у истраживању у Мађарској дати подаци о посетама најстаријих становника у протеклој години, од којих је 85% жена и 81% мушкараца посетили лекара у овом периоду. Због свега овога није могуће упоредно графички приказивање.

Посете стоматологу

Питање о посети стоматологу не постоји у истраживањима у Енглеској и Ирској. У Канади и САД-у питање се односило на посете у протеклих 12 месеци,

при чему су се и Канађани и Американци у једнаком проценту (63%) изјаснили да су посетили стоматолога у протеклој години. У Мађарској је питање било супротно, па је добијено да 63% жена и 66% мушкараца није посетили стоматолога у последњих годину дана.

Ограничење покретљивости

Питања о ограничењу покретљивости постоје у истраживањима у САД-у и Канади. Американци и Канађани су се изјаснили да имају сличне стопе ограничења покретљивости, која је незнатно већа код Американца (25% према 24%), а нарочито међу женама када су се изјасњавале о „веома ограниченој покретљивости“ (7% према 4%). Стопе међу мушкарцима су веома сличне.

Депресија

И ова питања се налазе само у истраживањима у САД-у и Канади. Процент особа са већим депресивним епизодама у последњих дванаест месеци је исти у Канади и САД-у (8%). Процент је у обе земље већи међу женама (10%) него међу мушкарцима (7%), док разлике међу узрасним групама не постоје.

Ментално здравље

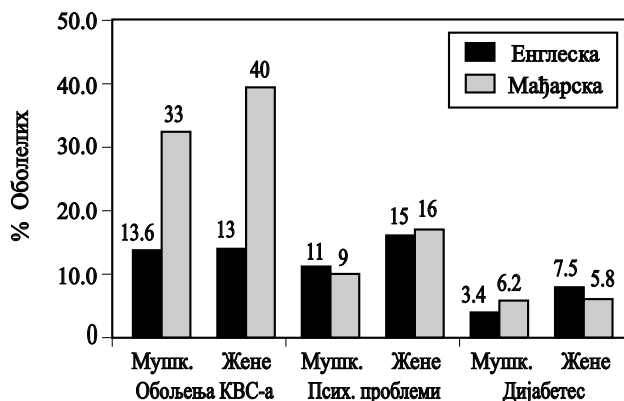
Питања о менталном здрављу постоје у истраживањима у Мађарској и Енглеској. У Мађарској је 16% жена и 9% мушкараца имало значајне менталне проблеме који су ограничавали нормално функционисање током две недеље пре истраживања. У Енглеској се 15% жена и 11% мушкараца изјаснило да има значајне психичке проблеме.

Кардиоваскуларна (КВС) обољења

Питања о КВС обољењима, такође, постоје само у истраживањима у Енглеској и Мађарској. У Енглеској се 13,6% мушкараца и 13,0% жена изјаснило да има дијагностиковано обољење КВС. У Мађарској 40% жена и 22% мушкараца патио од болести КВС.

Шећерна болест

И ова питања се налазе само у истраживањима у Мађарској и Енглеској. У Мађарској се 7,5% жена и 6,2% мушкараца изјаснило да има шећерну болест. У Енглеској се 4,3% мушкараца и 3,4% жена изјаснило да има шећерну болест.



Графикон 5. - Однос заступљености појединих болести у Енглеској и Мађарској.

Крвни притисак

Питања о крвном притиску постоје у истраживањима у Мађарској и Енглеској. У Мађарској се питање односило на проверавање крвног притиска у претходној години, при чему је 81% жена и 76% мушкараца проверило крвни притисак у последњих 12 месеци. У Енглеској 31,7% мушкараца и 29,5% жена има висок крвни притисак.

Физичка активност

Питања о физичкој активности постоје у истраживањима у Енглеској и Ирској. У Енглеској се 79% мушкараца и 74% жена изјаснило да упражњава различите видове физичких активности у трајању од најмање 30 минута. У Ирској се 51% становништва изјаснило да упражњава неку од физичких активности.

Питања о мамографији, прописивању лекова, оцени квалитета здравствене службе и задовољству здравственом службом постоје само у истраживањима у САД-у и Канади.

Више Американки узраста од 50-69 година је у протеклих 2 године користило мамографију од Канађанки (82% према 74%), као и у протеклих 12 месеци (преко 60% према 48%). Не постоји разлика између две земље у погледу пропорције жена узраста 50-69 година које никада нису радиле мамографију.

Американци и Канађани су се слично изјаснили о прописивању лекова. Преко половине особа је протеклог месеца прописивало лекове. Разлика једино постоји међу особама узраста 45-64 година, јер се више Американаца изјаснило да је прописивало лекове од Канађана (68% према 61%), а разлика постоји и међу мушкарцима (63% према 65%) и међу женама (74% према 66%). Лекове су више прописивали стрији од 65 година него млађи, и више жене него мушкарци.

Уопштено, Канађани и Американци се разликују по оцени квалитета службе здравствене заштите, али су слични када су у питању оцене о докторима. Американци су се више од Канађана изјаснили да је њихова служба здравствене заштите „одлична“ (42% према 39%), док су се Канађани више изјаснили да је њихова служба здравствене заштите осредња (12% према 10%). Неосигурани Американци су се, међутим, мање изјашњавали да је њихова здравствена служба „одлична“ (28%) а више да је „осредња“ (20%) или лоша (8%). Близу 60% Канађана и осигураних Американаца је оценило да је њихова последња посета доктору била „одличног“ квалитета.

Више Американаца него Канађана се изјаснило да је „веома задовољно“ својом здравственом службом (53% према 44%). Више Канађана се изјаснило да је „донекле задовољно“ својом здравственом службом (43% према 37%). Канађани су више слични са неосигураним Американцима што се тиче задовољства здравственом службом, а једино значајна разлика постоји код оцене веома незадовољан: 9% неосигураних Американаца и 3% Канађана. Такође, више Американаца је „веома задовољно“ својим доктором (68% према 64%).

Питања о преваленци хроничних обољења, социјалној подршци, тровањима, функционалности, исхрани и конзумирању воћа, поврћа и соли, повредама,

посетама гинекологу, абортусима као и приказ добијених резултата анализе крви постоје само у једном од истраживања у наведеним земљама, због чега, наравно, није могуће упоређивање.

ДИСКУСИЈА

Истраживања о детерминантама повезаним са здрављем су изузетно значајна како би се добила свеобухватнија слика о здравственом стању становништва, обзиром да се такве информације не могу добити из рутинских здравствених података. Један од значаја ових истраживања је и тај да се на основу тако добијених података могу вршити поређења здравственог стања становништва различитих земаља, како би се утврдило да ли постоје разлике, а ако постоје, да се даљим истраживањима утврде евентуални разлози тих разлика.

Међутим, да би таква поређења била могућа, неопходно је да садржај истраживања буде што сличнији, како би поређење било квалитетније. У пракси, као што је и овим радом утврђено, обично постоје разлике у детерминантама које се појављују у упитницима, или се питања која се односе на исте детерминанте постављају на различите начине. Вероватан разлог томе је што земље имају различите интересе, односно, свака земља сакупља оне податке које су јој од интереса за организовање сопственог здравственог система или за друге циљеве. Ове чињенице, самим тим, отежавају поређење или га чине немогућим. Решење би, евентуално, било коришћење стандардизованих упитника који би се користили у истраживањима свих земаља.

ЗАКЉУЧАК

Анализом истраживања здравственог стања становништва различитих земаља, односно, детерминанти које су повезане са здрављем, може се закључити да је методологија, која је при том коришћена, углавном слична у свим истраживањима. У свим земљама вршило се анкетирање репрезентативног узорка становништва. Узорак је биран из различитих извора, као што су бирачки спискови, телефонски именици или спискови поштанских адреса, и то методом случајног избора. Величина узорка је била, наравно, различита, обзиром да ова земље имају и различит број становника. Одзив становништва, односно пристајаност на интервју, је био различит, од 50% у САД-у до 78,6% у Мађарској.

Оно што је евидентно јесте да постоје разлике у питањима која се постављају, односно детерминантама здравља која се упитницима истражују. Тако, на пример, само се питања о самопроцени здравља и пушењу појављују у истраживањима свих пет земаља. Такође, и питања која се односе на исте детерминанте постављају се на различите начине. Поред свега тога, резултати за поједине детерминанте здравља приказани су на различите начине на доступним интернет страницама.

Због свега тога, квалитетно поређење здравственог стања ових земаља на основу урађених истраживања је веома отежано или немогуће. За оне детерминанте за које је било могуће резултати су приказани графички.

Да би се избегле ове разлике, једно од решења би било коришћење стандардизованих упитника који би се користили у будућим истраживањима у свим земљама.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bullinger M. International comparability of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In: EURO-HIS: Developing Common Instruments for Health Surveys, Chapter 1. IOS Press, Biomedical and Health Research, 57, 2003. Available from URL: <http://euro.who.int/document/HIS/004Chapt01.pdf>
2. IZZZS "Milan Jovanović-Batut". Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije, Protokol. Beograd, 2003
3. Montserrat A., Sicard F. Building a European Health Survey System: Improving information on self-perceived morbidity and chronic conditions. Luxembourg: Workong Party Morbidity and Mortality, 2004. Available from URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implement/wp/morbidity/docs/ev_20040120_vd_04_en.pdf
4. Sproston K., Primates P. The Health Survey for England 2003, Summary of key findings. London: Joint Health Surveys Unit, National Center for social Research, 2004; Available from URL: <http://official-documents.co.uk/document/deps/doh/survey03/md/hse03.htm>
5. Hupkens Ch., Swinkels H. Health Interview Surveys in the European Union: overview of methods and contents. In: Project: Health surveys in the EU: HIS and HIS/HES evaluations and models. Statistics Netherlands, 2003. Available from URL http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_exs_04_en.pdf
6. The Determinants of Health. World Health Organization, 2005. Available from URL: [http:// who.int/hia/evidence/doh/en/](http://who.int/hia/evidence/doh/en/)
7. Iburg K., Salomon J., Tandon A., Murray ch. Cross-population comparability of self-reported and physician-assessed mobility levels: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 14. WHO, 2001
8. Ware JJ., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30:473-83
9. Sanmartin C., Blackwell D., Gentleman J., Martinez M., Simile C. Joint Canada/United States Survey of health, 2002-2003. Atlanta: Center for disease control and prevention United states (published date: march 2003); Available from URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/jcush_analyticalreport.pdf
10. Kelleher C., Nic Gabhainn S, Friel S. The National Health and Lifestyle surveys. Dublin: Health promotion unit, Department of health and children Ireland 2003; Available from URL: [http://www.healthpromotion.ie/uploaded_docs/slan03\(PDF\)](http://www.healthpromotion.ie/uploaded_docs/slan03(PDF)).
11. Boros J., Grajczar I., Széles G., Vitrai I., János V., Voko J. National Health Survey 2000: Preliminary report. Budapest: Health Promotion Research Institute, 2001. Available from URL: <http://gallup.hu/olef/en/cont.htm>