

ПРОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТАНОВНИШТВА ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ И САВРЕМЕНИ ПРИСТУП

Мирковић М.¹, Парлић М.², Трајковић Г.³, Ћорац А.⁴, Вукотић М.⁴, Ђурић С.¹

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

²Институт за епидемиологију, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

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

⁴Институт за хигијену, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

HEALTH STATE EVALUATION OF POPULATION- HISTORICAL LOOKING BACK AND MODERN APPROACH

Мирковић М.¹, Парлић М.², Трајковић Г.³, Ћорац А.⁴, Вукотић М.⁴, Ђурић С.¹

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

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

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

⁴Institute of hygiene, Medical faculty of Pristina, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

Search for objective indicators of health state of the population is essential public health issue. First serious attempt of health evaluation of the population were observed in the end of 18. and beginning of the 19. century. In this period of time, description of health population was mostly based on indicators which were based on data of numbers of death. Later, because of significant decrease of infectious disease and improvement of life and work conditions comes to an extension of average life span. Also, comes to a change of conceptualization of health. As a result of all this changes it has been noticed need for consideration of other aspects of health. As a outcome, indicators of disease, disability and non-biological indicators of health (as a approach to health service, quality of health protection, condition of living, life style factors and environment factors) are more and more necessary for documentation of human capacity for physical, mental and social functioning as a objective analysis of health state. To get all the information of all aspects of health which can not be get from health statistics routine data, was started with examination of population health trough interview, respectively polling out representative population sample. Aim of this studies is to get basic information about population health, in manner to supplement the picture of population states, identify health problems and health needs, to get the picture of representations of risk factors among population; to get the picture of health service utility; to find out health disparity among different countries and inside the country, among different population groups; to follow the change of health states during the time; to follow achievement in health strategy; to insure data for people which are creating health politics, in manner to coordinate theirs politics, strategy and programs. This kind of study is taking place every year in many countries and in others periodically. In our country this kind of studies were done during the year of 2000. and 2006.

Key words: Health state, Evaluation, Indicators.

САЖЕТАК

Потрага за објективним показатељима здравственог стања популације је суштинско јавно здравствено питање. Први озбиљнији покушаји процењивања здравља становништва запажају се на крају 18. и почетком 19. века. У овом периоду, описивање здравља становништва се, углавном, сводило на показатеље који су се базирали на подацима о смртности. Касније, због значајног смањења обољевања од заразних болести и побољшања услова живљења и рада долази до продужења просечног животног доба. Такође, долази и до промене саме концептуализације здравља. Као резултат свих ових промена препозната је потреба да се разматрају и друге димензије здравља. Као последица, показатељи обољевања, неспособности и небиолошке детерминанте здравља (као што су приступ здравственој служби, квалитет здравствене заштите, услови живљења, фактори животног стила и фактори околине) су све више неопходни да се документује људски капацитет за физичко, психичко и социјално функционисање као и за објективну анализу здравственог стања. Да би се добиле информације о свим аспектима здравља које се не могу добити из података рутинске здравствене статистике, започело се са испитивањем здравља становништва путем интервјуа, односно анкетањем репрезентативног узорка становништва. Циљ ових испитивања је прикупљање основних информација у вези са здрављем становништва, како би се: допунила слика о здравственом стању; идентификовали здравствени проблеми и здравствене потребе; добила слика о заступљености фактора ризика међу

становништвом; добила слиka о коришћењу у здравствене службе; утврдила неједнакост у здрављу међу различитим земљама и унутар земаља, међу различитим групама становништва; пратила промена здравственог стања током времена; пратило достизање циљева у здравственој стратегији; обезбедили подаци за креаторе здравствене политике, како би ускладили своју политику, стратегије и програме. Оваква испитивања се у многим земљама раде сваке године, у неким периодично. У нашој земљи таква испитивања су рађена 2000. и 2006. године.

Кључне речи: Здравствено стање, Процена, Показатељи.

УВОД

Потрага за објективним показатељима здравственог стања популације је суштинско јавноздравствено питање. Рана испитивања здравља су рађена на малом броју људи ради добијања информација о специфичним темама. На пример, Џон Хајгарт (1740-1827) је урадио пионирско испитивање 1770. године, верујући да ће већа знања о „природним и вештачким“ обележјима омогућити бољу политику и контролу заразних болести (1). Први озбиљнији покушаји процењивања здравља становништва приписују се Јохану Петеру Франку на крају 18. и почетком 19. века и Вилијаму Фару у 19. веку (1) (2). У овом периоду, описивање здравља становништва се, углавном, сводило на показатеље који су се базирали на подацима о смртности. Заразне болести су биле најчешћи узрок обољевања и смртности и процене здравственог стања су се, углавном, базирале на подацима о смртности од ових болести. Овакав тренд је трајао све до Првог светског рата (1).

Захваљујући примени нових медицинских мера заштите и лечења и побољшању санитарно-хигијенских услова живљења долази до значајног пада обољевања и умирања од ових болести. На сцену ступају акутна обољења и стања без леталног исхода, па се поред показатеља смртности користе и показатељи обољевања. Инциденција и преваленција, као класични епидемиолошки показатељи, постају све значајнији и придодати су већ познатом арсеналу показатеља здравственог стања. Такво стање је трајало све до Другог светског рата (3).

Касније, због значајног смањења обољевања од заразних болести и побољшања услова живљења и рада долази до продужења просечног животног доба. Иако овај тренд траје од почетка 20. века, најизраженији је у овом периоду. Последица тога је повећање броја старих људи, а самим тим и оних болести које су карактеристичне за ову популацију, а то су хронична дегенеративна обољења. Због овога, стратегија процене здравља током овог периода обухвата показатеље времена изгубљеног за време неспособности и инвалидности, тј. дане неспособности и одсуствовања са посла (апсентизам) (3). Такође, долази и до промене саме концептуализације здравља, на шта највише утиче дефиниција Светске здравствене организације из 1948. године. Ова дефиниција укључује не само физичко, него и психичко и социјално благостање и истиче да здравље није само одсуство болести или неспособности. Иако је ова дефиниција критикована због идеализације здравља, имала је утицај на наглашавање психолошких и социјалних димензија здравља, као и фокусирање на вредност самопроцене здравља (1). То ствара потребу да се у процес процене здравља укључе и психичка и социјална компонента, а не само његов физички аспект (2).

Као резултат свих ових промена препозната је потреба да се разматрају и друге димензије здравља. Као последица, показатељи обољевања, неспособности и небиолошке детерминанти здравља (као што су приступ здравственој служби, квалитет здравствене заштите, услови живљења, фактори животног стила и фактори околине) су све више неопходни да се документује људски капацитет за физичко, психичко и социјално функционисање као и за објективну анализу здравственог стања (1).

Да би се добиле информације о свим аспектима здравља које се не могу добити из података рутинске здравствене статистике, започело се са испитивањем здравља становништва путем интервјуа, односно анкетирањем репрезентативног узорка становништва. Једно од првих испитивања урађено је у Канади 1950. године, под називом Канадско испитивање болести, чији је циљ био добијање опште слике здравственог стања Канађана у контексту њиховог психичког, физичког и социјалног окружења (4). У Сједињеним Америчким Државама прво истраживање овог типа урађено је 1957. године под називом Национално испитивање здравља путем интервјуа (5).

Последњих деценија расте интерес за оне компоненте здравља које утичу на онај део који је у дефиницији Светске здравствене организације означен као психичко и социјално стање, односно за све оне детерминанте које утичу на здравље, а потичу из ових сфера живота. То се манифестује бројним радовима о квалитету живота и стварањем збирних мера здравља. Постоје бројне дефиниције квалитета живота. У општем смислу то је све оно што живот чини вредним живљења. Квантитативно се може изразити концептом „квалитетних година живота“, који означава процену трајања преосталог живота у годинама, лишеног оштећења, неспособности и инвалидности (3). Светска здравствена организација је дефинисала квалитет живота као „лично опажање појединца његове позиције у животу у контексту културалног и вредносног система у којем живи и у вези са његовим циљевима, очекивањима, стандардима и интересима“. То је широки концепт који укључује на сложен начин физичко здравље, психолошко стање, степен независности, социјалне везе, лична веровања и њихову повезаност са значајним својствима околине (6).

Епидемиолошка транзиција, која се карактерише прогресивним повећањем просечних година умирања практично читаве популације на земљиној кули, изискује поновно разматрање начина на који треба мерити здравље популације. Просечно очекивано трајање живота на рођењу је све више неинформативно у мно-

гим популацијама где, због нелинеарне повезаности између специфичне стопе смртности у односу на старост и очекиваног трајања живота, постоји значајно опадање стопе смртности у старијем добу што ствара само релативно умерено повећање очекиваног трајања живота на рођењу. У исто време је непознато да ли, и у ком степену, је повећање очекиваног трајања живота праћено и побољшањем здравственог стања. Таква разматрања су критична за планирање и обезбеђивање здравствене и социјалне службе. Потребно је да се појединачне мере преживљавања и здравственог стања међу преживелима повежу у неком облику како би се створиле појединачне, потпуне мере општег здравља популације.

Збирне мере здравља популације су мере које комбинују информације о смртности и нефаталним здравственим исходима. Интерес за збирне мере је повећан последњих година, и израчунавања и извештаји о различитим мерама постале су рутинске у многим случајевима (7). Ове мере је употребио Муррау 1990. године у својој студији „Глобално оптерећење болестима“ (8).

Приступити процени здравственог стања

Начин на који се врши процена здравственог стања зависи првенствено од начина на који се здравље дефинише. То у пракси представља проблем, зато што здравље има мултидимензионалне карактеристике (3). Психо-социјални модел у теоријском концепту здравља је настао под утицајем промена које су довеле до промена обрасца обољевања и продужења очекиваног трајања живота, као и под утицајем дефиниције Светске здравствене организације, која је нагласила значај психичке и социјалне компоненте здравља (9). Овај модел, за разлику од претходног, биомедицинског модела чији су корени у биологији, биохемији и физиологији, се више ослања на социологију, психологију и економију (10). Ова промена је означила почетак периода у којем процена здравља иде изван прикупљених података о присуству или одсуству болести, односно подразумева и прикупљање и анализу података који су изван здравственог система (9). У покушају да се интегрише биомедицински и психо-социјални модел, предложено је нови, означен као био-психо-социјални модел. Циљ овог модела је да комбинује биолошке, индивидуалне и социјалне перспективе здравља на кохерентан начин (11). Приступити процени здравственог стања зависе и од циљева. Опште информације за формулисање здравствене политике означене су као основне и оне би суштински требало да утичу на природу одлука у систему здравствене заштите (3). Последњих година, фокус циљева здравствене политике је померен ка укључивању превенције неспособности, побољшању физичког и менталног функционисања и смањењу бола узрокованом болешћу. Креатори здравствене политике све више захтевају поуздане податке о природи, узроцима и дистрибуцији болести у популацији као и факторима који утичу на квалитет живота (12).

У прошлости, процена здравственог стања се базирала на подацима виталне статистике који су се односили на смртност и на подацима рутинске здравствене статистике. У новије време, процена здравља је

фокусирана на болести и повреде и њихове последице, као и на активности на ублажавању болести и повреда, нарочито здравствених служби. Уместо самог описивања здравља и анализирања образаца умирања, болести и неспособности, сада постоји интересовање не само за квантитативне аспекте здравља већ и за једнакост у здрављу или можда још важније, квантитативне аспекте здравља као капацитета за одржавање и побољшање здравља као ресурса за живљење. Различити елементи физичке, психичке и социјалне егзистенције стварају ове ресурсе (13). Да би се добиле информације о овим аспектима здравља, треба заћи и изван система здравствене заштите и, поред објективних показатеља здравственог стања, укључити и субјективне информације за стварање слике о здравственом стању, односно податке добијене од самих грађана. Тражењем веза између објективних и субјективних здравствених индикатора откривено је да, у зависности од природе симптома и дијагнозе, индивидуалац може добро да да информације о свом здравственом стању и може поуздано описати симптоме и дијагнозу у складу са клиничким информацијама (1). Поред оцене сопственог здравственог стања, појединац даје и податке о свим факторима који могу утицати на здравље.

Да би се створило више информација о општем обољевању, многе земље су се последњих година фокусирали на коришћење и побољшање својих националних испитивања здравља путем интервјуа (12). Испитивања здравља путем интервјуа представљају јединствени извор података за неколико битних детерминанти здравља, као што су социо-економски статус, понашање и ставови везани са здрављем, образац коришћења здравствене службе и потрошња супстанци које утичу на здравље (14).

Као инструменти за процену здравственог стања користе се индикатори, односно показатељи одређене ситуације или рефлексије те ситуације. Светска здравствена организација их је дефинисала као „варијабле које помажу да се промене измере директно или индиректно“ (15). Индикатори здравља представљају збирне мере својстава и димензија здравља и перформанси здравственог система. Заједно, ове мере покушавају да прикажу и контролишу здравствено стање популације.

Стварање индикатора је процес са различитим степеном сложености, од директног рачунања (на пример - број новооболелих од неке болести у одређеном временском периоду) до израчунавања пропорција, стопа, односа и сложенијих индекса (на пример очекивано трајање живота на рођењу). Према томе, квалитет индикатора зависи од квалитета његових компоненти. Квалитет података који су потребни за израчунавање индикатора, као и начин њиховог прикупљања, су подједнако важни. Тачније, квалитет и корисност индикатора су дефинисани њиховом *валидношћу* (ефикасно мери оно што би требало да мери) и *поузданошћу* (понаљана мерења у сличним условима дају исте резултате). Додатна својства за обезбеђивање квалитета су њихова *специфичност* (мере само феномен на који се односе), *сензитивност* или *осетљивост* (имају способност да мере промене феномена на који се односе), *мер-*

љивост (базирани су на доступним и подацима које је лако добити), *политичка релевантност* (имају способност обезбеђивања јасних одговора за кључне проблеме у здравственој политици) и да резултати оправдавају уложено време и друга средства. Индикатори, такође, морају бити лаки за употребу и тумачење, као и разумљиви за оне који их користе, као што су менаџери и доносиоци одлука (1).

Здравствени индикатори се израчунавају из података, као скупа нумеричких вредности о свему што се односи на здравље. Подаци који се односе на здравље и здравствену заштиту прикупљају се из бројних извора (3). Највећим делом, то су подаци рутинске здравствене статистике. Међутим, да би се створила комплетнија слика о здрављу подаци рутинске здравствене статистике нису довољни. Они су много више прилагођени потребама куративних, него јавноздравствених области медицине (16). Чак ни најбољи национални здравствено-информациони системи нису довољни сами по себи да подрже овај циљ (14). Подаци рутинске здравствене статистике су драгоцени за процену службе здравствене заштите, али нису довољни за сврху праћења здравственог стања популације (17). Да би се добили подаци о оним детерминантима здравља које се не прикупљају у рутинској здравственој статистици, као што су: навике везане за здравље (пушење, коришћење алкохола, физичка активност, употреба дрога, навике у исхрани), коришћењу здравствене службе (хоспитализације, посете лекару/ стоматологу, превентивне акције као што су скрининг тестови за канцере), самопроцењено здравље (опажено здравље, хронична стања, неспособност, ментално здравље), спроводе се испитивања здравља путем интервјуа (18).

Последњих деценија у широкој употреби су збирне мере здравља, које су настале као потреба промена које су се дешавале у демографској структури и обрасцу обољевања. Збирне мере здравља комбинују информације о смртности и нефаталним здравственим исходима како би представиле здравље појединачним бројем (19). Ове мере су значајне због повећања броја старог становништва и повећаног обољевања од хроничних болести које са собом носе појаву општећења и неспособности. Збирне мере имају бројне примене и користе се за: упоређивање здравља између различитих популација, као и различитих група унутар једне популације; идентификацију и квантификацију опште здравствене неједнакости унутар популације; обезбеђивање одговарајуће пажње на ефекте нефаталних здравствених исхода на опште здравље популације; дебате о приоритетима у пружању и планирању здравствене заштите; дебате о приоритетима у истраживању и развоју; побољшање наставних планова за професионално обучавање у јавном здрављу; анализу користи од здравствених интервенција, које се користе у анализама трошкова и ефеката (20).

Збирне мере здравља се могу поделити у две групе. У првој групи су оне које мере очекивано трајање здравља, а у другој оне које мере здравствени јаз. Показатељи из прве групе процењују време за које особа може да очекује да ће живети у дефинисаном стању здравља, а из друге групе мере разлику између актуел-

ног здравља популације и неке одређене норме или циља здравља популације (21). У прву групу спадају: очекивано трајање живота без неспособности (DFLE*), очекивано трајање живота кориговано у односу на неспособност (DALE*), очекивано трајање живота кориговано у односу на квалитет (QALY*), године здравог живота (YHL*), и др. У показатеље здравственог јаза спадају: године живота кориговане у односу на неспособност (DALY*), који је збир два показатеља године изгубљеног живота (YLL*) и године живота са неспособношћу (YLD*) (32).

За израчунавање сумарних мера здравља користе се подаци о смртности и епидемиологији хроничних незаразних болести (19).

Испитивање здравља

Теоријски концепт

Испитивање здравља представља испитивање усмерено ка обезбеђењу информација о здравственом стању популације. Може бити описно (дескриптивно), објашњавајуће (експлоративно) и тумачеће (експланаторно) (23).

Оцењивање нивоа здравља у различитим доменима је кључна компонента процене здравља популације, процене утицаја здравствених интервенција и праћења нивоа здравља појединаца (1). У ту сврху служи и испитивање здравља, којим се добијају подаци о детерминантима здравља, који се не могу добити из рутинске здравствене статистике.

Испитивање здравља обезбеђује драгоцене податке о здравственом стању, болестима, животном стилу, функционалним способностима и коришћењу здравствене службе. По дефиницији, интервјуи и упитници су једини начин да се добију подаци о опаженом здрављу, симптомима и понашању везаном за здравље (18).

Циљ ових испитивања је прикупљање основних информација у вези са здрављем становништва, како би се:

- допунила слика о здравственом стању,
- идентификовали здравствени проблеми и здравствене потребе,
- добила слика о заступљености фактора ризика међу становништвом,
- добила слика о коришћењу здравствене службе,
- утврдила неједнакост у здрављу међу различитим земљама и унутар земаља, међу различитим групама становништва,
- пратила промена здравственог стања током времена,
- пратило достизање циљева у здравственој стратегији,
- обезбедили подаци за креаторе здравствене политике, како би ускладили своју политику, стратегије и програме (24) (25).

Многе земље прикупљају податке о обољевању од хроничних болести путем ових испитивања. Овај начин је нарочито подесан за болести које дуго трају и имају малу смртност, такође, веома је јефтин, релативно брз за извођење, и допушта истовремено прикупљање

података о бројним хроничним обољењима и другим информацијама везаним за здравље (26). Једна од главних предности оваквог начина скупљања података је тај што се ти подаци односе на појединца и домаћинство, а не на епизоду или догађај као у рутинској здравственој статистици, тако да ови подаци могу бити репрезентативни за читаву популацију (27). Такође је значајно и што се ови подаци могу приказати по многим демографским и социјално-економским карактеристикама (5). Поред овога, ова испитивања 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 (26).

Ова испитивања се најчешће спроводе на националном нивоу, испитивањем репрезентативног узорка становништва. Ради стварања што репрезентативнијег узорка најчешће се врши вишестепена стратификација по регионима, окрузима, областима, општинама, а у појединим случајевима је крајња стратификација на урбано и рурално становништво. Као база за стварање узорка најчешће служе подаци из пописа становништва, спискови поштанских адреса или бројева, бирачки спискови, и др. Основне јединице у узорку су најчешће домаћинства, а у домаћинству се испитују они чланови који су предвиђени циљем испитивања. То се, углавном, односи на различите старосне групе. Најчешће се укључују пунолетни чланови домаћинства, а уколико је циљ испитивања и млађи. У многим испитивањима се у узорку не укључују тзв. институционализоване особе, тј. оне особе које дуже времена бораве у појединим институцијама, као што су: припадници војних снага, особе које бораве у објектима за дужи смештај, нпр. здравственим установама у којима је предвиђени боравак дужи од шест месеци, и др. (27) (5).

Ова испитивања се могу радити у виду студија пресека, када је циљ да се добије слика о здравственом стању популације у одређеном временском пресеку, или као лонгитудиналне студије, када је циљ да се прате промене у здравственом стању популације током времена.

Анкетирање на терену врше претходно тренирани анкетари, а интервјуисање се може вршити на више начина: лицем у лице, ако се врши директно анкетање; помоћу телефона, обично када као база за прављење узорка служи списак телефонских бројева; и у новије време директно испитивање, али помоћу преносивог компјутера (лаптопа).

Упитник може имати различите форме, и најчешће се састоји из неколико делова. Најчешће је први део упитник о домаћинству, којег попуњава глава куће. Други део упитника је намењен свим члановима породице који су изабрани за анкетање и односи се на њихово здравствено стање. Може постојати и више делова: општи, везан за опште здравствено стање, и други део који је везан за неке специфичне теме.

Испитивање здравља, такође, има и неке недостатке. Узорачки метод није погодан за процену стања са ниском преваленцом и субјективно изјашњавање не идентификује увек исправно стања. На пример, особа може боловати од неке болести а да тога није свесна, или може имати погрешну дијагнозу. Осим тога, постоје значајне разлике у појму и дефиницији које су усвојене у различитим земљама, а односе се на теме у упитнику (26).

Међународна искуства

Испитивања здравља, као један од начина прикупљања података о здравственом стању становништва, спроводе се у многим земљама света. У неким земљама се спроводе периодично, у равномерним или неравномјерним временским размацима, док се у другим спроводе редовно, сваке године, или у неким земљама сваке друге године.

У Сједињеним Америчким Државама ова испитивања се спроводе од 1957. године под називом Национално испитивање здравља путем интервјуа. Главни циљ овог испитивања је праћење здравља становништва САД-а путем прикупљања и анализе података о широком броју здравствених тема. Испитивање обухвата цивилно становништво које живи у својим домаћинствима у САД-у у тренутку интервјуисања. Због техничких проблема неколико сегмената популације није укључено у узорку или није вршена процена. Особе које су искључене су пацијенти који су смештени у здравственим објектима за дужи смештај болесника, затим припадници Армије (мада су укључени њихови потчињени) као и они који живе у другим државама. Изводи се као студија пресека у оквиру које се врши анкетање домаћинства. Анкетање се врши током целе године. Узорак је вишестепено стратификован, изабран са таквим нивоом вероватноће довољним да обезбеди репрезентативан узорак домаћинства.

Садржај упитника је измењен 1997. године, и од тада се састоји из три дела: основни модул, периодични модул и актуелни модул. Основни модул неће бити мењан током времена и садржи три компоненте: упитник за породицу, упитник за одрасле и упитник за децу. Упитником за породицу прикупљају се подаци о саставу домаћинства и социјално-демографским карактеристикама, основним индикаторима здравственог стања и коришћења службе здравствене заштите. Из сваке породице случајно се бира једна одрасла особа и једно дете и информације о њима се прикупљају помоћу Упитника за одрасле и Упитника за децу. Обзиром да постоје разлике између здравствених проблема код деце и код одраслих, ова два упитника се разликују у неколико тема, али оба прикупљају основне податке о здравственом стању, служби здравствене заштите и понашању везаном за здравље (5).

У Енглеској се спроводи Испитивање здравља за Енглеску од 1991. године. Испитивање се понавља сваке године. Оно је комбинација интервјуа помоћу упитника са физичким оценама и анализом узорка крви. Састоји се из два дела: крвни притисак, тежина и висина, пушење, употреба алкохола, демографски и социјално-економски индикатори, психо-социјални инди-

катори и опште здравље се испитују сваке године, а питања о посебним здравственим темама се мењају сваке године, и могу се односити на појединачне теме, опште теме или поједине популационе групе. Тако су се 1993., 1994., 1998. и 2003. године посебна питања односила на кардио-васкуларне болести, 1995. године на астму, повреду и неспособности, 1996. године на астму, повреду и специјалне мере општег здравља, 1997. и 2002. године на децу и младе људе, 1999. и 2004. године на етничке мањине, 2000. године на старе и социјално депривирани а 2001. године на респираторне болести, атопијска стања, неспособности и нефаталне незгоде.

За стварање узорка коришћена је Књига поштанских бројева (у којој се не налази свега мање од 1% адреса). У периоду од 1994. до 1995. године испитивањем су били обухваћени старији од 16 година, а 1995. године обухваћен је и узраст од 2. до 15. године, да би од 2001. године било обухваћено читаво становништво. Старији од 13. година дају сами информације, док за млађе информације дају родитељи. Користи се упитник који се састоји од пет делова: део за мајке деце испод једне године, за узрасте 8-12 година, 13-15 година, 16-18 година и 18 и више година (24).

Прво испитивање здравља у Канади је обављено 1950. године под називом Канадско испитивање болести (19). У данашњем периоду спроводи се неколико облика испитивања, и то: Национално испитивање здравља популације, Канадско испитивање здравља заједнице, Канадско испитивање показатеља здравља и Испитивање приступа здравственој служби.

Национално испитивање здравља популације спроводи се од 1994. године и то сваке друге године. Обезбеђује податке који одговарају и студијама пресека и лонгитудиналним студијама. У свим испитивањима коришћени су упитници са следећим темама: Подаци о здравственом стању (самоопажено здравље, функционална способност, хронична стања, ограничења активности), коришћење здравствене службе, фактори ризика и демографски и социјално-економски подаци. Поред овога користили су се и упитници са посебним темама. Тако су се 1996 и 1997. године сакупљали подаци о приступу здравственој служби.

Канадско испитивање здравља заједнице се спроводи од 2000. године и то сваке друге године као студија пресека. Обезбеђује податке о здравственом стању, детерминантама здравља и коришћењу здравствене заштите, али се подаци скупљају на нивоу заједнице и то за десет регија и три територије. Испитују се особе старије од 12 година. Испитивање приступа здравственој служби је додатак претходном истраживању, са циљем да се добију информације о искуствима испитаника са коришћењем здравствене службе. Две главне теме су приступ основној здравственој заштити и време чекања за специјалистичку службу у инцидентним стањима (27).

Испитивања здравља путем интервјуа обављају се и у свим земљама Европске уније. Схватајући значај информација које се добијају овим испитивањима, јавила се потреба да буду доступније на што практичнији начин. Још 1997. године Европски Парламент и Са-

вет Европске Уније усвојили су програм „Акција за праћење здравља заједнице“, са три основна циља:

1. Да установи систем за праћење здравља и здравствених детерминанти у заједници,
2. Да олакша планирање, праћење и процену програма и акција заједнице, и
3. Да обезбеди земљама чланицама одговарајуће информације о здрављу за подршку њиховим националним здравственим политикама (27).

У оквиру овог пројекта развијен је и пројекат: „Испитивања здравља у ЕУ: процена и модели“. Циљ овог пројекта је да подржи праћење здравља развојем компјутерског прегледа метода и садржаја постојећих и планираних Испитивања здравља путем интервјуа и Испитивања здравља испитивањем, као и њихових комбинација у земљама чланицама ЕУ и у неколико земаља чланица Европске асоцијације за слободну трговину (ЕФТА) и Европске економске области (ЕЕА). Да би се остварили ови циљеви створена је база података који су добијени помоћу ових испитивања. Ова база података обухвата информације из осам Испитивања здравља испитивањем, тридесетседам Испитивања здравља путем интервјуа и два међународна испитивања 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 (27).

Анализом свих ових испитивања 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 испитивања. Питања о факторима животног стила су, такође, често укључена. Скоро свако испитивање је садржало питање о пушењу (28).

У оквиру пројекта праћено је и спровођење испитивања здравља у земљама ЕУ, као и у Швајцарској и Норвешкој, и показало се да се испитивања спроводе регуларно у већини земаља. Периодична испитивања забележена су у шеснаест од осамнаест испитиваних земаља. Нарочито у Финској, Француској и Великој Британији многа испитивања су била изведена регуларно. У већини земаља забележена су једно или два испитивања, као у Аустрији, Белгији, Данској, Немачкој, Исланду, Ирској, Италији, Норвешкој, Португалији, Шпанији, Шведској, Швајцарској и Холандији. Само Грчка и Луксембург нису имале извештај о испитивањима (17).

У земљама Европске уније ће се од 2007. године изводити Европско основно испитивање здравља, као део Европског система испитивања здравља, под управом Европске комисије. Испитивање може имати

различите форме у различитим земљама, али у свим земљама чланицама заједнички елементи ће бити: годишњи Мини европски модул здравља, који ће обезбеђивати годишње податке о појединим индикаторима, као што је здраве године живота; Европски модул о здравственом стању; Европски модул о детерминантама здравља и Европски модул о здравственој заштити. Циљ овог заједничког испитивања је да се повећа упоредивост података о здрављу становништва, како би се упоређивањем здравственог стања становништва различитих земаља добиле значајне информације за креаторе здравствене политике (29).

И Светска здравствена организација (СЗО) је покренула програм Светско испитивање здравља, као би се сакупили свеобухватне информације о: здрављу становништва и исходима који су повезани са инвестирањем у здравствене системе; начину на који тренутно функционишу здравствени системи; могућностима да се прате функционисање и исходи у здравственим системима. Основни циљеви су:

- стварање средства за обезбеђивање јефтиних, валидних, поузданих и упоредивих информација,
- стварање евиденционе базе за праћење да ли здравствени системи достигну жељене циљеве,
- обезбеђивање одговарајућих информација за креаторе здравствених политика како би прилагодили своју политику, стратегије и програме.

Програм испитивања је развијан у појединачним земљама кроз консултације са креаторима политике и у сарадњи са људима који су учествовали у редовним испитивањима здравља. Први круг испитивања спроведен је 2002. године. Тренутно учествује седамдесет и једна земља чланица.

СЗО је понудила је понудила пет модула, од којих земље могу изабрати неке од понуђених или применити све, или могу додати још неки. Понуђени модули су:

- здравствено стање становништва: процена здравља у различитим доменима,
- фактори ризика, на пр. пушење, конзумирање алкохола, загађење, и њихова повезаност са здравственим стањем,
- дужности здравственог система, да ли здравствени систем испуњава оправдана очекивања становништва,
- обухват, приступ и коришћење кључних здравствених служби,
- трошкови у здравственој заштити (30).

Наша искуства

Први извештај о здравственом стању становништва у нашој земљи сачињен је 1963. године у тадашњем Савезном секретаријату за здравље и социјалну заштиту. У извештају је приказано здравствено стање становништва на основу индикатора које је тада препоручивала Светска здравствена организација, утврђени су најважнији здравствени проблеми који си произашли из анализе и предложене су мере за њихово решавање по приоритету. Ово је био почетак процеса који је довео

до суштинске реформе у здравственој заштити. У то време постојала је законска обавеза да се на свим нивоима, од савезног до општинског, врше анализе здравственог стања и на основу њих предлажу програми здравствене заштите (16).

Институт за заштиту здравља Србије "Милан Јовановић Батут" урадио је анализу здравственог стања становништва Србије за период од 1986. до 1996. године, која је послужила за предлог "Циљева и мера здравствене политике до 2010. године", као основа за реформу здравственог система. Ова анализа рађена је на основу расположивих здравственостатистичких података, а у мањој мери и на основу одређених студија и истраживања (31). Међутим, постојећа база података није довољна за програмирање мера комплексне здравствене заштите. Да би програмирање било комплексно, требало би много више да знамо о факторима ризика који угрожавају здравље, о начину живота, навикама, исхрани становништва и другим факторима, који су непосредно повезани са преовлађујућим здравственим проблемима (32). Стога је Институт за заштиту здравља Србије покренуо нов пројекат: "Здравље и здравствене потребе становништва Србије", како би били прикупљени допунски показатељи и на тај начин добила основа за ревизију и, у случају потребе, за корекцију здравствене политике.

Испитивање је извршено 2000. године. Први циљ испитивања је да се, на основу репрезентативног узорка становништва, добије оцена здравственог стања, утврде водећи здравствени проблеми, здравствене потребе и степен коришћења здравствене заштите, као и да се утврди задовољство корисника здравственим услугама. Други циљ је да се добију реалан увид о разликама у погледу здравственог стања, изложености факторима ризика, коришћењу здравствене заштите у односу на демографске карактеристике становништва, социјално-економски статус и географско подручје у коме живе. У испитивању су испитиване следеће варијабле: карактеристике породице и домаћинства, демографске и социјално-економске карактеристике испитаника, сопствена процена здравља, карактеристике менталног здравља, могућност обављања активности свакодневног живота, карактеристике навика у понашању, обољења, повреде и тровања, коришћење здравствене службе и задовољство корисника и објективно стање. Поред ових, вршена су и нека објективна мерења, и то: крвног притиска, телесне висине, телесне масе, и лабораторијско одређивање концентрације липида у плазми и гликемије.

Испитивање је урађено као студија пресека на репрезентативном узорку становништва Србије као целине и становништва великих подручја, осим подручја Косова и Метохије. Основни скуп представља целокупно становништво Србије. У оквиру основног скупа посебно су се посматрали следећи контингенти становништва: деца узраста до 6 година, деца и омладина од 7 до 19 година, одрасли старији од 19 година, избеглице са територија бивших република СФРЈ и интерно расељено становништво са територије Косова и Метохије. Поред ова четири основна контингента, предмет посма-

трања су били и жене у фертилном периоду, радно способно становништво и запослени људи (16).

ЛИТЕРАТУРА

1. PAHO. Health Indicators: Building Blocks for Health Situation Analysis. Washington Epidemiological Bulletin PAHO, 2001; 22(4):1-5
2. Etches V., Frank J., Di Ruggiero, Manuel D. Measuring Population Health: A Review of Indicators. Annual Review of Public Health 2006; 27: 29-55
3. Simić S. Procena zdravstvenog stanja stanovništva. U: Cucić V. ur. Socijalna medicina, Beograd: Savremena administracija, 2000; str.:76-96
4. Kendall O., Lipskie T., MacEachern S. Canadian Health Surveys, 1950-1997. Ottawa: Health Public Agency of Canada (cited 2002, October 10); Available from URL: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-2/b_e.html
5. Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey - Description. Hyattsville: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics (cited 2005, February 05); Available from URL: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhis/hisdesc.htm>
6. WHO. Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument WHOQOL. Geneva: WHO; 1998; p.3
7. Murray CJL, Salomon J., Mathers CD, Lopez A., Lozano R. Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO (2002). Available from URL: www.who.int/evidence
8. Murray, Christopher J, Lopez A. L. The global burden of disease in 1990 : summary results, sensitivity analysis and future directions. Geneva: Bulletin of the World Health Organisation 1994; 72(3):495-509. Available from URL: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1994/Vol72-No3/bulletin_1994_72\(3\)_495509.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1994/Vol72-No3/bulletin_1994_72(3)_495509.pdf)
9. Testa MA, Simonson DC: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. The New England Journal of Medicine, 1996; 334:835-840
10. Prieto L, Sacristan JA. Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). Health and Quality of Life Outcomes, 2003; 1:80
11. Wilson IB, Cleary PD: Linking Clinical Variables With Health-Related Quality Of Life. A conceptual Model of Patient Outcomes. JAMA, 1995; 273:59-65
12. OECD. Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-oriented Policymaking. Labour Market and Social Policy Occasional Papers N° 36. Paris: OECD, 1999.
13. Breslow L. Health Measurement in the Third Era of Health. American Journal of Public Health, 2006;96:1719
14. Nosikov A., Gudex C. Overview of the EUROHIS project, in: Nosikov A., Gudex C., ed. Eurohis: Developing Common Instruments for Health Surveys, Chapter 2., IOS Press, Biomedical and health research, 2003; 57: p.13-20
15. WHO. Managerial Process for National Health Development. Health for All Series, No 5. Geneva: WHO, 1981; p. 53
16. IZZS "Milan Jovanović-Batut". Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije, Protokol. Beograd: IZZS "Milan Jovanović-Batut", 2003
17. Aromaa A., Koponen P., Tafforeau J., Vermeire C. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. European Journal of Public Health 2003; 13 (3):67-72
18. Montserrat A., Sicard F. Building a European Health Survey System: Improving information on self-perceived morbidity and chronic conditions. Luxembourg: Working Party Morbidity and Mortality, 2004. Available from URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implementation/wp/morbidity/docs/ev_2040120_vd_04_en.pdf
19. Murray CJL, Salomon JA, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. In: Murray CJL (ed.). Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO, 2002. Available from URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545518_Chapt.2.pdf
20. Murray CJL, Frenk J. Summary Measures of Population Health in the Context of the WHO Framework for Health System Performance Assessment. In: Murray CJL (ed.). Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO, 2002. Available from URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545518_Chap1.1.pdf
21. Murray CJL, Mathers CD, Salomon JA, Lopez AD. Health gaps: an overview and critical appraisal. In: Murray CJL (ed.). Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO, 2002. Available from URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545518_Chap5.1.pdf
22. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: conclusions and recommendations. In: Murray CJL (ed.). Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO, 2002. Available from URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545518_Chap15.1.pdf
23. Radovanović Z. (urednik). Epidemiološki rečnik. Beograd: Medicinski fakultet, 2001; str.: 61
24. 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>
25. Demarest S. Health Interview Survey. Archives of Public Health, 2001; 5/6, 219-221
26. Sadana R., Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg K. Comparative Analyses of More Than 50 Household Surveys on Health Status. GPE Discussion Paper Series: No.15. Geneva: WHO, 2005
27. Desmeules M. Overview of National Population Health and Canadian Community Health Surveys. BMC Women's Health, 2004; 4 (1):p.1-35
28. 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/phprojects/2000/monitoring/fpmonitoring20004_en.pdf
29. European Commission. The components of the European Health Survey System. Bruxelles: European Commission, DG Health and Consumer Protection, 2006. Available from URL: http://ec.europa.eu/health/index_en.html
30. WHO. World Health Survey. Geneva: WHO, 2006. Available from URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/eu/index.html>
31. Đokić D., Mićović P. (urednici). Zdravstveno stanje stanovništva Srbije od 1986. do 1996. godine. Beograd: IZZS; 1997
32. WHO. Health for All Targets. The Health Policy for Europe. European Health for All Series No 4. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1993