

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα κράτη, για να καθορίσουν την πολιτική τους, να προβούν στην θέσπιση θεσμών, να σχεδιάσουν και να οργανώσουν φορείς, δομές, υπηρεσίες και μηχανισμούς, έχουν ανάγκη την πληροφορία.

Αν και οι περισσότερες χώρες έχουν εδώ και αρκετά χρόνια αντιληφθεί την σημασία ερευνών για την υγεία αλλά και την αξία των συμπερασμάτων που προκύπτουν από αυτές σε θέματα όπως η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, η ψυχική υγεία ή οι δαπάνες υγείας, δεν έχουν επιχειρήσει εκτενώς την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, θεωρώντας αφενός ότι οι κύριοι στόχοι των Συστημάτων Υγείας είναι η βελτίωση υγείας του πληθυσμού, η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας και η δίκαιη κατανομή των πόρων και αφετέρου ότι η μέτρηση της «Ανταποκρισιμότητας των Συστημάτων Υγείας» αποτελεί ένα μέσο περιγραφής των αδυναμιών ή των ελλείψεων του Συστήματος Υγείας αλλά και των προσδοκιών του πολίτη από αυτό, οργάνωσε σε 61 χώρες (71 έρευνες) την έρευνα για την «Υγεία και την Ανταποκρισιμότητα των Συστημάτων Υγείας» με σκοπό την μέτρηση τόσο του Επιπέδου Υγείας όσο και της Ανταποκρισιμότητας του Συστήματος Υγείας.

Ένας επιπλέον στόχος της έρευνας που οργάνωσε και σχεδίασε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ήταν η συλλογή δεδομένων που θα επέτρεπαν την σύγκριση μεταξύ των χωρών που τελικά υλοποίησαν την έρευνα αλλά και η σύγκριση μεταξύ διαφορετικών ειδών ερευνών αφού στις 28 από τις 71 έρευνες, η έρευνα ήταν ταχυδρομική, στις 14, μακράς διάρκειας συνέντευξη, στις 27, σύντομης διάρκειας συνέντευξη και στις υπόλοιπες 2, τηλεφωνική.

Στην Ελλάδα η έρευνα ήταν ταχυδρομική, πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και χρηματοδοτήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό

Υγείας και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η ανάλυση δε των δεδομένων, είναι πρωτογενής και πραγματοποιήθηκε από τον υπογράφοντα.

6.1. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα είναι δύο ανώνυμα ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Το πρώτο αφορά στην υγεία και το δεύτερο αφορά στην ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας. Ο σχεδιασμός των δύο ερωτηματολογίων ως προς τη μορφή και τη δομή καθώς και ο έλεγχος της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους διενεργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Sadana et al., 2000, Ustun et al., 2001). Η δομή των ερωτηματολογίων παρατίθενται στον Πίνακα 6.1 και λεπτομερώς στα Παραρτήματα 1 και 2.

Βασικό χαρακτηριστικό των ερωτηματολογίων αυτών είναι ότι ζητείται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να αξιολογήσουν συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας και αντιμετώπισης των ασθενών από το σύστημα υγείας υπό τη μορφή διαφορετικών εικονικών υποθέσεων. Για κάθε ερωτηματολόγιο υπάρχουν τέσσερις παραλλαγές των εικονικών υποθέσεων. Οι εικονικές υποθέσεις χρησιμοποιούνται από τον ΠΟΥ για τον υπολογισμό του στατιστικού βάρους ώστε να είναι δυνατή η διεθνής σύγκριση των αποτελεσμάτων (Salomon et al., 2001). Σύμφωνα με τη σύσταση του ΠΟΥ, έγινε μετάφραση των ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα και επαναμετάφραση στην αγγλική γλώσσα, με σκοπό τον έλεγχο της ποιότητας της μετάφρασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Κοινό Μέρος	Ερωτηματολόγιο Υγείας	Ερωτηματολόγιο Ανταποκρισιμότητας
	Δημογραφικά στοιχεία Αυτοαξιολόγηση του Επίπεδου Υγείας Επισκέψεις και χρησιμοποίηση σε υγειονομικές μονάδες Κατάσταση ασφαλιστικής κάλυψης	
Ειδικό Μέρος	Επιμέρους στοιχεία του επιπέδου υγείας	Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και ανταποκρισιμότητα
	Σχετική σημασία των στόχων του συστήματος υγείας	Νοσοκομειακή περίθαλψη και ανταποκρισιμότητα
	Σχετική σημασία των στόχων του συστήματος υγείας όσον αφορά (α) στην υγεία και (β) στην ανταποκρισιμότητα	Αξιολόγηση των ενοτήτων της ανταποκρισιμότητας
	Εικονικές Υποθέσεις	

6.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το ζητούμενο μέγεθος του δείγματος ήταν 5.000 άτομα, δηλαδή 2.500 συμμετέχοντες για κάθε ερωτηματολόγιο. Το μέγεθος του δείγματος αποφασίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ήταν κοινό για τις περισσότερες χώρες προκειμένου να εξασφαλιστεί η συγκρισιμότητα των δεδομένων. Με τη χρησιμοποίηση των τηλεφωνικών καταλόγων του ΟΤΕ, επιλέχθηκε ένα δείγμα με τη μέθοδο της συστηματικής δειγματοληψίας με τυχαίο σημείο εκκίνησης και σταθερό διάστημα. (random start, fixed interval). Το δείγμα είναι στρωματοποιημένο ανά νομό. Σημειώνεται ότι αντικαταστάθηκαν με το επόμενο έγκυρο όνομα 226 επιλογές οι οποίες είναι μη επιλέξιμες (διευθύνσεις καταστημάτων, επιχειρήσεων κλπ.). Η βάση για τη

στρωματοποίηση ήταν η απογραφή του 1991 όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.2. Ο πληθυσμός του δείγματος ταξινομήθηκε σύμφωνα με τον ταχυδρομικό κώδικα και κατανεμήθηκε σε 8 ομάδες, μία για κάθε εικονική υπόθεση (δηλαδή 2 ερωτηματολόγια επί 4 τύπους εικονικών υποθέσεων).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2 ΣΤΡΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑ ΝΟΜΟ

Περιφέρεια	Νομός	Πληθυσμός	Δείγμα
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	Δράμας	96.554	47
	Καβάλας	135.937	66
	Ροδόπης	103.190	50
	Ξάνθης	91.063	45
	Έβρου	143.752	70
	Σύνολο	570.496	287
Κεντρικής Μακεδονίας	Θεσσαλονίκης	946.864	461
	Πιερίας	116.763	57
	Πέλλας	138.761	68
	Ημαθίας	139.934	68
	Κιλκίς	81.710	40
	Χαλκιδικής	93.653	46
	Σερρών	192.828	94
	Σύνολο	1.710.513	834
Δυτικής Μακεδονίας	Κοζάνης	150.386	73
	Καστοριάς	52.685	26
	Φλώρινας	53.147	26
	Γρεβενών	36.797	18
	Σύνολο	293.015	143
Ηπείρου	Αρτας	78.719	38
	Ιωαννίνων	158.193	77
	Θεσπρωτίας	44.188	22
	Πρέβεζας	58.628	29
	Σύνολο	339.728	166
Θεσσαλίας	Μαγνησίας	198.434	96
	Λάρισας	270.612	132
	Καρδίτσας	126.854	62
	Τρικάλων	138.946	68
	Σύνολο	734.846	358
Ιονίων Νήσων	Κεφαλληνίας	32.474	16
	Ζακύνθου	32.557	16
	Λευκάδας	21.111	10
	Κέρκυρας	107.592	52
	Σύνολο	193.734	94
Δυτικής Ελλάδας	Αιτωλοακαρνανίας	228.180	111
	Αχαΐας	300.078	146
	Ηλείας	179.429	88
	Σύνολο	707.687	345

Περιφέρεια	Νομός	Πληθυσμός	Δείγμα
Στερεάς Ελλάδας	Βοιωτίας	134.108	65
	Ευβοίας	208.408	102
	Φθιώτιδας	171.274	83
	Φωκίδας	44.183	22
	Ευρυτανίας	24.307	12
	Σύνολο	582.280	284
Πελοποννήσου	Κορινθίας	141.823	69
	Αργολίδας	97.636	48
	Αρκαδίας	105.309	51
	Μεσσηνίας	166.964	81
	Λακωνίας	95.696	47
	Σύνολο	607.428	296
Βορείου Αιγαίου	Λέσβου	105.082	51
	Χίου	52.184	25
	Σάμου	41.965	21
	Σύνολο	199.231	97
Νοτίου Αιγαίου	Κυκλάδων	94.005	46
	Δωδεκανήσων	163.476	79
	Σύνολο	257.481	125
Κρήτης	Χανίων	133.774	66
	Ρεθύμνου	70.095	33
	Ηρακλείου	264.906	129
	Λασιθίου	71.279	35
	Σύνολο	540.054	263
Αττικής	Αττικής	3.523.407	1717
Σύνολο Χώρας		10.259.900	5.009

6.3. ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

Τον Δεκέμβριο του 2000 στάλθηκε από τον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας σε όλα τα μέλη του δείγματος μία ενημερωτική ευχετήρια κάρτα, η οποία παράλληλα τους πληροφορούσε για την επερχόμενη έρευνα και τους στόχους της και εξηγούσε το πόσο σημαντική θα ήταν η ανταπόκρισή τους. Στις αρχές Ιανουαρίου του 2001, έγινε η πρώτη αποστολή των ερωτηματολογίων, τα οποία συνοδεύονταν από μία επιστολή και έναν απαντητικό φάκελο. Η επιστολή είχε επίσης μεταφραστεί και επαναμεταφραστεί όπως το ερωτηματολόγιο. Εκτός από πληροφορίες για την έρευνα, εμπεριείχε και τηλέφωνα επικοινωνίας σε περίπτωση ύπαρξης διευκρινήσεων. Στα μέσα Ιανουαρίου, έγινε η αποστολή μίας κάρτας υπενθύμισης. Παράλληλα με την αποστολή αυτή ένα ειδικά εκπαιδευμένο επιτελείο ανέλαβε την τηλεφωνική επικοινωνία με όλα τα μέλη του δείγματος από τους οποίους δεν είχε επιστραφεί

το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο. Στις αρχές Φεβρουαρίου, έγινε η δεύτερη αποστολή του ερωτηματολογίου σε όσους δεν είχαν απαντήσει, πάλι συνοδευόμενο από επιστολή η οποία τόνιζε τη σημασία της κάθε απάντησης, έστω και ελλιπούς. Το τελευταίο ερωτηματολόγιο ελήφθη στο τέλος Μαΐου του 2001. Η συνολική διάρκεια διακίνησης των ερωτηματολογίων και λήψης των απαντήσεων ήταν 5 μήνες.

6.4 ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ταυτόχρονα με την παραλαβή των ερωτηματολογίων, ξεκίνησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων και η εισαγωγή των στοιχείων στο ειδικό πρόγραμμα καταχώρισης δεδομένων το οποίο είχε διαμορφωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, η καταχώριση των δεδομένων έπρεπε να γίνει δύο φορές έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ορθότητα των εισαγόμενων στοιχείων και να αποκλειστεί η περίπτωση λάθους καταχώρισης. Στην περίπτωση όπου η δεύτερη καταχώριση ενός ερωτηματολογίου διέφερε από την πρώτη καταχώριση του ίδιου ερωτηματολογίου, το πρόγραμμα ειδοποιούσε τον ερευνητή επιτρέποντας την διεξαγωγή επανέλεγχου.

6.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το αρχικό δείγμα-στόχος ήταν 5.000 άτομα, εκ των οποίων ανταποκρίθηκαν στην έρευνα 1.819 άτομα, δηλαδή το 36,4% των απεσταλέντων ερωτηματολογίων ή το 41,1% των έγκυρων, δεδομένου ότι από το ταχυδρομείο επιστράφηκαν 573 ερωτηματολόγια (11,5% των απεσταλέντων), εκ των οποίων τα 292 αφορούσαν στην ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας και τα 281 στην υγεία. Από τις 1.819 απαντήσεις, οι 882 αφορούσαν στο ερωτηματολόγιο για την υγεία και οι 937 στο ερωτηματολόγιο για την ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας. Τα στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 6.3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	Ερωτηματολόγιο Υγείας	Ερωτηματολόγιο Ανταποκρισιμότητας	Σύνολο
Απεσταλμένα	2.500	2.500	5.000
Άκυρα			
Παραλήπτης Άγνωστος	174	174	348
Παραλήπτης Μετακόμισε	52	49	101
Δεν υπάρχει σπίτι	1	2	3
Παραλήπτης απεβίωσε	31	43	74
Συνωνυμία	23	24	47
Σύνολο άκυρων	281	292	573
Έγκυρα	2219	2208	4427
Απαντήσεις	882	937	1819
Απαντητικότητα ως % των απεσταλμένων	35,3%	37,5%	36,4%
Απαντητικότητα ως % των έγκυρων	39,7%	42,4%	41,1%

Ο βαθμός ανταπόκρισης του δείγματος ανά Περιφέρεια καταγράφεται στον Πίνακα 6.4. Από τα δεδομένα του πίνακα φαίνεται ότι το ποσοστό ανταποκρισιμότητας είναι υψηλό στην Κρήτη, τη Θεσσαλία και την Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, ενώ βρίσκεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα στα Ιόνια Νησιά, τη Δυτική Ελλάδα, τη Δυτική Μακεδονία και τη Στερεά Ελλάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4 ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

	Δείγμα	Άκυρα*	Έγκυρα	Απαντήσεις	% των έγκυρων
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	278	23 (8,3%)	255	119	46,7%
Αττικής	1717	229 (13,3%)	1488	603	40,5%
Βόρειου Αιγαίου	97	10 (10,3%)	89	36	40,4%
Δυτικής Ελλάδας	345	42 (12,2%)	303	109	36,0%
Δυτικής Μακεδονίας	143	7 (4,9%)	136	46	33,8%
Ηπείρου	166	6 (3,6%)	160	60	37,5%
Θεσσαλίας	358	24 (6,7%)	334	151	45,2%
Ιονίων Νήσων	94	11 (11,7%)	83	26	31,3%
Κεντρικής Μακεδονίας	834	63 (7,6%)	771	302	39,2%
Κρήτης	263	41 (15,6%)	222	125	56,3%
Νότιου Αιγαίου	125	18 (14,4%)	107	46	43,0%
Πελοποννήσου	296	48 (16,2%)	248	104	41,9%
Στερεάς Ελλάδας	284	51 (18,0%)	233	92	39,5%
Σύνολο	5000	573 (11,5%)	4427	1819	41,1%

Αναλυτικά στοιχεία του ανταποκρινόμενου δείγματος όσον αφορά στο φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού και την ασφαλιστική κάλυψη παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.5. Παρατηρείται ότι το 59% του δείγματος ήταν άνδρες, το 39% ήταν γυναίκες ενώ 2% δεν απάντησε. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος καταλαμβάνει η ηλικία 31-45 έτη (34%) και ακολουθούν οι ηλικίες των 46-60 ετών (28%) και 61-75 ετών (22%). Ως προς την εκπαίδευση, το 39% είναι ανώτερης εκπαίδευσης, το 34% μέσης και το 23% κατώτερης εκπαίδευσης. Το 26% του δείγματος έχει μηνιαίο εισόδημα 300.001-500.000 δρχ., το 24% 150.001-300.000 δρχ. και το 19% 500.001-800.000. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 9% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει το εισόδημα ή δεν απάντησε. Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι έχει ασφαλιστική κάλυψη για εξωνοσοκομειακή (80%) και νοσοκομειακή (89%) περίθαλψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ							Δεν απάντησαν
Φύλο	Άνδρες 1078 (59%)			Γυναίκες 701 (39%)			40 (2%)
Ηλικία	17 - 30	31 - 45	46 - 60	61 - 75	Άνω των 76 ετών		43 (2%)
	175 (10%)	613 (34%)	514 (28%)	399 (22%)	75 (4%)		
Εκπαίδευση	Κατώτερη (<6 έτη)		Μέση (7 - 12 έτη)		Ανώτερη (>13 έτη)		66 (4%)
	414 (23%)		623 (34%)		716 (39%)		
Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού (δρχ.)	Μέχρι 150.000	150.001 - 300.000	300.001 - 500.000	500.001 - 800.000	Άνω των 800.001	Δεν γνωρίζω	97 (5%)
	248 (13%)	461 (24%)	495 (26%)	352 (19%)	163 (9%)	85 (4%)	
Ασφαλιστική κάλυψη για ιατρο-φαρμακευτική περίθαλψη	Ναι 1460 (80%)		Όχι 258 (14%)		Δεν γνωρίζω 34 (2%)		67 (4%)
	85%		15%				
Ασφαλιστική κάλυψη για νοσοκομειακή περίθαλψη	Ναι 1627 (89%)		Όχι 110 (6%)		Δεν γνωρίζω 17 (1%)		65 (4%)
	93,7%		6,3%				

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να ερμηνευθεί το παράδοξο γεγονός ότι ενώ σύμφωνα με τους Κοινωνικούς Προϋπολογισμούς, ο αριθμός των ασφαλισμένων για υγεία υπερκαλύπτει τον πληθυσμό της χώρας, στην παρούσα έρευνα φαίνεται σημαντικό ποσοστό του δείγματος να μην έχει ασφαλιστική κάλυψη. Για παράδειγμα, στον Κοινωνικό Προϋπολογισμό του 2001 οι άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένοι στον κλάδο ασθένειας ανέρχονται σε 10.363.859 άτομα, χωρίς να περιλαμβάνονται σε αυτά όσα άτομα υπάγονται για ασφάλιση στο Δημόσιο, ενώ ο πληθυσμός της χώρας σύμφωνα με την απογραφή του 1991 ανέρχεται σε 10.259.900 άτομα (ο υπολογιζόμενος πληθυσμός από την ΕΣΥΕ για το 1998 ανέρχεται σε 10.516.366 άτομα). Η παραπάνω διαπίστωση θέτει το πρόβλημα της ορθής καταγραφής των δεδομένων, της ενημέρωσης των αρχείων των ασφαλισμένων και της ύπαρξης πολλαπλής ασφαλιστικής κάλυψης.

Μια δεύτερη επισήμανση αφορά στην ύπαρξη σημαντικού ποσοστού ανασφάλιστων μεταξύ των μελών του δείγματος. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 14% για την εξωνοσοκομειακή και 6% για τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αν αναγάγουμε τους ανασφάλιστους στο δείγμα το οποίο έχει γνώση της ασφαλιστικής του κάλυψης (αφαιρώντας όσους δεν απάντησαν και όσους δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν την ασφαλιστική τους κάλυψη), τότε τα παραπάνω ποσοστά εμφανίζονται λίγο πιο υψηλά (15% και 6,3% αντίστοιχα), ενώ υψηλότερα εμφανίζονται και τα ποσοστά των εχόντων ασφαλιστική κάλυψη (85% και 93,7% αντίστοιχα). Η μη πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού για υγεία θέτει το ζήτημα της πρόσβασης του πληθυσμού στις υγειονομικές υπηρεσίες και της ύπαρξης φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού ομάδων οι οποίες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην αγορά εργασίας. Πρόκειται για οικονομικούς μετανάστες χωρίς κάρτα εργασίας, άνεργους και εργαζόμενους σε άτυπες μη καταγεγραμμένες μορφές απασχόλησης. Ενδεχομένως, ένα τμήμα του δείγματος το οποίο δήλωσε ανασφάλιστο να έχει τυπική κάλυψη, ωστόσο η πραγματική προσλαμβανόμενη από το ίδιο κοινωνική προστασία να είναι ανεπαρκής και με αυτό τον τρόπο να εκφράζει τη δυσαρέσκειά του.

6.6. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΑΡΧΙΚΟ

Δεδομένου ότι οι μονάδες του αρχικού δείγματος των 5000 ατόμων, επιλέχθηκαν τυχαία από τους τηλεφωνικούς καταλόγους του ΟΤΕ, το μόνο στοιχείο που διαθέτουμε για όσους τελικά δεν επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια είναι το φύλο.

Στο τυχαίο δείγμα των 5000 ατόμων (4957, αφού 43 άτομα δεν ήταν δυνατό να διευκρινιστεί αν είναι άντρες ή γυναίκες), το ποσοστό αντρών (γυναικών) είναι 62,6% (37,4%) ενώ στο ανταποκρινόμενο δείγμα των 1819 ατόμων (1779, αφού 40 άτομα δεν απάντησαν την ερώτηση που αφορούσε στο φύλο τους), το ποσοστό των αντρών (γυναικών) είναι 60,6% (39,4%).

Οι έλεγχοι της ισότητας των ποσοστών στα δύο δείγματα έδωσε $p=0,137$, που σημαίνει ότι η διαφορά των ποσοστών των αντρών στα δύο δείγματα (γυναικών) μπορεί να θεωρηθεί ίση με μηδέν. Επομένως το δείγμα των 1819 ατόμων μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο.

6.7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα υπόκειται στους μεθοδολογικούς περιορισμούς οι οποίοι έχουν επισημανθεί για τις έρευνες που βασίζονται στην ταχυδρομική αποστολή ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώνονται από τους παραλήπτες. Οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με ζητήματα όπως (Bowling, 1997):

(α) Η πλήρης κατανόηση από τους παραλήπτες των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Η απουσία συνεντευκτή αν και αποτρέπει την πιθανότητα εκδήλωσης προδιάθεσης και προκατάληψης και εξασφαλίζει την ανωνυμία, αποτελεί μειονέκτημα στην περίπτωση όπου τα υπό εξέταση θέματα του ερωτηματολογίου απαιτούν διευκρινιστικές επισημάνσεις. Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να περιοριστούν τα προβλήματα αυτά με επιστολή η οποία συνόδευε τα ερωτηματολόγια καθώς και με την διευκρίνιση ότι ήταν δυνατή η επικοινωνία

των παραληπτών με την ερευνητική ομάδα για την παροχή επεξηγήσεων. Ωστόσο από την επεξεργασία των απαντήσεων φάνηκε ότι κάποιες ερωτήσεις, οι οποίες επισημαίνονται στην ανάλυση των αντίστοιχων κεφαλαίων, δεν έγιναν εντελώς κατανοητές από ορισμένα άτομα του δείγματος.

(β) Η ανεπάρκεια του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ικανότητας χειρισμού της γλώσσας από ομάδες του πληθυσμού όπως οι αναλφάβητοι και οι αλλοδαποί.

Ο περιορισμός αυτός, εκτός από το ζήτημα της κατανόησης των ερωτήσεων, θέτει το πρόβλημα της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον παραλήπτη. Αν και υπήρχαν σαφείς οδηγίες ότι το ερωτηματολόγιο είναι προσωπικό και πρέπει να συμπληρωθεί από αυτόν στον οποίο απευθύνεται πιθανά αυτό σε μερικές περιπτώσεις να μην έγινε.

Πρέπει επιπροσθέτως να επισημανθεί σε σχέση με το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο, ότι η πατριαρχική δομή της ελληνικής οικογένειας πιθανά να είχε ως αποτέλεσμα τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον αρχηγό του νοικοκυριού για όλα τα μέλη.

(γ) Η επιλογή του δείγματος από πηγές όπως οι τηλεφωνικοί κατάλογοι.

Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος το οποίο επιλέχθηκε να συμμετάσχει στην παρούσα έρευνα επηρεάστηκε από την πληρότητα της ενημέρωσης των τηλεφωνικών καταλόγων από τον Οργανισμό Τηλεπικοινωνιών Ελλάδας. Πιθανά τα διαφορετικά ποσοστά ανταπόκρισης τα οποία σημειώθηκαν μεταξύ των περιφερειών της χώρας να οφείλονται σε κάποιο βαθμό στον παραπάνω παράγοντα.

(δ) Ο βαθμός ανταπόκρισης του δείγματος.

Η μέθοδος της ταχυδρομικής αποστολής ερωτηματολογίου εμφανίζει το πρόβλημα του χαμηλότερου βαθμού ανταπόκρισης του δείγματος σε σχέση με τη χρησιμοποίηση συνεντευκτών. Ωστόσο, το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα είναι πανελλήνιας εμβέλειας και οι περιορισμένες δυνατότητες χρηματοδοτικής

κάλυψης του κόστους, οδήγησαν στην επιλογή της ταχυδρομικής αποστολής των ερωτηματολογίων.

(ε) Υποεκτίμηση της υγείας από τους συμμετέχοντες.

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις από διεθνείς έρευνες (Doll et al. 1991) ότι η μέθοδος της ταχυδρομικής αποστολής ερωτηματολογίων υποεκτιμά τα προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα, σε σχέση με την τεχνική των προσωπικών συνεντεύξεων όπου ο κατάλληλα εκπαιδευμένος συνεντευκτής μπορεί να εκμαιεύσει πιο αξιόπιστες πληροφορίες.

Εκτός από τους παραπάνω γενικής υφής περιορισμούς, η συγκεκριμένη έρευνα υπόκειται σε δύο ακόμα περιορισμούς οι οποίοι οφείλονται κυρίως στην χρηματοδοτική και χρονική στενότητα, δεδομένου ότι η έρευνα έπρεπε να διεξαχθεί σύμφωνα με όρους τους οποίους είχε θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ο πρώτος περιορισμός αφορά στην στρωματοποίηση του δείγματος, η οποία έγινε μόνο σε σχέση με την κατανομή του πληθυσμού ανά νομό περιφέρεια και όχι κατά φύλο και ηλικία. Ο δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των ερωτηματολογίων. Τόσο η μορφή όσο και η δομή και το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων ήταν δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και δεν μπορούσαν να ελεγχθούν και να επαναπροσαρμοστούν από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας .