

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ

Φαίνεται πως ήλθε ο καιρός για την αντικατάσταση του «πολύπαθου» εντύπου E111, που ως τώρα χρησιμοποιούσαν οι πολίτες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας στη διάρκεια των διακοπών τους ή κάποιου ταξιδιού. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει οριστικοποιήσει τα σχέδιά της για την εισαγωγή μιας ηλεκτρονικής κάρτας υγείας (τύπου «πιστωτικής» κάρτας), που θα αναγνωρίζεται από υγειονομικές αρχές, φορείς υπηρεσιών και επαγγελματίες υγείας κάθε χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Η κάρτα θα περιέχει στοιχεία χρήσιμα στην αντιμετώπιση τυχόν επείγουσας ιατρικής κατάστασης στη διάρκεια επίσκεψης σε άλλη χώρα και, παράλληλα, θα επιβεβαιώνει το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, ώστε να καλύπτεται από τη χώρα προέλευσης κάθε ατόμου.

Παρά την προφανή ορθότητα του εγχειρήματος εγείρονται αρκετές αμφιβολίες. Για παράδειγμα, στη Μ. Βρετανία συζητείται έντονα αν η κάρτα θα πρέπει να χορηγηθεί σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, ακόμη και σε αυτούς που δεν πρόκειται να ταξιδέψουν, καθώς για αρκετούς φαίνεται ότι αποτελεί το «δούρειο ίππο» για ηλεκτρονική καταγραφή στοιχείων, προάγγελο μιας ευρύτερου περιεχομένου πανευρωπαϊκής επιτήρησης. Επιπλέον, όπως και σε άλλες χώρες της ΕΕ, υπάρχει η άποψη ότι η κάρτα θα προάγει τον ιατρικό τουρισμό ενθαρρύνοντας τα ταξίδια σε χώρες, όπου η ιατρική φροντίδα μπορεί να παρέχεται συντομότερα και με μικρότερο κόστος, συγκριτικά με τη χώρα προέλευσης του ασθενούς. Η Ελληνίδα αρμόδια Επιτροπός αρνείται κατηγορηματικά τέτοιου τύπου διαστάσεις της προσπάθειας και το θέμα θα τεθεί υπόψη της Συνόδου Κορυφής, που θα γίνει το Μάρτιο στην Ισπανία. Αν γίνει αποδεκτό από τους ηγέτες των 15 χωρών μελών, η κάρτα προβλέπεται να κυκλοφορήσει στα επόμενα δύο-τρία χρόνια, καταλαμβάνοντας άλλη μια θέση –τύπου πιστωτικής κάρτας– στα πορτοφόλια των ευρωπαίων πολιτών.

ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το Διεθνές Δίκτυο Κλινικής Επιδημιολογίας (International Clinical Epidemiology Network, INCLEN, www.inclen.org) διοργάνωσε πρόσφατα, στην Αίγυπτο, συνέδριο με θέμα τις ανισότητες στη φροντίδα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι γιατροί από τις αναπτυσσόμενες χώρες θεωρούν ότι τα μεγάλα ιατρικά περιοδικά κρατούν «μεροληπτική» στάση όσον αφορά τη δημοσίευση του ερευνητικού τους έργου και συμβάλλουν, με τον τρόπο αυτό, στην ενίσχυση της ανισότητας στην υγεία στον κόσμο. Είναι ενδεικτικό ότι 95% των συνέδρων αξιολόγησαν τη δυνατότητα δημοσίευσης ως «ιδιαίτερα σημαντική» παράμετρο για τη διάδοση αποτελεσμάτων, που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην εξάλειψη των ανισοτήτων και στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Το 90% των δημοσιεύσεων στα έγκυρα ιατρικά περιοδικά είναι στην πραγματικότητα «χρήσιμο» μόνο για το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού. Η πλειονότητα των γιατρών από αναπτυσσόμενες χώρες θεωρεί ότι το ερευνητικό τους έργο δεν κρίνεται ισότιμα με αυτό που προέρχεται από αναπτυγμένες χώρες, καθώς τα ιατρικά περιοδικά το αντιμετωπίζουν μάλλον ως «παλιομοδίτικο». Πρότειναν πως μια σαφής τοποθέτηση στο θέμα, από τους υπεύθυνους των κυριότερων ιατρικών περιοδικών, θα διευκόλυνε την κατάσταση. Συγκεκριμένα, προτάθηκε πως, εκτός της έκφρασης ενός γενικότερου ενδιαφέροντος για δημοσίευση θεματολογίας που αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες, τα περιοδικά ίσως θα μπορούσαν να δεσμευτούν για κάποιο ποσοστό της ύλης ή των τευχών τους, το οποίο θα καλύπτει μόνιμα παρόμοια θέματα.

Ένα άλλο πρόβλημα, που τονίσθηκε από τους συνέδρους, ήταν η δυσκολία συγγραφής στην αγγλική γλώσσα, η οποία αποτελεί σημαντικό φραγμό δημοσίευσης για αρκετούς ερευνητές. Η εμπειρία μιας απόρριψης εξαιτίας της γλώσσας περιορίζει την πιθανότητα ένας για-

τρός να υποβάλει για δημοσίευση στο μέλλον το έργο του σε παρόμοιου κύρους περιοδικό και αναγκαστικά απευθύνεται σε «ελάσσονα» ιατρικά περιοδικά και κυρίως ομόγλωσσα. Ζητήθηκε η κατανόηση εκ μέρους της σύταξης των περιοδικών και μάλιστα η βοήθειά τους στη γλωσσική επιμέλεια-διόρθωση των κειμένων. Βέβαια, αναγνωρίστηκε πως σε αρκετές περιπτώσεις το ερευνητικό έργο από αναπτυσσόμενες χώρες είναι χαμηλής ποιότητας και γι' αυτό, μεταξύ άλλων, συζητήθηκε η πιθανότητα συνδρομής των ιατρικών περιοδικών με τη μορφή χορήγησης υποτροφιών ή διοργάνωσης φροντιστηρίων συγγραφής μιας επιστημονικής εργασίας αλλά και μεθοδολογίας της έρευνας.

Πάντως, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο από το *British Medical Journal*, η κατάσταση όσον αφορά, τουλάχιστον σε ποσοστά, την αποδοχή εργασιών από αναπτυσσόμενες χώρες δεν είναι τόσο τραγική. Από τις 3517 εργασίες βρετανικής προέλευσης, που υποβλήθηκαν το έτος 2000 στο Περιοδικό, έγιναν αποδεκτές οι 422 (12%), με σχετικά παρόμοια ποσοστά για εργασίες με προέλευση από την Αφρική (11%) και την Ασία (9%). Παράλληλα, όμως, διευκρινίστηκε ότι το έτος 2000 είχαν υποβληθεί συνολικά 51 εργασίες με προέλευση από χώρες της Αφρικής και 227 από ασιατικές χώρες.

ΔΩΡΕΑΝ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Στο συνέδριο που αναφέρθηκε παραπάνω, χαιρετήθηκε η πρωτοβουλία αρκετών ιατρικών περιοδικών για δωρεάν ηλεκτρονική πρόσβαση στα πλήρη κείμενά τους από επαγγελματίες υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών. Ο εκδοτικός όμιλος BMJ, ήδη από έτους σχεδόν, προσφέρει σε 50 χώρες, που έχουν χαρακτηριστεί από την Παγκόσμια Τράπεζα ως ιδιαίτερα φτωχές, δωρεάν ηλεκτρονική πρόσβαση σε 23 περιοδικά του (ο πλήρης κατάλογος είναι διαθέσιμος στη διεύθυνση www.bmjjpg.com/template.cfm?name=specjou). Πρόσφατα, μάλιστα, ανακοίνωσε ότι θα επεκτείνει την προσφορά του σε άλλες 50 αναπτυσσόμενες χώρες, προσθέτοντας ακόμη τη δυνατότητα πρόσβασης στη συλλογή του *Clinical Evidence* (<http://www.evidence.org>). Οι ενδιαφερόμενοι, οι οποίοι θα πρέπει να αγνοήσουν τη διαδικασία εγγραφής, με ειδικό λογισμικό θα αναγνωρίζεται ότι προέρχονται από τις συγκεκριμένες χώρες και αυτόματα θα έχουν πλήρη πρόσβαση στα κείμενα των περιοδικών που τους ενδιαφέρουν.

Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει ξεκινήσει μια ανάλογη πρωτοβουλία, προσφέροντας, σε επίσημα ιδρύματα και επιστημονικά ινστιτούτα των αναπτυσσόμενων χωρών, δωρεάν ή με πολύ χαμηλό κό-

στος, πρόσβαση σε αρκετούς από τους μεγάλους εκδοτικούς οίκους. Την προσπάθεια αυτή στηρίζουν όλο και περισσότεροι εκδοτικοί οργανισμοί και υπολογίζεται ότι οι χώρες αυτές, σε σύντομο χρονικό διάστημα, θα έχουν δωρεάν πρόσβαση σε 1000 τουλάχιστον από τα 1240 κορυφαία ιατρικά περιοδικά (μεταξύ των οποίων το *JAMA* και το *New England Journal of Medicine*).

Ας σημειωθεί ότι ένα μέσο κόστος ετήσιας συνδρομής, για ορισμένα από τα κυριότερα ιατρικά περιοδικά, ανέρχεται στα \$3.000, ποσό που δύσκολα μπορεί να διαθέσει η πλειονότητα των επιστημονικών ιδρυμάτων από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Το ερώτημα, βέβαια, που φυσιολογικά τίθεται, αφορά την αποτελεσματικότητα του εγχειρήματος, καθώς ο απαραίτητος εξοπλισμός (ηλεκτρονικοί υπολογιστές, πρόσβαση στο διαδίκτυο κ.λπ.) έχει επίσης ένα ιδιαίτερα υπολογίσιμο κόστος για τις χώρες αυτές. Ο ΠΟΥ θεωρεί ότι η πρωτοβουλία που ανέλαβε θα συμπαρασύρει και άλλες εταιρίες των αναπτυσσόμενων κρατών, όπως κατασκευαστές ηλεκτρονικών υπολογιστών και παροχείς υπηρεσιών internet, οι οποίες θα ήταν δυνατό να προσφέρουν δωρεάν ή με μειωμένο κόστος τα προϊόντα/υπηρεσίες τους.

Το πρόβλημα της πρόσβασης στην πληροφορία από τους γιατρούς των αναπτυσσόμενων χωρών φαίνεται ότι σύντομα θα επιλυθεί και ο κατακλυσμός τους από κάθε είδους στοιχεία και δεδομένα αναμένεται να τους συντάξει με όλους τους «αναπτυσσόμενους» επαγγελματίες υγείας, που μόνιμα προβληματίζονται πάνω στην αξιολόγηση της πληροφορίας.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη канаδών ερευνητών, που δημοσιεύεται σε πρόσφατο τεύχος του *JAMA* (2002, 287:612-617), επιχειρεί τη διερεύνηση της «σχέσης» μεταξύ των συγγραφέων κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines) και των φαρμακευτικών εταιριών. Οι ερευνητές απευθύνθηκαν με επιστολή σε 192 συγγραφείς 44 κατευθυντήριων οδηγιών, που είχαν υιοθετηθεί από επίσημες επιστημονικές εταιρίες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής, ζητώντας να διευκρινίσουν την τυχόν ύπαρξη οποιαδήποτε σχέσης τους με βιομηχανίες φαρμάκων. Συμπεριέλαβαν κατευθυντήριες οδηγίες για 10 συνήθη νοσήματα (όπως βρογχικό άσθμα, στεφανιαία νόσο, κατάθλιψη, πεπτικό έλκος), που είχαν εκδοθεί μεταξύ των ετών 1990 και 1999. Παρά την αποστολή και δεύτερης επιστολής, τελικά μόνο το 52% των ερωτηθέντων ανταποκρίθηκε και έδωσε πληροφορίες. Σε ποσοστό 87% οι συγγραφείς παραδέχτηκαν κάποιου είδους σχέση με μία ή περισσότερες φαρμακευτικές εταιρίες. Περισσότεροι από τους μι-

σούς είχαν λάβει οικονομική συνδρομή για έρευνα, τα 2/3 είχαν δεχθεί αμοιβές για διαλέξεις, ενώ περίπου το 1/3 των συγγραφέων υπήρξε κάποια στιγμή σύμβουλος ή και εργαζόμενος σε φαρμακοβιομηχανία.

Σαφής «δήλωση διαπλεκόμενων συμφερόντων» των συγγραφέων υπήρχε στο κείμενο μόνο μίας από τις υπό διερεύνηση κατευθυντήριες οδηγίες. Βέβαια, σε ποσοστό που έφθανε το 93%, όσοι απάντησαν δήλωσαν πως η οποιαδήποτε σχέση τους με εταιρίες δεν επηρέασε τις συστάσεις τους σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Αξίζει να σημειωθεί ότι διαπιστώθηκε σχέση κάθε συγγραφέα με 10 κατά μέσο όρο εταιρίες, συμπεριλαμβανομένων εταιριών των οποίων τα προϊόντα αναφέρονταν στις οδηγίες. Οι ερευνητές δεν κατόρθωσαν να ελέγξουν τυχόν επιδράσεις των οικονομικών σχέσεων των συγγραφέων με εταιρίες, στις θεραπευτικές συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών, καθώς υπήρχαν ελάχιστες ανεξάρτητες οδηγίες και, κατά συνέπεια, δεν μπορούσε να καταδειχθεί κάποια αξιόπιστη συγκριτική διαφορά.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΗ «ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΕΙΣ»

Μείζον θέμα δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ μετά από τη δημοσίευση μιας ανασκόπησης επιτροπής ειδικών για τον καρκίνο (The Physician Data Query Screening and Prevention Editorial Board), στην οποία γίνεται προσπάθεια αποτίμησης της πραγματικής αξίας του μαστογραφικού ελέγχου, όσον αφορά την πρόληψη των θανάτων από καρκίνο του μαστού. Έχοντας υπόψη ότι, στις ΗΠΑ, το συνολικό ετήσιο κόστος για μαστογραφίες ανέρχεται στα \$3–4 δισεκατομμύρια, ερευνητικές εργασίες με κατάλληλη μεθοδολογία, όπως οι συστηματικές ανασκοπήσεις, είναι ιδιαίτερα χρήσιμες σε δημόσιους και ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. Οι συγγραφείς της παραπάνω εργασίας, έκπληκτοι είδαν ως απάντηση στις όποιες αμφισβητήσεις τους για το θέμα μια ολοσέλιδη ανακοίνωση στους *New York Times* από δέκα μεγάλους ιατρικούς οργανισμούς (μεταξύ των οποίων οι American Medical Association, American Cancer Society, American Academy of Family Physicians, American College of Preventive Medicine), που επαναλάμβανε λακωνικά τις επικρατούσες απόψεις των «ειδικών» για το πρόβλημα, χωρίς κάποια –έστω στοιχειώδη– τεκμηρίωση.

Ανάλογη έκπληξη δοκίμασαν και δύο μέλη της συντακτικής ομάδας του *Western Journal of Medicine*, μετά από τη δημοσίευση ενός άρθρου τους στην εφημερίδα *San Francisco Chronicle*, στο οποίο αμφισβητούσαν την αξία του ειδικού προστακτικού αντιγόνου ως προληπτικής εξέτασης ρουτίνας. Αντικαρκινικές οργανώσεις, ομάδες υποστήριξης καρκινοπαθών αλλά και ουρολόγοι από όλη τη χώρα, αφού τους παρομοίασαν με τον Mengele και

τους απέδωσαν την ευθύνη για τους πιθανούς θανάτους αρκετών εκατοντάδων χιλιάδων ανδρών στο μέλλον, ζήτησαν την αποπομπή τους από τη συντακτική επιτροπή του Περιοδικού.

ΥΠΝΟΣ ΧΩΡΙΣ ΥΠΕΡΒΟΛΕΣ

Χωρίς δημόσιες αντιπαραθέσεις και αμφισβητήσεις, μπορεί να κοιμάται κανείς ήσυχος. Φαίνεται πως 7 ώρες κάθε βράδυ είναι αρκετές, για να εξασφαλίσουν μακροζωία. Πρόσφατη μελέτη, που δημοσιεύτηκε στο *Archives of General Psychiatry* (2002, 59:134–136) και στην οποία έλαβαν μέρος πάνω από ένα εκατομμύριο άτομα, απομυθοποιεί τη δημοφιλή στο πλατύ κοινό άποψη περί «υγιεινού» οκτάωρου νυχτερινού ύπνου. Τα άτομα με 7ωρο νυχτερινό ύπνο είχαν μικρότερο ποσοστό θανάτων, συγκριτικά με τα άτομα που κοιμόντουσαν περισσότερο από οκτώ ή λιγότερο από τέσσερις ώρες κάθε βράδυ. Ακόμη και τα άτομα με 5ωρο νυχτερινό ύπνο εμφάνισαν μικρότερη συχνότητα θανάτων, συγκριτικά με όσους απολάμβαναν οκτώ ή περισσότερες ώρες νυχτερινού ύπνου. Η μελέτη δεν μπόρεσε να εξηγήσει τη συσχέτιση της αυξημένης ποσότητας ύπνου με υψηλότερη θνησιμότητα. Πρόκειται για την πρώτη μεγάλη μελέτη, στην οποία συγκρίθηκαν άτομα με παρόμοια χαρακτηριστικά (όπως φύλο, διαιτητικές συνήθειες, σωματική άσκηση, προηγούμενα προβλήματα υγείας, κάπνισμα) και για διάστημα 6 ετών. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι στους συμμετέχοντες με περιστασιακά προβλήματα αϋπνίας δεν παρατηρήθηκε αυξημένη θνησιμότητα, όσοι όμως έκαναν χρήση υπνωτικών χαπιών είχαν αυξημένες πιθανότητες να επιβιώσουν λιγότερο.

ΝΕΟΙ, «ΠΑΡΑΔΟΞΟΙ» ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Στο παγκόσμιο συνέδριο για τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) που έγινε το Φεβρουάριο στο San Antonio (ΗΠΑ), ερευνητές παρουσίασαν στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία τέσσερις νέοι παράγοντες μπορεί να μεταβάλλουν την πιθανότητα εμφάνισης θανατηφόρου ΑΕΕ. Οι νέοι παράγοντες κινδύνου είναι το ανάστημα, η κεντρικού τύπου παχυσαρκία, το επίπεδο εκπαίδευσης και ο βαθμός ικανοποίησης από τις οικογενειακές σχέσεις.

Ο Dr D. Tanne, επικεφαλής του Προγράμματος για τα ΑΕΕ στο Πανεπιστήμιο του Tel Aviv, ανακοίνωσε ότι οι άνδρες με χαμηλό ανάστημα είναι πιθανότερο να υποστούν κάποιο θανατηφόρο ΑΕΕ, συγκριτικά με τους έχοντες μεγαλύτερο ύψος σώματος. Η έρευνά του βασίστηκε στην υπόθεση ότι καταστάσεις της πρώιμης ηλικίας, όπως η διατροφή, οι λοιμώξεις, η εμβρυϊκή ανάπτυξη, καθώς και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, μπορεί να

προκαθορίζουν τη δυνατότητα ενός ατόμου να αποφύγει ως ενήλικος το ΑΕΕ. Χρησιμοποίησε στοιχεία από ένα μεγάλο πρόγραμμα της χώρας του για τη στεφανιαία νόσο (Israel Ischemic Heart Disease Project), στο οποίο περιλαμβάνονταν 10.059 άνδρες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών, που παρακολουθήθηκαν για 23 χρόνια. Διαχωρίζοντας ομάδες αναλόγως του ύψους (τα άτομα σε όλες τις ομάδες είχαν παρόμοιες τιμές αρτηριακής πίεσης, επιπέδων χοληστερόλης και δείκτη μάζας σώματος) βρήκε ότι τα άτομα με ύψος μικρότερο ή ίσο με 162 cm είχαν, μετά και την ηλικιακή προσαρμογή, συχνότητα θανατηφόρων ΑΕΕ της τάξης του 22,7 ανά 10.000 ανθρωποέτη. Με την αύξηση του ύψους παρουσιάστηκε και μείωση της συχνότητας (18 για την ομάδα 163–167 cm, 16,4 για τα άτομα με ύψος 168–171 cm και 13,6 για τα άτομα με ύψος μεγαλύτερο ή ίσο με 172 cm). Σχέση μεταξύ αναστήματος και στεφανιαίων συμβαμάτων δεν τεκμηριώθηκε.

Όσον αφορά την παχυσαρκία, στοιχεία αμερικανικής μελέτης (Northern Manhattan Stroke Study) υποδεικνύουν ότι άτομα με αυξημένο δείκτη περιφέρειας μέσης-ισχίου ($>0,95$ για τους άνδρες και $>0,85$ για τις γυναίκες) έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού ΑΕΕ, συγκριτικά με τα άτομα με μικρότερο δείκτη.

Μελέτη που έγινε από το πολιτειακό πανεπιστήμιο Νέας Υόρκης (Buffalo) έδειξε ότι άτομα με λιγότερα από 12 έτη εκπαίδευσης είχαν περίπου 1,5 φορά αυξημένο κίνδυνο για ισχαιμικό ΑΕΕ, συγκριτικά με άτομα που ολοκλήρωσαν κολλεγιακή εκπαίδευση. Στη μελέτη περιελή-

φθησαν 22.392 άτομα που είχαν εισαχθεί σε δύο άλλες μεγάλες μελέτες κατά τα έτη 1971–1975 και παρακολουθήθηκαν για μια 15ετία μετά. Μετά από έλεγχο για παράγοντες, όπως η ηλικία, η φυλή, το φύλο, η υπέρταση, το κάπνισμα, τα επίπεδα χοληστερόλης, ο σακχαρώδης διαβήτης και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τεκμηριώθηκε αυξημένος κίνδυνος στα άτομα με μικρότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Πιθανότατα, το εκπαιδευτικό επίπεδο να επηρεάζει την κατανόηση και τροποποίηση, από τα άτομα, των γνωστών παραγόντων κινδύνου για ΑΕΕ, καθώς και την πρόσβασή τους σε υγειονομικές μονάδες.

Με το υλικό της πρώτης από αυτές τις μελέτες (Ισραήλ), διερευνήθηκε επίσης και η πιθανή σχέση μεταξύ προβλημάτων στην οικογενειακή ζωή και θανάτων από ΑΕΕ. Αναλύοντας στοιχεία 364 θανατηφόρων ΑΕΕ βρέθηκε ότι ο κίνδυνος ήταν 4,8% στα άτομα που είχαν αναφέρει ιδιαίτερος σοβαρά οικογενειακά προβλήματα, 4,5% σε όσα είχαν αναφέρει σοβαρά, 3,3% σε όσα θεωρούσαν τα οικογενειακά τους προβλήματα ως απλά, και 3,5% σε όσα δεν ανέφεραν κανενός είδους οικογενειακά προβλήματα. Παρόμοιες τιμές βρέθηκαν και όταν διερευνήθηκε το μέγεθος των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετώπιζαν τα άτομα. Και στις δύο περιπτώσεις τα ποσοστά ήταν στατιστικά σημαντικά μετά από την προσαρμογή για τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου για ΑΕΕ. Μια ευτυχισμένη οικογενειακή ζωή, λοιπόν, μπορεί να περιορίζει τον κίνδυνο ΑΕΕ και, κατά συνέπεια, η κατάληξη του ερευνητή δεν μπορούσε να είναι άλλη από την παραδοσιακή συμβουλή: "Don't worry, be happy".