

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ, ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

**Μαρία Μουδάτσου, Αντώνης Κούτης,
Αναστάσιος Φιλαλήθης¹**

Περίληψη:

Η κοινοτική αποτίμηση είναι μέθοδος εκτίμησης των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού, η οποία στηρίζεται κυρίως σε τεχνικές ποιοτικής έρευνας. Όλοι οι συντελεστές, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και χρήστες των υπηρεσιών, συμμετέχουν ενεργά σε όλα τα στάδια της εκτίμησης των αναγκών υγείας. Με τον τρόπο αυτό οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ενδυναμώνονται, καθώς μπορούν με τη συμμετοχή τους να επηρεάσουν και να αλλάξουν τις υπηρεσίες υγείας τους. Η ενδυνάμωση αυτή, όπως θα διαπιστώσουμε, δεν είναι ουσιαστική, καθώς δεν συνοδεύεται από ουσιαστικό μοίρασμα δύναμης από τους πολιτικά υπεύθυνους και τους επαγγελματίες υγείας προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Η ουσιαστική ενδυνάμωση προϋποθέτει, όλοι οι συντελεστές της εκτίμησης των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού να είναι ουσιαστικοί συνεργάτες και να έχουν ενεργό ρόλο στον σχεδιασμό και την όλη οργάνωση της έρευνας. Απαραίτητες για κάτι τέτοιο όμως είναι η πολιτική βούληση, η επαρκής χρηματοδότηση τέτοιων προγραμμάτων και η εκπαίδευση όλων των συντελεστών της έρευνας.

Εισαγωγή: Ανάγκες υγείας και μεθοδολογία εκτίμησης τους

Η έννοια της ανάγκης είναι προσωπική, υποκειμενική και ποικιλόμορφη (Cowley και συν. 2000). Οι επαγγελματίες υγείας προσδιορίζουν την έννοια της ανάγκης για παροχή υπηρεσιών υγείας με κριτήρια τις υπηρεσίες που μπορούν οι ίδιοι να προσφέρουν, ενώ οι ασθενείς (εξυπηρετούμενοι) προσδιορίζουν την έννοια της ανάγκης σε σχέση με υποκειμενικά κριτήρια (Wilkinson & Murray, 1998, Williams & Wright, 1998). Υπάρχει δηλαδή μια διάσταση απόψεων για το ποιες πραγματικά είναι οι ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού αφού οι εμπλεκόμενοι στον τομέα της υγείας

1. Μ. Μουδάτσου: Κοινωνική λειτουργός, Εργαστηριακός συνεργάτης ΑΤΕΙ Κρήτης.

Α. Κούτης: Διευθυντής ΕΣΥ Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Α. Φιλαλήθης: Αναπληρωτής καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.

(εξυπηρετούμενοι /εργαζόμενοι) έχουν διαφορετικές απόψεις για το θέμα. Η ανάγκη, σύμφωνα με τον Bradshaw στους Popay & Williams (1994), διακρίνεται σε εκείνη που αναφέρουν οι ειδικοί, οι επαγγελματίες, οι γιατροί και οι πολιτικοί, σε εκείνη που νιώθουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι και μπορεί να την εκφράζουν και να ζητούν την ικανοποίηση της και σε εκείνη που μπορεί να τη νιώθουν οι εξυπηρετούμενοι αλλά παραμένει ανέκφραστη. Η έννοια της ανάγκης σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα έχει διάσταση οικονομική, πολιτική και φιλοσοφική είναι δηλαδή πολυσύνθετη έννοια, οπότε για την εκτίμηση της απαραίτητο είναι να προσδιοριστεί το είδος και η διάσταση της.

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, υπάρχουν δύο μοντέλα που προσδιορίζουν την έννοια της υγείας και συνεπώς και την ανάγκη υγείας. Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο οι Popay & Williams (1994) αναφέρουν ότι υγεία είναι η έλλειψη ασθένειας, άρα και η ανάγκη υγείας έχει να κάνει με τη θεραπεία της ασθένειας σε ατομικό επίπεδο και όχι με την πρόληψη και την προαγωγή του ευρύτερου κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος όπου διαμορφώνεται η υγεία των ανθρώπων. Όσον αφορά το κοινωνικό μοντέλο της υγείας σύμφωνα με τον W.H.O. (1985) υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας. Άρα η ανάγκη υγείας σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, γίνεται πιο ευρεία καθώς δεν αναφέρεται μόνο στη θεραπεία μιας ασθένειας αλλά σχετίζεται με θέματα που επηρεάζουν το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον που ζει κάποιος.

Διάφοροι συγγραφείς δέχονται και υποστηρίζουν το κοινωνικό μοντέλο της υγείας (Williams & Wright, 1998, Lock, 2000, Lugemwa, 2007). Οι ίδιοι τονίζουν ότι οι ανάγκες υγείας προσδιορίζονται από ένα ευρύ φάσμα από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς προσδιοριστές της υγείας όπως το περιβάλλον, η εκπαίδευση, η διατροφή, το κάπνισμα, η άσκηση, η κληρονομικότητα και η φροντίδα υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια). Άρα οι κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν κακή υγεία εάν δεν γίνει σωστή διαχείριση τους (Fisher και συν. 1999, Townsend και συν. 1988, Marmott & Wilkinson, 1999). Το κοινωνικό μοντέλο της υγείας υποστηρίζεται και από τους Κριπσωτάκη και συν. (2009) οι οποίοι αναφέρουν ότι παράμετροι του κοινωνικού κεφαλαίου όπως οι κοινωνικές σχέσεις, η συμμετοχή σε άτυπα ή θεσμικά δίκτυα φροντίδας, έχουν θετική επίδραση και επηρεάζουν την υγεία των πολιτών.

Όποιοι και αν είναι οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού και όποια διάσταση και να έχει η έννοια της ανάγκης, είναι σημαντικό να υπάρχουν οργανωμένες μέθοδοι εκτίμησης τους, γιατί μόνο έτσι μπορούν να γίνουν γνωστές και να σχεδιασθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή τους. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας είναι μια συστηματική μέθοδος, προκειμένου να διαπιστωθούν οι ανάγκες για παροχή φροντίδας υγείας ενός πληθυσμού, έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές για να καλυφθούν αυτές (Williams &

Wright, 1998). Οι κυριότερες αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη φιλοσοφία της εκτίμησης των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού είναι η προαγωγή της υγείας και η μείωση των όποιων ανισοτήτων υπάρχουν στον τομέα αυτό, καθώς και η σωστή και έγκαιρη παρέμβαση στα θέματα υγείας που εντοπίζονται ότι χρειάζονται βελτίωση. Επίσης απαραίτητη είναι η συμμετοχή στη διαδικασία της εκτίμησης των αναγκών υγείας όλων των εμπλεκόμενων μερών, δηλαδή των ανθρώπων που είναι σε θέση να γνωρίζουν τα θέματα υγείας σε μια κοινότητα, καθώς και των ανθρώπων που είναι σε θέση να κάνουν τις όποιες αλλαγές χρειαστεί να γίνουν (Hooper & Longworth, 2002).

Υπάρχουν δύο κυρίως τρόποι που χρησιμοποιούνται για να γίνει η εκτίμηση των αναγκών υγείας. Οι παραδοσιακές επιδημιολογικές μέθοδοι και η μέθοδος της κοινοτικής αποτίμησης (community appraisal). Οι επιδημιολογικές έρευνες μελετούν τη διασπορά και τους προσδιοριστές των γεγονότων που σχετίζονται με την υγεία (Williams & Wright, 1998). Οι επιδημιολογικές έρευνες δίνουν μια πρώτη εικόνα της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Ενώ οι εξειδικευμένες επιδημιολογικές έρευνες αναφέρονται στο ιατρικό κομμάτι των υπηρεσιών υγείας και δίνουν πληροφορίες για τη διασπορά συγκεκριμένων ασθενειών (Wright & Walley, 1998).

Κοινοτική Αποτίμηση:

Ορισμός, χαρακτηριστικά, στάδια, τεχνικές, παραδείγματα χρήσης

Η κοινοτική αποτίμηση είναι μέθοδος εκτίμησης / έρευνας των αναγκών υγείας, των μελών μιας κοινότητας με κύριο χαρακτηριστικό τη συμμετοχή των ίδιων των μελών της κοινότητας στην έρευνα αυτή (Brown και συν. 2006). Βασικό χαρακτηριστικό της μεθόδου είναι ότι τα μέλη της κοινότητας που συμμετέχουν στην έρευνα, παίρνουν μέρος σε όλα τα στάδια της: διάγνωση αναγκών υγείας, σχεδιασμό δράσης για την κάλυψη των αναγκών, δράση και αξιολόγηση της δράσης (Popay & Williams, 1994). Η κοινοτική αποτίμηση είναι μορφή συμμετοχικής έρευνας όπου δεν παρέχονται μόνο πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού, αλλά ο ίδιος ο πληθυσμός αναλαμβάνει ρόλο για την αντιμετώπιση των αναγκών του (Faridi και συν. 2007). Η κοινοτική αποτίμηση είναι ιδανική μέθοδος για την επίλυση τοπικών προβλημάτων σύμφωνα με έρευνα εκτίμησης αναγκών υγείας στο Ιράν (Safari, 2009).

Τα χαρακτηριστικά της κοινοτικής αποτίμησης είναι η συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων στην έρευνα, η διαρκής εκπαίδευση τους και η ανάληψη δράσης όταν χρειάζεται (Macaulay και συν. 1999). Πολλές φορές η αντιμετώπιση των αναγκών αρχίζει να διαφαίνεται κατά τη διάρκεια της έρευνας (γίνεται δηλαδή ταυτόχρονα με την έρευνα) γεγονός που σημαίνει εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος (Murray και συν. 1994). Τα στάδια της συμμετοχικής έρευνας μοιάζουν με ένα ελικοειδές σπирάλ που δεν έχει τέλος και περιλαμβάνει αρχικά τον σχεδιασμό της έρευνας από τους ερευνητές, τη δράση των ίδιων των ερευνουμένων, την αξιολό-

γηση της δράσης συνεργατικά από ερευνητές και ερευνούμενους, τον επανασχεδιασμό της δράσης από ερευνητές και ερευνούμενους και την επανάληψη όλων των σταδίων (Meyer, 1997). Η ελικοειδής μορφή της συμμετοχικής έρευνας δίνει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να αξιολογούν διαρκώς τη διαδικασία και τα αποτελέσματα της έρευνας και να μπορούν να έχουν πιο ενεργή συμμετοχή σε αυτή (Koelen και συν. 2001).

Η κοινοτική αποτίμηση χρησιμοποιεί τεχνικές και μεθόδους ποιοτικής έρευνας όπως τη συνέντευξη (δομημένη ή ημιδομημένη), την παρατήρηση καθώς και τις ομάδες εστίασης (Poray & Williams, 1994, Wright & Walley, 1998, Pope & Mays, 1990). Στη μεθοδολογία της κοινοτικής αποτίμησης το ιδεατό είναι ο συνδυασμός της ποσοτικής με την ποιοτική έρευνα (Wright & Walley, 1998, Rhodes και συν. 1999). Για παράδειγμα η ανάλυση μιας δευτερογενούς (προϋπάρχουσας) έρευνας για θέματα αναγκών υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση για να συνταχθεί το ερωτηματολόγιο για συνεντεύξεις σε βάθος ή για ομάδες εστίασης. Με αυτόν τον τρόπο αφενός ελέγχεται η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας και αφετέρου δίνεται στον ερευνητή η δυνατότητα να εμβαθύνει στο ερευνούμενο θέμα (Wright & Walley, 1998, Rowa-Dewar, και συν. 2008).

Η κοινοτική αποτίμηση ξεκινά με τη μελέτη της ερευνούμενης κοινότητας (Wilkinson & Murray, 1998, Rowa-Dewar και συν. 2008). Αυτό μπορεί να γίνει με συνεντεύξεις με τους ανθρώπους κλειδιά (key people) οι οποίοι έχουν σημαντική θέση στην κοινότητα και συνεπώς την γνωρίζουν καλά. Επίσης μπορεί να γίνει από μελέτη δευτερογενών ερευνών που προϋπάρχουν στην κοινότητα καθώς και από παρατήρηση των ανθρώπων στο φυσικό τους περιβάλλον μέσα στην κοινότητα (Brown και συν. 2006). Η μελέτη της κοινότητας πρέπει να περιλαμβάνει τις οικονομικές, υλικές και θεσμικές συνθήκες της κοινότητας, την προϊστορία της, τη δομή σχεδιασμού της, τις υπάρχουσες βοηθητικές πηγές και τέλος την αξιολόγηση όλων αυτών των στοιχείων και το πώς επηρεάζουν την κοινότητα (Σταθόπουλος, 2000). Οι διαθέσιμες πηγές της κοινότητας είναι επίσης σημαντικό να διερευνηθούν καθώς μόνο έτσι οι ερευνητές μπορούν να έχουν ολοκληρωμένη άποψη για το τι υπάρχει ήδη στην κοινότητα, από υπηρεσίες, προσωπικό, παροχές κ.τ.λ. καθώς και τη δυνατότητα της συγκεκριμένης κοινότητας για αλλαγή (Poray & Williams, 1994). Βασικό όμως είναι να εντοπιστούν οι ανθρώπινες σχέσεις και τα κοινωνικά δίκτυα που υπάρχουν σε μια κοινότητα για να μπορέσει ο ερευνητής να προσεγγίσει τη συγκεκριμένη κοινότητα (Fitch και συν. 2004).

Η έννοια της συμμετοχής του πολίτη σε θέματα που τον αφορούν έχει λοιπόν καθοριστικό ρόλο στη μεθοδολογία της κοινοτικής αποτίμησης. Η συμμετοχή μπορεί να θεωρηθεί ως θεμελιώδες δικαίωμα των πολιτών σε μια κοινωνία και σχετίζεται άμεσα με την έννοια της δημοκρατίας (Jordan και συν. 1998). Οι ίδιοι συγγραφείς θεωρούν ότι η συμμετοχή των πολιτών στην εκτίμηση των αναγκών υγείας μπορεί να ληφθεί ως ένα είδος εκδημοκρατισμού του συστήματος υγείας μιας

χώρας, καθώς μεταφέρεται η ευθύνη από τις υπηρεσίες υγείας στους ίδιους τους πολίτες για να αναλάβουν δράση. Η συμμετοχή των χρηστών στην εκτίμηση των αναγκών υγείας τους και στον σχεδιασμό των υπηρεσιών που θα καλύψουν αυτές τις ανάγκες, συνδέεται με την προσπάθεια να μειωθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας. Ενισχύεται με τον τρόπο αυτόν η ιδέα της κοινωνικής δικαιοσύνης στον τομέα της υγείας (Fisher και συν.1999). Επιπλέον οι τοπικές κοινωνίες με το να συμμετέχουν στην εκτίμηση των αναγκών υγείας, αποκτούν δύναμη (Wright & Walley,1998). Ο προβληματισμός που τίθεται βέβαια είναι να διαπιστωθεί πόσο πραγματική είναι αυτή η δύναμη.

Σε σχέση με τους περιορισμούς της μεθοδολογίας, επειδή η κοινοτική αποτίμηση στηρίζεται κυρίως σε τεχνικές ποιοτικής έρευνας δέχεται την αρνητική κριτική που συνοδεύει αυτού του είδους την έρευνα. Δηλαδή της ασκείται κριτική για προκατάληψη από μέρους του ερευνητή στην επιλογή των συμμετεχόντων και για έλλειψη αντιπροσωπευτικότητας των ερευνούμενων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό που αναφέρεται η έρευνα (Murray, 1999). Η δυσκολία πρόσβασης, με τη μέθοδο της κοινοτικής αποτίμησης, σε ομάδες πληθυσμού που ήδη είναι απομονωμένες και αποκλεισμένες, είναι ένα σημαντικό μειονέκτημα της αντιπροσωπευτικότητας των δειγμάτων της έρευνας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Satia και συν. 1994, Oliver και συν. 2004). Άλλες φορές αποφεύγονται να επιλεγούν να συμμετέχουν στην έρευνα άνθρωποι που μπορεί να θεωρηθούν απειλή για ένα φορέα, μια υπηρεσία, ή το σύστημα, εάν μιλήσουν και εκφράσουν τις απόψεις τους αντικειμενικά σύμφωνα με τους Beresford & Campbell, (1994). Επίσης μπορεί να επιλέγονται άνθρωποι που έχουν σημαντικό ρόλο στις δράσεις μιας κοινότητας (κυρίως οι γεροντότεροι) σε βάρος άλλων που τυχόν θα είχαν διαφορετικές απόψεις να εκφράσουν (Palmer, 1999).

Για τους λόγους αυτούς τίθεται θέμα για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων των ερευνών μέσω της μεθοδολογίας της κοινοτικής αποτίμησης (Rifkin,1992, McKeganay, 2000). Αποτέλεσμα όλου αυτού, είναι να μην υπάρχουν αρκετές έρευνες που βασίζονται στη μεθοδολογία της κοινοτικής αποτίμησης, δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά (Lugemwa, 2007, Fitch και συν. 2004). Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι δεν υπάρχουν κοινές μέθοδοι στις διάφορες συμμετοχικές έρευνες που να αφήνουν περιθώρια για συγκρίσεις μεταξύ τους, βάσει αρκετά εμπόδια στην προαγωγή της μεθοδολογίας της κοινοτικής αποτίμησης (Faridi και συν. 2007)

Η εκτίμηση αναγκών υγείας με τη μέθοδο της κοινοτικής αποτίμησης έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχημένα τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Όσον αφορά τις αναπτυγμένες χώρες, η μεγαλύτερη έρευνα σε αριθμό συμμετεχόντων στη Μ. Βρετανία μέχρι το 2008, με τη μέθοδο της κοινοτικής αποτίμησης, έγινε στη Σκοτία. Στόχος της ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των ανθρώπων που πάσχουν από καρκίνο και των φροντιστών τους σε σχέση με τις ανάγκες

υγείας τους και τη φροντίδα που λαμβάνουν (Rowa-Dewar και συν. 2008). Γενικά στη Μεγάλη Βρετανία, με δεδομένο το γεγονός ότι το επιτρέπει το θεσμικό της σύστημα που ενθαρρύνει τις συμμετοχικές διαδικασίες στον τομέα της υγείας, υπάρχει μια πολύ επιτυχημένη εφαρμογή ερευνών εκτίμησης αναγκών υγείας με τη μέθοδο της κοινοτικής αποτίμησης. Αυτό γίνεται τόσο σε περιοχές που είναι οικονομικά, κοινωνικά ή γεωγραφικά απομονωμένες όπως αναφέρουν ο Mittlemark (2001) και ο Grant (2005) όσο και σε άλλες περιοχές που βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση σε σχέση με κοινωνικά, οικονομικά και γεωγραφικά κριτήρια (Brown και συν. 2006, Murray 1999, Dale και συν. 1996, Murray και συν. 1994, Lazenbatt και συν. 2001, Davison και συν. 1999, Rowa-Dewar και συν. 2008). Παράλληλα όμως και στην Αμερική υπάρχουν παραδείγματα χρήσης της μεθοδολογίας της κοινοτικής αποτίμησης (Thein και συν. 2009, Williams και συν. 2009).

Όσον αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχουν κάποια παραδείγματα χρήσης της μεθοδολογίας τόσο σε χώρες της Ασίας όσο και της Αφρικής. Στην Ασία παραδείγματα υπάρχουν σε περιοχές όπως το Μπαγκλαντές σύμφωνα με τους Hassan και συν. (2005) και το Πακιστάν όπως αναφέρουν οι Mahmood και συν. (2002). Παράλληλα η μεθοδολογία έχει χρησιμοποιηθεί στο Ιράκ σύμφωνα με τον Dubajic (2003) και στο Μπαλί (Pepall και συν. 2006). Στην Αφρική υπάρχουν παραδείγματα σε χώρες όπως το Σουδάν σύμφωνα με τον Palmer (1999), η Κέννα όπως αναφέρουν οι Mutero και συν. (2004) και ο Maalim (2006) και η Ζιμπάμπουε (Wright & Walley, 1998).

Θεωρητικό πλαίσιο της κοινοτικής αποτίμησης

Η ανάπτυξη της μεθοδολογίας της κοινοτικής αποτίμησης ήρθε σαν εναλλακτικός τρόπος έρευνας των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού καθώς θεωρήθηκε ότι οι επιδημιολογικές έρευνες είναι αρκετά χρονοβόρες και αυστηρές καθώς δεν αφήνουν περαιτέρω περιθώρια για ανάλυση (Wright & Walley, 1998). Ξεκίνησε από τη Μεγάλη Βρετανία σαν ένας τρόπος εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας σύμφωνα με το Secretary of State of Health (1997) και συνεχίζεται με έντονο ενδιαφέρον για τη συμμετοχή και εμπλοκή του πολίτη στα θέματα υγείας του, ιδίως των πολιτών που ζουν σε συνθήκες περιθωριοποίησης και υποβάθμισης (Department for Communities and Local Government, 2006). Η αναγκαιότητα συμμετοχής των πολιτών στα θέματα υγείας τους στη Μ. Βρετανία επισημαίνεται μέσα και από άλλες παρεμβάσεις όπως το DH 2006, το Electoral Commission 2005, το HM Treasury 2007a, και το 2007b (NICE, 2008).

Η ιδέα βέβαια της ενδυνάμωσης των πολιτών έχει τις βάσεις της στο έργο του Freire (1973) όπου επισημαίνεται η σπουδαιότητα της εκπαίδευσης των πολιτών (κυρίως των αδύνατων και των κοινωνικά αποκλεισμένων) έτσι ώστε να ενεργοποιηθούν και να αναλάβουν δράση για την αντιμετώπιση των θεμάτων που τους απασχολούν. Την ίδια άποψη της ενδυνάμωσης των πολιτών (μέσα από διαδικασίες εκπαι-

δευτικές) προκειμένου να αναλάβουν δράση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, έχουν οι θέσεις και οι θεωρητικές τοποθετήσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τα γυναικεία κινήματα των δεκαετιών 1960 και 1970 (Braye, 1995, Myers & Macdonald 1996). Νωρίτερα ο Lewin το 1946 πρώτος, σύμφωνα με την Meyer στους Pope & Mays (1996), συνέδεσε την αντιμετώπιση των θεμάτων των μειονοτήτων με τις συμμετοχικές διαδικασίες μέσα στην κοινότητα.

Η φιλοσοφία της συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών στα θέματα της υγείας τους έχει τις ρίζες της στα προγράμματα κοινοτικής ανάπτυξης που στοχεύουν στην εκπαίδευση, στη συμμετοχή και στην ενδυνάμωση των πολιτών μιας τοπικής κοινωνίας προκειμένου εκείνοι να αναλάβουν δράση για τα θέματα που τους απασχολούν (Popay & Williams, 1994, Pepall και συν. 2006). Το θεωρητικό πλαίσιο της συμμετοχής των πολιτών στην εκτίμηση των αναγκών υγείας τους έχει υποστηριχθεί από πολλούς επιστήμονες (Shamian & Kupe 1993, Thies & Grady 1991, Ong και συν. 1991, Williams & Wright, 1998, Jordan και συν. 1998, Murray & Graham 1995, Lazenbatt και συν. 2001, Lugemwa, 2007).

Θεσμικά η αναγκαιότητα συμμετοχής των πολιτών στην εκτίμηση των αναγκών υγείας τους έγινε μέσα από τη διακήρυξη της Alma -Ata (W.H.O., 1978). Σύμφωνα με την ίδια διακήρυξη οι πολίτες έχουν το δικαίωμα αλλά και την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και ομαδικά στον σχεδιασμό δράσεων για την υγεία τους. Στα χρόνια που ακολούθησαν η συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O. 1996) στην Κοπεγχάγη κάνει λόγο για την αναγκαιότητα οι νέες υπηρεσίες στην Ευρώπη να είναι σχεδιασμένες σύμφωνα με τις προτεραιότητες των χρηστών των υπηρεσιών αυτών. Γίνεται σαφές από τη συνδιάσκεψη αυτή ότι η γνώμη των χρηστών είναι σημαντική για τις υπηρεσίες, όμως δεν διαφαίνεται καθαρά η αναγκαιότητα συμμετοχής των πολιτών στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας τους.

Αυτό γίνεται ξεκάθαρο στις διακηρύξεις του W.H.O. των ετών 2000 και 2001, όπου δίνεται έμφαση στο γεγονός ότι οι πολίτες πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στην προαγωγή της υγείας τους με το να μπορούν να συμμετέχουν στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας τους καθώς και στον καταμερισμό των χρηματοδοτήσεων για την υγεία τους. Η διακήρυξη του W.H.O. του 2008 έρχεται να προσθέσει ότι για την αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μεταξύ άλλων είναι απαραίτητη η ενεργός συμμετοχή όλων των άμεσα εμπλεκόμενων στο τομέα της υγείας (δηλ. πολιτών, εργαζομένων κ.τ.λ.). Η κοινοτική αποτίμηση, ως μέθοδος εκτίμησης αναγκών υγείας, θεωρητικά ανταποκρίνεται στην έννοια της συμμετοχής του πολίτη στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας του. Το θέμα που τίθεται είναι να διευκρινισθεί πόσο ουσιαστική είναι αυτή η συμμετοχή.

Κοινοτική αποτίμηση και ενδυνάμωση (ευνοϊκοί παράγοντες – δυσκολίες)

Η μεθοδολογία της κοινοτικής αποτίμησης σύμφωνα με τους Jordan και συν. (1998) και τους Rowa-Dewar και συν. (2008) εμπλέκει τους χρήστες των υπη-

ρεσιών υγείας και γενικά τους πολίτες στην εκτίμηση των αναγκών υγείας τους. Η εμπλοκή των πολιτών βέβαια είναι σε επίπεδο συμβουλευτικής, καθώς απλά εκφράζουν τη γνώμη τους για το τι θα ήθελαν να γίνει για να καλυφθούν οι ανάγκες τους. Δημιουργείται έτσι το ερώτημα εάν με αυτό τον τρόπο έχουν στην ουσία δύναμη και ρόλο να επηρεάζουν και να αλλάζουν άμεσα τα θέματα που τους αφορούν στον τομέα της υγείας. Η συμμετοχή των πολιτών, με βάση τη δύναμη που έχουν να επηρεάζουν τις αποφάσεις που παίρνονται για τα θέματα που τους αφορούν, ταξινομείται σε μια κλίμακα η οποία χωρίζεται σε οκτώ επίπεδα (Arnestein, 1969). Στα τρία πρώτα επίπεδα δεν υπάρχει ουσιαστική συμμετοχή του πολίτη: *παραπλάνηση, θεραπεία, πληροφόρηση*. Στο τέταρτο, *συμβουλευτική*, και στο πέμπτο επίπεδο, *συνδιαλλαγή*, υπάρχει συμβολική συμμετοχή. Ουσιαστική συμμετοχή των πολιτών υπάρχει στα τρία τελευταία επίπεδα της κλίμακας: *συνεργασία, μεταβιβαζόμενη δύναμη, λαϊκή κυριαρχία*. Σ' αυτά εμπεριέχεται η έννοια της πραγματικής ενδυνάμωσης του πολίτη, δηλαδή του πραγματικού μοιράσματος της δύναμης (οικονομικής και πολιτικής) από τις αρχές με τον πολίτη.

Οι Carter και Beresford, (2000) Brown και συν. (2006) και Lugemwa, (2007) συμφωνούν και συνδέουν τη συμμετοχή των πολιτών με την έννοια της πολιτικής βούλησης από τις αρχές και τη διάθεση τους να μοιραστούν την εξουσία τους με τους πολίτες. Το μοίρασμα της δύναμης με τους πολίτες σύμφωνα με τη Landers (1997) αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση ουσιαστικής συμμετοχής τους. Γίνεται όμως διαχωρισμός μεταξύ της έννοιας της ενδυνάμωσης και της έννοιας της συμμετοχής (Croft & Beresford, 1993, Lugemwa, 2007). Η ενδυνάμωση σημαίνει μοίρασμα δύναμης, ενώ η έννοια της συμμετοχής δεν προϋποθέτει την έννοια της δύναμης. Η συμμετοχή μπορεί να σημαίνει σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, την ανταλλαγή απόψεων, πληροφοριών, ιδεών και εμπειριών από τους πολίτες με τις αρχές. Ακούγοντας οι αρχές τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες που τους παρέχουν, δεν σημαίνει ότι τους δίνουν και δύναμη. Το μοίρασμα της δύναμης προϋποθέτει να δίνεται στους πολίτες η δυνατότητα να συναποφασίζουν και να συνεργάζονται ως ισότιμα μέλη σε όλα τα στάδια της έρευνας (Lugemwa, 2007).

Η έννοια της δύναμης σχετίζεται και με το ποιος οργανώνει και σχεδιάζει τη συμμετοχική έρευνα. Υπάρχουν δύο διαφορετικοί τρόποι εμπλοκής των πολιτών στον σχεδιασμό της συμμετοχικής έρευνας. Το δημοκρατικό μοντέλο (citizenship) που δίνει έμφαση στην ουσιαστική συμμετοχή των πολιτών στα θέματα που τους αφορούν και στην ουσιαστική ενδυνάμωση τους για να αλλάξουν τις υπηρεσίες τους. Σε αυτό το μοντέλο, η οργάνωση και ο σχεδιασμός της συμμετοχικής έρευνας γίνεται από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών. Το άλλο μοντέλο, είναι εκείνο των χρηστών (consumerist) και οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευθύνη για τον σχεδιασμό της συμμετοχικής έρευνας. Τον έλεγχο δηλαδή και τη δύναμη την έχουν οι αρχές και οι επαγγελματίες. Ο ρόλος των χρηστών είναι καθαρά γνωμοδοτικός και δεν περιέχει την έννοια της δύναμης (Carter & Beresford, 2000, Croft & Beresford, 1993).

Ακόμα όμως και η γνωμοδότηση σύμφωνα με το Welsh Consumer Council Discussion (1990) έχει δύο κατευθύνσεις. Διακρίνεται σε καθοδική, «top-down», όπου η ατζέντα των θεμάτων που συζητιούνται τίθεται από την αρχές και τους επαγγελματίες υγείας, και σε ανοδική, «bottom-up», όπου οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας θέτουν οι ίδιοι την ατζέντα για τα θέματα που θα συζητηθούν. Σε δημοσίευτη έρευνα, σχετικά με το πώς συμμετέχουν οι ανάπηροι στο σχεδιασμό κοινωτικών υπηρεσιών στο στάδιο της συμβουλευτικής, αναφέρεται ότι η συμβουλευτική των αναπήρων σε σχέση με τις κοινωτικές υπηρεσίες που τους παρέχονται ακολουθεί το μοντέλο των χρηστών. Δηλαδή την ευθύνη, τη δύναμη και την εξουσία την έχουν ακόμα οι υπηρεσίες και οι επαγγελματίες, ενώ οι ανάπηροι έχουν καθαρά γνωμοδοτικό ρόλο. Πρόκειται δηλαδή για «top-down» μοντέλο γνωμοδότησης. (Moudatsou, 2001).

Η ουσιαστική συμμετοχή των πολιτών στην εκτίμηση των αναγκών υγείας τους και ουσιαστικά το μοίρασμα δύναμης μαζί τους, δεν είναι μια εύκολη διαδικασία. Υπάρχουν πολλές αντιστάσεις που πρέπει να ξεπεραστούν. Οι ίδιοι οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας όμως πρέπει να αρχίσουν να σκέφτονται το ενδεχόμενο να μοιραστούν τη δύναμη που τους δίνει η επαγγελματική τους θέση, με τους χρήστες των υπηρεσιών (Poray & Williams, 1994). Πόσο έτοιμοι όμως είναι για ένα τέτοιο ενδεχόμενο; Οι επαγγελματίες υγείας δεν μοιράζονται εύκολα την δύναμη τους (Ross, 1995). Έχουν την γνώση, που τους δίνει ένα είδος δύναμης στον τομέα της υγείας, την οποία δεν μοιράζονται εύκολα με τους άλλους (Lugemwa, 2007).

Οι επαγγελματίες υγείας όμως, ακόμα και όταν συμμετέχουν ως ερευνούμενοι στην εκτίμηση των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού, συνήθως φοβούνται να εκφράσουν τα αδύνατα σημεία των υπηρεσιών υγείας και να τους ασκήσουν κριτική, από φόβο μήπως κατηγορηθούν για τις ακάλυπτες ανάγκες που τυχόν εκφράσουν. Τίθεται ξανά το θέμα της έλλειψης δύναμης των επαγγελματιών και η αναγκαιότητα ενδυνάμωσής τους. Σε δημοσίευτη έρευνα των συγγραφέων, σχετικά με τις ανάγκες υγείας των γυναικών στο Δήμο Γοργολαΐνη στην Κρήτη, οι επαγγελματίες υγείας στις υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής του Δήμου παρουσίασαν μια ιδανική κατάσταση. Αφενός για να μην κατηγορηθούν οι ίδιοι για τη μη ικανοποίηση των ακάλυπτων αναγκών και αφετέρου από φόβο μην δεν γίνουν αρεστοί στους πολιτικούς τους προϊσταμένους. Η έλλειψη δύναμης στους επαγγελματίες αυτούς είναι προφανής.

Παράλληλα όμως φαίνεται και η έλλειψη εκπαίδευσης τους έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τι πραγματικά είναι ανάγκη υγείας και πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος τους να είναι αντικειμενικοί σε αυτή τη διαδικασία. Οι επαγγελματίες υγείας όταν συμμετέχουν ως ερευνούμενοι για να διατυπώσουν τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού δίνουν μια στενή και μονόπλευρη άποψη αποφεύγοντας να ασκήσουν οποιαδήποτε κριτική (Pepall και συν. 2006). Πολλές φορές βέβαια η ίδια η οργάνωση ή η υπηρεσία δεν ενθαρρύνει τους εργαζόμενους για κάτι τέτοιο (Δούκα,

2006). Αντίθετα από αδημοσίευτη έρευνα των συγγραφέων, όταν οι ίδιοι οι υπεύθυνοι ή οι πολιτικοί προϊστάμενοι καλούνται να εκφράσουν άποψη για τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού της ευθύνης τους, παρουσιάζουν μια ιδανική εικόνα της κατάστασης, αποφεύγοντας να παρουσιάσουν ελλείψεις.

Συμπέρασμα: Προτάσεις για την προαγωγή της ενδυνάμωσης μέσω της κοινοτικής αποτίμησης

Στην εκτίμηση των αναγκών υγείας με τη μέθοδο της κοινοτικής αποτίμησης όλοι οι συμμετέχοντες πρέπει να μουν στο κέντρο της έρευνας (Lazenbath και συν. 2001). Είναι απαραίτητο δηλαδή να υπάρχει ουσιαστική ενδυνάμωση και συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων μερών (Patton, 2002). Οι εξυπηρετούμενοι των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενεργοί πολίτες στην αναγνώριση, αξιολόγηση και διαπραγμάτευση των προβλημάτων που οι ίδιοι θεωρούν σημαντικά (Δούκα, 2006). Βέβαια τίθεται ο προβληματισμός πόσο εύκολο είναι για τους εξυπηρετούμενους, που συνήθως είναι άνθρωποι αποκλεισμένοι και πολλές φορές αδύναμοι, να μπορέσουν να διεκδικήσουν ουσιαστικό ρόλο στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας τους. Σε αδημοσίευτη έρευνα, σχετικά με το πώς εμπλέκονται οι ανάπηροι στο σχεδιασμό κοινοτικών υπηρεσιών στο στάδιο της συμβουλευτικής, οι ίδιοι οι ερευνούμενοι ανάπηροι παρουσιάζονται να είναι αδύναμοι οικονομικά, πολιτικά και προσωπικά όταν παίρνουν μέρος σε συμμετοχικές έρευνες. Θεωρούν ότι δεν έχουν ουσιαστικό ρόλο στην έρευνα καθώς δεν ξέρουν κατά πόσο οι απόψεις τους εισακούονται από τους υπεύθυνους. Δηλαδή δεν παίρνουν ανατροφοδότηση σε σχέση με όσα λένε και δεν θεωρούν ότι έχουν λόγο στο σχεδιασμό της συμμετοχικής έρευνας (Moudatsou, 2001).

Για το λόγο αυτό προτείνεται ότι οι ίδιες οι υπηρεσίες πρέπει να στηρίζουν, να εκπαιδεύουν και να ενδυναμώνουν το προσωπικό τους, έτσι ώστε και εκείνοι με τη σειρά τους να ενδυναμώνουν τους χρήστες των υπηρεσιών τους, για να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά (Δούκα, 2006). Για ουσιαστική συμμετοχή με τη μέθοδο της κοινοτικής αποτίμησης χρειάζεται πολυεπίπεδη μεταφορά δύναμης. Τίθεται όμως ως προϋπόθεση το θέμα της πολιτικής βούλησης σε επίπεδο κεντρικής και τοπικής εξουσίας. Αυτό όμως προϋποθέτει και την ενδυνάμωση των εργαζομένων, οι οποίοι πλέον δεν θα φοβούνται να μοιραστούν τη δύναμη τους με τους εξυπηρετούμενους (Poray & Willims, 1994, Smith και συν. 2005). Απαραίτητη βέβαια είναι η επαρκής χρηματοδότηση τέτοιων συμμετοχικών ερευνών (Faridi και συν. 2007).

Σημαντική όμως είναι και η εκπαίδευση του προσωπικού που θα αναλάβει να διεκπεραιώσει την εκτίμηση των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού με τη μέθοδο της κοινοτικής αποτίμησης (Murray, 1999, Smith και συν. 2005). Παράλληλα όμως η εκπαίδευση θα πρέπει να γίνεται και στους ίδιους τους πολίτες, οι οποίοι θα πρέπει να μάθουν πώς μπορούν να συμμετέχουν ουσιαστικά για να έχουν ενεργό ρόλο στην εκτίμηση των αναγκών υγείας τους (Smith και συν. 2005). Για το λόγο αυτό

κρίνεται απαραίτητη η συνδρομή ερευνητικών κέντρων και πανεπιστημίων που θα στηρίξουν εκπαιδευτικά την προσπάθεια για συμμετοχική έρευνα (Lugemwa, 2007, Faridi και συν. 2007).

Βιβλιογραφία

- Arnestein, S., (1969). «A ladder of citizen participation», *Journal of American Institute of Planners*, 35, 216-224.
- Beresford, P., Campbell, P., (1994). «Disabled people, service users, user involvement and representation», *Disability and Society*, 9, 315-325.
- Bradshaw, JR., (1994). «The conceptualization and measurement of need: A social policy perspective» στο Popay. J., Williams. G., (επιμ.), *Researching the People's Health, Canada*, Routledge, 45-57.
- Braye, S. (1995). *Empowering Practice in Social Care*, Buckingham, Open University Press.
- Brown, C., Lloyd, S., Murray, SA., (2006). «Using consecutive rapid participatory appraisal studies to assess, facilitate and evaluate health and social change in community settings», *BMC Public Health*, 6, 68-76.
- Carter, T., Beresford, P., (2000). *Age and Change Models of Involvement for Older People*, York, Joseph Rowntree Foundations.
- Cowley, S., Bergen, A., Young, K., Kavanagh, A., (2000). «Generalizing to theory: the use of a multiple case study design to investigate needs assessment and quality of care in community nursing», *International Journal of Nursing Studies*, 37, 219-228.
- Croft, S., Beresford, P., (1993). *Getting Involved: A Practical Manual*, London, Open Services Project and Joseph Rowntree Foundation.
- Dale, J., Shipman, C., Lacock, L., Davies, M., (1996). «Creating a shared vision of out of hours care: using rapid appraisal methods to create an interagency, community oriented, approach to service development», *British Medical Journal*, 312, 1206-1210.
- Davison, H., Capewell, S., Macnaughton, J., Murray, SA., Hanlon, P., Mc Ewen, J., (1999). «Community-oriented medical education in Glasgow: Developing a community diagnosis exercise», *Medical Education*, 33, 55-62.
- Department for Communities and Local Government, (2006). *Strong and Prosperous Communities: the local government white paper*, Norwich, Crown Copyright.
- Δούκα, Μ., (2006). «Ενδυνάμωση: Μια πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία», *Κοινωνική Εργασία*, 84, 199-210.
- Dubajic, B., (2003). *Health Needs Services and System Assessment Preliminary Analysis*, Baghdad, AL Rasafa Health Directorate.
- Faridi, Z., Grunbaum, JA., Sajor Gray, B., Franks, A., Simoes, E., (2007). «Community-based participatory research: Necessary next steps». *Public Health Research Practice*, (online) 4, 70-76 διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi>
- Fisher, B., (1999). «Community development, user involvement and primary health

- care». *British Medical Journal*, 318, 749-750.
- Fitch, C., Stimson, Gr., Rhodes, T., Poznyak, T., (2004). «Rapid assessment: An international review of diffusion, practice and outcome in the substance use field», *Social Science and Medicine*, 59, 1819-1830.
- Freire, P., (1973). *Education for Critical Consciousness*, New York, Seabury.
- Grant, R., (2005). «Lay perceptions of health and health needs», *Community Practice*, 78, 133-139.
- Hassan, MM., (2005). «Arsenic poisoning in Bangladesh: Spatial mitigation planning with GIS and public participation», *Health Policy*, 74, 247-260.
- Hooper, J., Longworth, P., (2002). *Health Needs Assessment Workbook*, London, Development Agency.
- Jordan, J., Wright, J., Wilkinson, J., Williams, R., (1998). «Assessing local health needs in primary care. Understanding experiences in three English districts», *Quality Health Care*, 7, 83-89.
- Koelen, MA., Vaandrager, L., Colomer, C., (2001). «Health promotion research: Dilemmas and challenges», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 257-262.
- Κριτσωτάκης, Γ., Μαϊόβης, Π., Κούτης Α., Φιλαλήθης, Α., (2009). «Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας: Η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26: 523-535.
- Landers, A., (1997), *Strategies to Encourage Participating*, London, C.W.C.
- Lazenbatt, A., Lynch, U., O'Neil, E., (2001). «Revealing the hidden 'troubles' in Northern Ireland: The role of participatory rapid appraisal», *Health Education Research*, 16, 567-578.
- Lock, K., (2000). «Health impact assessment». *British Medical Journal*, 320, 1395-1398.
- Lugemwa, EK., (2007). *Promoting Community Partnership and Involvement under Limited Resources: Opportunities, gains and challenges*, Rwanda, VVOB Skills Lab Project.
- Maalim, AD., (2006). «Participatory rural techniques in disenfranchised communities: a Kenyan case study», *International Nursing Review*, 53, 178-188.
- Macauley, AC., Commanda, LE., Freeman, WL., Gibson, N. McCabe, ML. Robbins, CM., Et al, (1999). «Participatory research maximises community and lay involvement». *British Medical Journal*, 319, 774-778.
- Mahmood, MA., Khan, KS., Kadir, MM., Barney, N., Ali. S., Tunio, R., (2002). «Utility of participatory rural appraisal for health needs assessment and planning», *Journal of Pakistan Medical Association*, 52, 296-300.
- Marmot, MG., Wilkinson, RG., (1999). *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press.
- McKeganey, N., (2000). «Rapid assessment and response: Really useful knowledge or an argument for bad science?», *International Journal of Drug Policy*, 11, 13-18.
- Meyer, J., (1996). «Using qualitative methods in health- related action research», στο Pope, C., Mays, N., (επιμ.), *Qualitative Research in Health Care*, London, BMJ Books, 59-74.
- Mittelmark, M., (2001). «Promoting social responsibility for health: Health impact

- assessment and healthy public policy at the community level», *Health Promotion International*, 16, 269-274.
- Moudatsou, M. (2001). *The challenge of involving disabled people in community care plans at the stage of consultation: Difficulties- enabling factors*, Social Policy Master Dissertation: York University Uk.
- Murray, SA., Tapson, J., Turnpull, L., McCallum, J., Little, A., (1994). «Listening to local voices: Adapting rapid appraisal, to assess health and social needs in general practice», *British Medical Journal*, 308,698-700.
- Murray, SA., Graham, LJ., (1995). «Practice based health needs assessment. Use of four methods in a small neighbourhood», *British Medical Journal*, 310, 1443-1448.
- Murray, SA., (1999). «Experiences with rapid appraisal in primary care. Involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students», *British Medical Journal*, 318, 440-444.
- Mutero, CM., Kabutha, C., Kimani, V., Kabuage, L., Gitau, G., Et al (2004). « A transdisciplinary perspective on the links between Malaria and agro ecosystems in Kenya», *Acta Tropical*, 89, 171-186.
- Myers, F., Macdonald, C., (1996). «Power to the People», *Health and Social Care in the Community*, 4, 86-95.
- NICE, (2008). *Community Engagement to Improve Health*, London, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Oliver, SR., Clarke-Jones, RW., Rees, L., Milne, R., Buchanan, P., Gabbay, J., Et al, (2004). «Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: Developing an evidence- based approach», *Health Technology Assessment*, 8, 1-148.
- Ong, BN., Humphris, G., Annet, H., Rifjin, S., (1991). «Rapid appraisal in an urban setting: An example from the developed world», *Social Science and Medicine*, 32,909-915.
- Palmer, C., (1999). «Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: Qualitative study», *British Medical Journal*, 319,743-748.
- Patton, MQ., (2002). *Qualitative Evaluation Methods*, California, Sage Publications.
- Pepall, E., Earnest, J. James, R. (2006). «Understanding community perceptions of health and social needs in a rural Balinese village: Results of a rapid participatory appraisal», *Health Promotion International*, 22, 44-52.
- Popay, J., Williams, G., (1994). *Researching People's Health*, New York, Rutledge.
- Pope, C., Mays, N., (1990). «Opening the black box: An encounter in the corridors of health services research». *British Medical Journal*, 306, 315-318.
- Rhodes, T., Stimson, G., Fitch, C., Ball, A., Renton, A., (1999). «Rapid assessment, injecting drug use and public health» *Lancet*, 354, 65-68.
- Rifkin, S., (1992). «Rapid appraisal for health», *Rapid Rural Appraisal Notes*, 7, 7-12.
- Ross, K., (1995). «Speaking in tongues: Involving users in day care services», *British Journal of Social Work*, 25, 791-804.
- Rowa-Dewar, N., Ager, W., Ryan, K., Hargan, I., Hubbard, G., Kearney, N., (2008). «Using a rapid appraisal approach in a nationwide, multisite public involvement study in Scotland», *Qualitative Health Research*, (online), Διαθέσιμο στην ηλεκτρο-

νική διεύθυνση: <http://online.sagepub.com>

- Safari, N., (2009). *Needs Assessment in Farrokshahr City, Iran, Using Rapid Appraisal Method in 2004*, Iran, Ministry of Health and Shahrekod University.
- Satia JK., Mavalankar, DV., Sharma, B., (1994). «Micro-level planning using rapid assessment for primary care services», *Health Policy and Planning*, 9, 318-330.
- Secretary of State for Health, (1997). *The New NHS: modern, dependable*. Cm 3807, London, The Stationery Office.
- Shamian, J., Kupe, S., (1993). *Community Participation, Primary Health Care and the Nurse in Botswana*, Canada, University of Toronto.
- Smith, S. Long, J. Deady, J., O'Keeffe, F., Handy, D., O'Dowd, T., (2005). «Adapting developing country epidemiological assessment techniques to improve the quality of health needs assessments in developed countries», *British Medical Journal, Health Services Research*, 5, 32-36.
- Σταθόπουλος, Π., (2000). *Κοινοτική Εργασία (διαδικασία, μέθοδος και τεχνικές παρέμβασης)*, Αθήνα, Παπαζήσης.
- Thein, K., Thuya Zaw, K., Teng, RE., Liang, C., Julliard, K., (2009). «Health needs in Brooklyn's Chinatown: a pilot assessment using rapid participatory appraisal». *Health Care Poor Underserved*, 20, 378-394.
- Thies, J., Grady, H., (1991). *Participatory Rapid Appraisal for Community Development*, London, Save the Children.
- Townsend, P., Philimore, P., Beattie, A., (1988). *Health and Deprivation: Inequality in the North*, London, Croom-Helm.
- Welsh Consumer Council Discussion, (1990). *Putting People First, Consumer Consultation and Community Care*, Cardiff, Welsh Consumer Council.
- W.H.O., UNICEF, (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata*, Geneva, W.H.O.
- W.H.O., (1985). *Targets for Health for all*, Copenhagen, World Health Organisation Regional Office for Europe.
- W.H.O., (1996). *The Ljubljana Charter-reforming Health Care*, Copenhagen, W.H.O.
- W.H.O. (2000). *Primary health care 21 'Everybody's Business': An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata*, Geneva, W.H.O.
- W.H.O. (2001). *Community Health Needs Assessment. An Introductory Guide for the Family Health Nurse in Europe*, Copenhagen, W.H.O.
- W.H.O. (2008). *The World Health Report- Primary Health Care: Now more than ever*, Switzerland, WHO.
- Wilkinson, J., Murray, SA., (1998). «Assessment in primary care: Practical issues and the possible approaches», *British Medical Journal*, 316, 1524-1528.
- Williams, KJ., Bray, PG., Shapiro-Mendoza, CK., Reisz, I., Perontteau, J., (2009). «Modelling the principles of community -based research in a community health assessment conducted by a health foundation», *Health Promotion Practice*, 10, 67-75.
- Williams, R., Wright, J., (1998). «Epidemiological issues in health needs assessment», *British Medical Journal*, 316, 1379-1382.
- Wright, J., Walley, J., (1998), «Assessing health needs in developing countries». *British Medical Journal*, 316, 1819-1823.