



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**Προγραμμα Μεταπτυχιακων Σπουδων
Δημοσια Υγεια & Διοικηση Υπηρεσιων Υγειασ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ΦΙΛΟΛΙΤΑΚΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ
Κοινωνική Λειτουργός

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :

ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης

ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:

ΚΟΥΤΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ, Διδάκτωρ Κοινωνικής Ιατρικής

Ηράκλειο, Μάρτιος 2010

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή Α. Φιλαλήτη για την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον συνεπιβλέποντα καθηγητή κ. Α. Κούτη, ο οποίος με την αμέριστη συμπαράσταση και την ουσιαστική καθοδήγηση του βοήθησε στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Ακόμα θα ήθελα να εκφράσω τις μου ευχαριστίες στον κ. Μ. Λιναρδάκη, Στατιστικό, Msc, του Πανεπιστημίου για την πολύτιμη βοήθεια του στο μεθοδολογικό μέρος της έρευνας.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Δήμαρχο του Δήμου Ν. Καζαντζάκη κ. Ρ. Κυπριωτάκη και σε όλους τους φορείς του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη και ιδιαίτερα την κ. Χρηστάκη Μαριάνθη για την πολύτιμη συνεργασία τους. Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους κατοίκους των Κουνάβων, οι οποίοι συμμετείχαν πρόθυμα στην διεξαγωγή της έρευνας.

Την παρούσα εργασία θα ήθελα να την αφιερώσω στον σύζυγο μου Νίκο και στην κόρη μας Εμμανουέλλα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| Περιεχόμενα | II |
| Περίληψη | 1 |
| ABSTRACT | 3 |
| Εισαγωγή | 5 |
| Σκοπός της Μελέτης..... | 7 |
| Ερευνητικά ερωτήματα..... | 7 |
| Βιβλιογραφική Ανασκόπηση | 8 |
| Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Εκτίμησης Αναγκών Υγείας..... | 8 |
| Η σημασία της Εκτίμησης Αναγκών Υγείας σε τοπικό επίπεδο (στόχοι)..... | 9 |
| Θεωρητικές Προσεγγίσεις για την εκτίμηση αναγκών υγείας..... | 11 |
| Τα Στάδια ανάπτυξης της Εκτίμησης Αναγκών Υγείας..... | 15 |
| Μέθοδοι (Ερευνητικά εργαλεία) για την εκτίμηση αναγκών υγείας..... | 19 |
| Μεθοδολογία | 27 |
| Υλικό – πληθυσμός..... | 27 |
| Μέθοδος..... | 27 |
| Διεξαγωγή της έρευνας..... | 30 |
| Στατιστική Ανάλυση..... | 31 |
| Αποτελέσματα | 32 |
| Δημογραφικά στοιχεία του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων..... | 32 |
| Άτομα κατακεκλιμένα και μη-αυτοεξυπηρετούμενα στο μόνιμο πληθυσμό των Κουνάβων. Αιτίες κατάκλισης / μη- αυτοεξυπηρέτησης, Υπολειπόμενη φροντίδα..... | 35 |
| Συζήτηση | 42 |
| Περιορισμοί της Μελέτης..... | 42 |
| Συζήτηση Αποτελεσμάτων..... | 43 |
| Συμπεράσματα-Προτάσεις..... | 53 |
| Βιβλιογραφία | 55 |
| Αγγλική..... | 55 |
| Ελληνική..... | 61 |

| | |
|---|-----------|
| Παράρτημα 1 | 63 |
| Πίνακας 1..... | 64 |
| Πίνακας 2..... | 65 |
| Πίνακας 3..... | 66 |
| Πίνακας 4..... | 67 |
| Πίνακας 5..... | 68 |
| Πίνακας 6..... | 69 |
| Πίνακας 7..... | 70 |
| Πίνακας 8..... | 71 |
| Πίνακας 9..... | 72 |
| Πίνακας 10..... | 73 |
| Πίνακας 11..... | 74 |
| Πίνακας 12..... | 74 |
| Πίνακας 13..... | 75 |
| Πίνακας 14..... | 76 |
| Πίνακας 15..... | 77 |
| Πίνακας 16..... | 78 |
| Πίνακας 17..... | 79 |
| Πίνακας 18..... | 80 |
| Πίνακας 19..... | 81 |
| Πίνακας 20..... | 82 |
| Πίνακας 21..... | 83 |
| Πίνακας 22..... | 84 |
| Πίνακας 23..... | 85 |
| Πίνακας 24..... | 86 |
| Παράρτημα 2 | 87 |
| Πρωτόκολλο Εκτίμησης των Αναγκών Υπολειπόμενης Υγειονομικής και Κοινωνικής φροντίδας..... | 88 |
| Παράρτημα 3 | 90 |
| Κωδικοποιήσεις | 91 |
| Παράρτημα 4 | 96 |

Χαρτογράφηση του Δημογραφικού Διαμερίσματος των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη.....97

Παράρτημα 598

Δημοσίευση με θέμα : «Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση. Το πρώτο αναπτυξιακό βήμα Κοινωνικής πολιτικής σ' ένα Δήμο της Κρήτης», στην Ιατρική.....99

Περίληψη

Εκτίμηση των αναγκών υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας σε μια περιοχή της Κρήτης

Της: Φιολιτάκη Χαρίκλειας

Υπό τη επίβλεψη του αναπληρωτή Καθηγητή κ. Α. Φιλαλήθη

Μάρτιος 2010

Σκοπός της Μελέτης είναι η εκτίμηση των αναγκών υπολειπόμενης, υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας του μόνιμου πληθυσμού του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, καθώς και η αποτύπωση των φορέων, που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας του παραπάνω πληθυσμού.

Πληθυσμός – Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν όλα τα ενεργά νοικοκυριά του παραπάνω οικισμού (μόνιμα διαμένοντες). Συμπληρώθηκε δημογραφικό δελτίο με προσωπικές συνεντεύξεις στα σπίτια, το οποίο κατέγραφε δημογραφικά στοιχεία, τα κατακεκλιμένα και μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, καθώς και την υπολειπόμενη υγειονομική και κοινωνική φροντίδα. Τέλος καταγράφονται οι φορείς, που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας των κατακεκλιμένων και μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων.

Αποτελέσματα: Ο μόνιμος πληθυσμός των Κουνάβων είναι 753 άτομα, που ανήκουν σε 295 ενεργά νοικοκυριά- 99 άτομα (13,1%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 0-14, 461 άτομα (61,3%) στην 15-64 και 193 άτομα (25,6) είναι 65+. Κατακεκλιμένοι : 8 άτομα (1,0%), μέση ηλικία 80,3 έτη, 5 άτομα μένουν σε διμελή νοικοκυριά, 2 σε τριμελή και 1 μόνο του, τα 7 άτομα καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας τους και 1 δεν μπορούσε κανείς να δηλώσει. Οι

φορείς που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας τους είναι: οικογένεια συγγενείς (7 άτομα), Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (2 άτομα), Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι (3 άτομα). Μη-αυτοεξυπηρετούμενοι: 107 άτομα (14,2%), μέση ηλικία 72,2 έτη, 49 άτομα (45,8 %) μένουν σε διμελή νοικοκυριά ενώ 30 άτομα (28,%) μένουν μόνοι τους. Στο 79,4% καλύπτονται οι ανάγκες τους, ενώ στο 20,6% δηλώθηκαν υπολειπόμενες φροντίδες, όπως 16 άτομα δήλωσαν ιατρονοσηλευτικές ανάγκες, 9 άτομα οικιακές, 5 ψυχολογική στήριξη, 8 κοινωνικές και 4 μεταφορά στο γιατρό. Οι φορείς που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας τους είναι: οικογένεια συγγενείς (82 άτομα), Δημόσιο Νοσοκομείο (24 άτομα), Περιφερειακό Ιατρείο (14 άτομα), Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (11 άτομα), Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι (4 άτομα). Νοικοκυριά αναφοράς δεν δήλωσαν 94 νοικοκυριά (31,9%), σε 18 από αυτά διαμένουν μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα. Δημογραφική γήρανση: δείκτης γήρανσης 194,9, δείκτης εξάρτησης 63,3 και δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων 41,8.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για ένα γερασμένο δημογραφικά πληθυσμό, με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και μεταβατική οικονομία. Μόλις το 4,8% (36 άτομα) δήλωσαν ως κύριο επάγγελμα την γεωργία, ζωοκομία. Το άτυπο κοινωνικό δίκτυο εξακολουθεί να λειτουργεί και κυρίως η οικογένεια συνεχίζει σε μεγάλο βαθμό να καλύπτει τις ανάγκες φροντίδας του πληθυσμού. Η ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι και Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, όπως το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι συνεισφέρουν στη φροντίδα του πληθυσμού. Αναδύεται η ανάγκη για ολοκληρωμένες παρεμβάσεις σε τοπικό επίπεδο. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση οφείλει να συνδράμει στην βελτίωση των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών, στην διασύνδεση και τον συντονισμό των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας στην κοινότητα από την μια και από την άλλη, μέσω της συστηματικής εκτίμησης των αναγκών υγείας και την συμμετοχή των πολιτών, να αναπτύξει νέες ενδιάμεσες δομές για την προαγωγή της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: εκτίμηση αναγκών υγείας, υπολειπόμενη φροντίδα, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τοπική Αυτοδιοίκηση

Abstract**Title: Assessment of unmet health and social care needs in a region of Crete.****By Chariklia Fiolitaki****Under the supervision of Associate Professor Anastasios Philalithis****March 2010**

The aim of this study is the assessment of unmet health and social care needs of the permanent population in a village of Kounavous in N. Kazantzakis municipality, as well as to describe all the institutions (services), that covers the needs of care of this population.

Material – Method: A cross-sectional study was designed. All households were interviewed to give demographic data, data concerning bedfast and housefast people, unmet health and social care needs, support households and the contributors in care for these people in community.

Results: There were interviewed 753 permanent inhabitants (295 active households) - 99 individuals (13,1%) belong in age-related team from 0-14, 461 individuals (61,3%) in the 15-64 and 193 individual (25,6%) are 65 +. There were found 8 (1,0%) bedfast people of a mean age 80,3 years, 5 individuals live in couples, 1 person live alone, 2 individuals live in house with three members. Also seven people could cover their needs of care and one could not declare. The institutions that cover their needs of care are: family/ relatives (7 individuals), Program of Help at home (2 individuals), Private care at home (3 individuals). There were found 107 more or less housefast people (14,2%), a of a mean age 72,2 years, 49 individuals (45,8 %) live in couples, 30 individuals (28, %) live alone, 79,4% can cover their needs. There were found 22 uncovered person-needs (20,6%) : 16 individuals declared medical and nursing care, 9 individuals housework, 5 psychological support, 8 social support and 4 transportation in the doctor. The institutions that cover their needs of care are: family/ relatives (82 individuals), Public Hospital (24 individuals), Regional health services (14 individuals), Program of Help at home (11 individuals), Private care at home (4 individuals). 94 households (31,9%) declared no households they could ask support from. There was significant demographic aging: aging index 194,9, dependence index 63,3 and dependence old index 41,8.

Conclusions: The permanent population of Kounavous in N. Kazantzakis municipality is demographically old aged population, with low educational level and transient economy. The informal social network continues functioning. The family has an important role in covering the needs of care of population. The private care at home and Primary Care Institutions in local level, as the Program of Help at home could contribute in the care of population. Integrated primary health care interventions are an emergent issue in local level. The Local government owes to contribute in the improvement of already existing services, in the cohesion and co-ordination of institutions of primary care in the community. The systematic assessment of health and social care needs and the attendance of citizens could help to develop new structures and services for health promotion in the community.

Key words: health needs assessment, unmet health and social needs, primary health care, Local Government

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλές μελέτες, στην διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρονται στην εκτίμηση αναγκών υγείας (health needs assessment), ως το μέσο, το οποίο δίνει τη δυνατότητα να μάθουμε περισσότερα για τις ανάγκες υγείας, τόσο των ασθενών, όσο και του πληθυσμού σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Παρέχει ένα ξεκάθαρο πλαίσιο αντικειμενικών στόχων για τις ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας και επηρεάζει την πολιτική για την υγεία, καθορίζοντας προτεραιότητες και κάνοντας ορθολογική κατανομή των πόρων (Wright, 1998). Το πρόβλημα, που προκύπτει, είναι ότι οι υπηρεσίες, οι δομές και τα προγράμματα φροντίδας συχνά δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας των ατόμων και των πληθυσμών. Ακόμα δεν λαμβάνονται υπόψη οι αντιλήψεις των ασθενών, τα είδη των αναγκών τους, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (health status), η καθημερινή ζωή (lifestyle), το περιβάλλον, βιολογικοί και άλλοι παράγοντες (Wilkinson, Murray, 1998).

Ο καθορισμός της έννοιας της «ανάγκης», της «υγείας» και των «αναγκών υγείας» είναι δύσκολος, καθώς περιλαμβάνει μια ποικιλομορφία χαρακτηριστικών όπως την προσωπική και κοινωνική φροντίδα, την φροντίδα υγείας, την στέγαση, την οικονομία, την εκπαίδευση, την απασχόληση, τον ελεύθερο χρόνο, την πρόσβαση και την μεταφορά στις υπηρεσίες υγείας (Asadi-Lari, Packham, Gray, 2003b). Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι το πρόβλημα, που αξίζει να ερευνηθεί είναι οι ανάγκες φροντίδας σε μια καθορισμένη γεωγραφικά περιοχή κατά πόσο είναι εκφρασμένες, συνειδητοποιημένες και καλύπτονται από διάφορους φορείς ή παραμένουν ακάλυπτες.

Σχετικά με τις ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας (unmet needs), έρευνες δείχνουν ότι το ιατροκεντρικό μοντέλο της φροντίδας της υγείας συχνά αγνοεί τη ποιότητα ζωής των ασθενών και τη κοινωνική τους θέση. Η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη του οικογενειακού περιβάλλοντος ή άλλου υποστηρικτικού πλαισίου, άτομα, που μένουν μόνα τους με προβλήματα υγείας, οι συνθήκες διαβίωσης, στέγασης, το χαμηλό εισόδημα, η έλλειψη υγειονομικής ασφάλισης, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας μπορούν να δημιουργήσουν ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας. Όταν οι ανάγκες υγείας των ατόμων μπορούν να εκφραστούν και να εκτιμηθούν, τότε μπορούν να προκύψουν σημαντικές αλλαγές και βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης για την φροντίδα υγείας (Asadi-Lari, Packham, Gray, 2003a).

Ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας παρουσιάζουν κυρίως οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού - ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι ηλικιωμένοι, τα ανασφάλιστα άτομα, οι εθνικές και

φυλετικές μειονότητες, οι άστεγοι, οι ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας, λόγω της μειωμένης προσβασιμότητας τους στις υπηρεσίες υγείας και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού τους επιπέδου (Kataoka, Zhang, Wells, 2002; Shi, Stevens, 2005; Poortinga, Dunstan, Fone 2007; Hendry, Williams, Wilkinson, 2008). Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στην Μπαρτσελόνα της Ισπανίας από τον Alonso και τους συνεργάτες του (1997), βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση του υψηλού δείκτη θνησιμότητας με τις ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας (η θνησιμότητα αυξήθηκε από 10%, σε 155%) και επίσης ότι το 10% -20% του συνόλου των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιούσε τις υπηρεσίες υγείας (Alonso, Orfila, Ruigomez, M'anto, 1997). Στον Καναδά το ποσοστό των ατόμων, που δήλωσαν ακάλυπτες ανάγκες υγείας αυξήθηκε από 6% το 1998-1999, σε 12% το 2000-2001, περιγράφοντας ως υπολειπόμενες ανάγκες την μη-προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και την μεγάλη αναμονή σε χρόνο, προκειμένου να δεχτούν υπηρεσίες (ιατρονοσηλευτικές, οικιακή βοήθεια, ψυχολογική στήριξη κ.α.), όταν πραγματικά τις χρειάζονται (Sanmartin, Houle, Tremblay, Berthelot, 2002). Τέλος έρευνες δείχνουν ότι η οικογένεια αναλαμβάνει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα υγείας (Thyen, Spernera, Morfelda, Meyera, Ravens-Sieberera, 2003).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η εκτίμηση των αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο περιγράφεται ως ένα πολύτιμο εργαλείο για τις κυβερνήσεις των αναπτυσσόμενων χωρών, προκειμένου να μειώσουν τις ανισότητες στην υγεία, να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού και να μειώσουν το χάσμα μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών ομάδων ή περιοχών (Russel, Stewart 1995; Fuller, Bentley, Shotton, 2001; Houston, Cowley 2002; Temple, Glenister, Raynes 2002; Williams, Lyons, Rowland 2002; Houston, Cowley 2003; McEwen,; Horne, Castello 2006).

Αλλά και χώρες, οι οποίες βρίσκονται σε διαδικασία ανάπτυξης και ανοικοδόμησης του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας ή χώρες, που για χρόνια αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα, λόγω αστάθμητων παραγόντων (εμφύλιοι πόλεμοι, φυσικές καταστροφές), υιοθετούν την παραπάνω μεθοδολογία (Palmer, 1999; Mokgele, 1999; Abdulraheem, 2007; Thein, Zaw, Teg, Liang, Julliard, 2009).

Στην Ελλάδα λίγα είναι τα εγχειρήματα εκείνα, που έχουν καταγραφεί και τα οποία αποτυπώνουν αντίστοιχες προσπάθειες για την εκτίμηση αναγκών υγείας και τις ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (Lindholm, Koutis, Lionis, Vlachonikolis, Isacsson, Fioretos, 1992; Λιονής, Κούτης, 1992; Λιονής, Κούτης 1995; Chatziarsenis et al, 1999;

Κούτης, Φιολιτάκη 2002; Κοτσαμπασόπουλος 2007; Σκαπινάκης, Ζήση, Σαββίδου, Τσελώνη, Χίου 2007).

Συγκεκριμένα το 1999 πραγματοποιήθηκε η Μελέτη Κοινωνικής Δημογραφίας και εκτίμησης των αναγκών υπολειπόμενης φροντίδας στο Δήμο Ν. Καζαντζάκη σε συνεργασία με την Μονάδα Προαγωγής Υγείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Σκοπός της μελέτης ήταν η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων των δημογραφικών χαρακτηριστικών του μόνιμου πληθυσμού του Δήμου και της εκτίμησης των αναγκών του σε υπολειπόμενη υγειονομική και κοινωνική φροντίδα. Τα δεδομένα, που προέκυψαν από τη μελέτη βοήθησαν το Δήμο να διεκδικήσει χρηματοδότηση σε διάφορα Ευρωπαϊκά και άλλα προγράμματα, να συστήσει τον Οργανισμό Προαγωγής Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας («Δημοτική Μέριμνα» – Ν.Π.Δ.Δ.) και να υλοποιήσει προγράμματα πρόληψης, αγωγής-προαγωγής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Με βάση τα παραπάνω παρουσιάζει ενδιαφέρον η εκπόνηση μελέτης με θέμα την εκτίμηση των αναγκών υπολειπόμενης φροντίδας στο μόνιμο πληθυσμό του οικισμού Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, δέκα χρόνια μετά την προαναφερθείσα μελέτη, χρησιμοποιώντας τα ίδια μεθοδολογικά εργαλεία.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση των αναγκών υπολειπόμενης, υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας του μόνιμου πληθυσμού του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, όπως επίσης και η αποτύπωση των φορέων που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας του παραπάνω οικισμού.

Ερευνητικά ερωτήματα

- α) Τί ανάγκες υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας υπάρχουν στον πληθυσμό (ακάλυπτες ανάγκες);
- β) Αν καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας τους, από ποιους φορείς; (οικογένεια - συγγενείς, άτυπα δίκτυα φροντίδας στην κοινότητα, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας).

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Εννοιολογικός προσδιορισμός της εκτίμησης αναγκών υγείας

Η **εκτίμηση των αναγκών υγείας (health needs assessment)** είναι η διαδικασία με την οποία τα άτομα ενθαρρύνονται να σκεφτούν την υγεία τους και τι μπορούν να κάνουν για να την βελτιώσουν, αναλαμβάνοντας δράση. Η παραπάνω διαδικασία υποστηρίζεται από τρεις βασικές αρχές, την βελτίωση (improvement), την ολοκλήρωση (integration) και την συμμετοχή (involvement), (Hooper, Longworth 2002).

Όπως υπογραμμίζουν οι Wright, Williams και Wilkinson (1998): *Η εκτίμηση αναγκών είναι μια συστηματική προσέγγιση, με την οποία διασφαλίζεται ότι οι υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιούν όλες τις πηγές, προκειμένου να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού. Περιγράφει τα προβλήματα υγείας, υπογραμμίζει τις ανισότητες, παρέχει πρόσβαση στις υπηρεσίες και καθορίζει προτεραιότητες, αξιοποιώντας αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους. Η προσέγγιση αυτή πρέπει να ισορροπεί ανάμεσα σε κλινικές, ηθικές και οικονομικές αντιλήψεις σχετικά με την «ανάγκη»-τι πρέπει να γίνει, τι μπορεί να γίνει και τι δυνατότητες υπάρχουν. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας δεν πρέπει, επομένως, να είναι μόνο μια μέθοδος μέτρησης της αρρώστιας στην υγεία, αλλά να ενσωματώνει την ικανότητα για όφελος και αποτελεσματικότητα στα επιτεύγματα της υγείας* (Wright et al, 1998, p. 1311) (μετάφραση από τον συγγραφέα).

Είναι σημαντικό ότι ο όρος «εκτίμηση αναγκών υγείας» περιγράφει τις κυρίαρχες προσεγγίσεις, βάση των οποίων γίνονται αντιληπτές οι ανάγκες των πληθυσμών σε τοπικό επίπεδο (Wright, 1998).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο, που έχει εκδοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2001) για την φροντίδα της υγείας της οικογένειας, αναφέρεται ότι η **εκτίμηση των αναγκών υγείας στην κοινότητα (community health needs assessment)** είναι μια διαδικασία, μέσω της οποίας περιγράφεται η κατάσταση υγείας του τοπικού πληθυσμού, οι σπουδαιότεροι παράγοντες κινδύνου, οι αιτίες της αρρώστιας στην υγεία και τέλος οι δράσεις για την αντιμετώπιση των παραπάνω. Η εκτίμηση αναγκών στην κοινότητα δεν είναι μια μεμονωμένη δραστηριότητα, αλλά μια αναπτυξιακή διαδικασία, η οποία διαφοροποιείται μέσα στο χρόνο (WHO, 2001). Τέλος είναι επικεντρωμένη στην φροντίδα της κοινότητας, στη συνεργασία όλων των φορέων και των χρηστών των υπηρεσιών και αξιοποιεί πληροφορίες για να σχεδιάσει προγράμματα δημόσιας υγείας στο μέλλον (Billings et al 1994).

Η σημασία της Εκτίμησης Αναγκών Υγείας σε τοπικό επίπεδο (στόχοι).

Σύμφωνα με τους Cavanagh και Chadwick, (2005), τα οφέλη από την παραπάνω διαδικασία περιλαμβάνουν:

- Τη συμμετοχή της κοινότητας στην λήψη αποφάσεων
- Τη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ φορέων και επαγγελματιών
- Την ανάπτυξη δεξιοτήτων και εμπειριών από τους επαγγελματίες υγείας
- Τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας
- Τη βελτίωση της διασύνδεσης και της επικοινωνίας μεταξύ του κοινού και των υπηρεσιών
- Και τέλος αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων

Αποτελεί πρόκληση η ανάπτυξη μιας κοινής αντίληψης για το πλαίσιο της φροντίδας μεταξύ των επαγγελματιών, μέσω της εκτίμησης των αναγκών, προκειμένου να επιτύχουν τη δέσμευση των εκάστοτε κυβερνόντων, να εκτιμήσουν τα πρόσφατα αρχειοθετημένα πληθυσμιακά δεδομένα και στοχευόμενες ομάδες πληθυσμού και τέλος να καθορίσουν το σχέδιο δράσης για την κάλυψη των αναγκών αυτών (Cavanagh et al, 2005).

Η εκτίμηση αναγκών είναι χρήσιμη, γιατί σχεδιάζει και μεταφέρει την πιο αποτελεσματική φροντίδα σε αυτούς, που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη, εφαρμόζει στη πράξη τις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης και διασφαλίζει ότι οι χρηματικοί πόροι θα κατανεμηθούν με το μεγαλύτερο δυνατό όφελος για την υγεία. Τέλος προωθεί την συνεργασία με την κοινότητα, όπως φαίνεται και παραπάνω (WHO, 2001).

Ακόμα, στο πλαίσιο της ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (primary health care) κρίνεται απαραίτητη η εκτίμηση, τόσο της υγείας και της αρρώστιας, όσο και της χρήσης των υπηρεσιών. Αρχικά αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει μια ποικιλία από ακριβές υπηρεσίες, οι οποίες προωθούν την τοπική ευαισθησία στην ανάπτυξη των δομών φροντίδας. Δεύτερος λόγος είναι ότι υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την φροντίδα και τέλος, ο τρίτος λόγος αναφέρεται στη κατανομή των πόρων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, που ενώ υπάρχει στο σχεδιασμό, εντούτοις οι υπάρχοντες μηχανισμοί συχνά τροποποιούν τα διαθέσιμα ποσά (Hopton, Dlugoleska, 1995).

Πολλές μελέτες επισημαίνουν ότι το κόστος και οι δαπάνες για την φροντίδα της υγείας ολοένα αυξάνονται. Μάλιστα το κόστος θα συνεχίσει να αυξάνεται κάτω από την πίεση των δημογραφικών αλλαγών και των ιατρικών επιτευγμάτων. Από την άλλη πλευρά οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι, πολλοί άνθρωποι έχουν μειωμένη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας

και πολλές κυβερνήσεις δεν έχουν την δυνατότητα να παρέχουν σε όλους την κατάλληλη φροντίδα (διαθεσιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας σε κάθε γεωγραφική περιοχή). Ένα άλλο θέμα είναι το έντονο ενδιαφέρον του πληθυσμού για την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα των υπηρεσιών, που λαμβάνει, σε σχέση με τις δαπάνες. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν καθορίσει την διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας, τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Wright et al, 1998).

Γίνεται αντιληπτό ότι η εκτίμηση των αναγκών υγείας έχει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των προτεραιοτήτων της υγείας, αλλά και αποφασίζει αν οι διαθέσιμοι πόροι θα χρησιμοποιηθούν σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες. Αυτό γίνεται πιο έντονο στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, όπου αυξάνεται η προσδοκία, τόσο των επαγγελματιών, όσο και των ασθενών – πελατών, ότι οι αποφάσεις της κεντρικής εξουσίας θα συμβαδίζουν με τις τοπικές και εθνικές προτεραιότητες για την υγεία (Wright et al, 1998).

Υπάρχουν τέσσερα σημαντικά κριτήρια σύμφωνα με την Cavanagh et al (2005), τα οποία καθορίζουν κατά πόσο η παραπάνω διαδικασία είναι ικανή να επιτύχει αλλαγές, οι οποίες θα ωφελήσουν τον πληθυσμό. Τα κριτήρια αυτά είναι:

- η επίπτωση / αντίκτυπο (impact) – ποιοι είναι οι παράγοντες και οι συνθήκες υγείας, που έχουν τη μεγαλύτερη επίπτωση σε ένα πληθυσμό και επηρεάζουν την λειτουργία του
- η ικανότητα για αλλαγή (changeability) – τα άτομα που συμμετέχουν στην εκτίμηση των αναγκών τους, μπορούν να αλλάξουν αποτελεσματικά τους παράγοντες και τις συνθήκες, που επηρεάζουν την υγεία τους;
- η ικανότητα αποδοχής (acceptability) - ποιες είναι οι πιο δεκτικές αλλαγές, που χρειάζεται να γίνουν και μπορούν να πετύχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στον πληθυσμό
- η ικανότητα για αξιοποίηση των πόρων (resources feasibility) –υπάρχουν κατάλληλοι πόροι/πηγές, διαθέσιμες για την επίτευξη των αλλαγών (Cavanagh et al 2005).

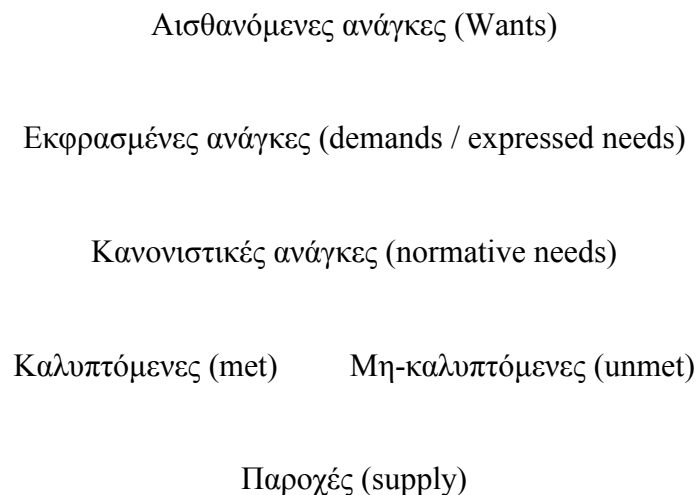
Θεωρητικές Προσεγγίσεις για την εκτίμηση αναγκών υγείας

Σύμφωνα με τους Billings και Cowley(1995) υπάρχουν τρεις κύριες προσεγγίσεις για την εκτίμηση αναγκών υγείας στην κοινότητα, η κοινωνιολογική, η επιδημιολογική και η προσέγγιση από την πλευρά των οικονομικών της υγείας. Οι κοινωνιολόγοι ταξινομούν στο

πλαίσιο της φροντίδας υγείας, την κανονιστική (φυσική) ανάγκη (αυτή καθορίζεται από τους επαγγελματίες), την αισθανόμενη ανάγκη, την εκφρασμένη ανάγκη και την σχετική ανάγκη (καθορίζονται από τα άτομα-τον πληθυσμό αναφοράς) (διάγραμμα 1). Η επιδημιολογική είναι η παραδοσιακή προσέγγιση, στην οποία χρησιμοποιούνται οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, για να μετρηθεί το συνολικό μέγεθος της αρρώστιας σε μια κοινότητα, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί στο να καθοριστούν προτεραιότητες για τις διάφορες ασθένειες. Εδώ η ανάγκη καθορίζεται από την διάρκεια ζωής, από τα χαμένα χρόνια ζωής, από την νοσηρότητα και την χαμένη κοινωνική λειτουργία των ατόμων. Από την άλλη η συνεισφορά των οικονομολόγων της υγείας έγκειται στον καθορισμό της έννοιας της ανάγκης στο πλαίσιο του κόστους-αποτελεσματικότητας, της προμήθειας και της ζήτησης(απαίτησης).

Όπως φαίνεται παρακάτω, η ανάγκη(need) καθορίζεται ως η ικανότητα στο όφελος (δεν υπάρχει όφελος, όταν δεν καθορίζονται οι ανάγκες αποτελεσματικά). Επίσης οι εκφρασμένες ανάγκες απαιτούνται από τους ασθενείς προς τους επαγγελματίες υγείας ενώ οι παροχές είναι οι ανάγκες, που μπορούν να καλυφθούν στην φροντίδα υγείας (Wright, 1998).

Διάγραμμα 1. Διαφορετικές προσεγγίσεις της έννοιας «ανάγκης»



Πηγή : (Wright, 1998)

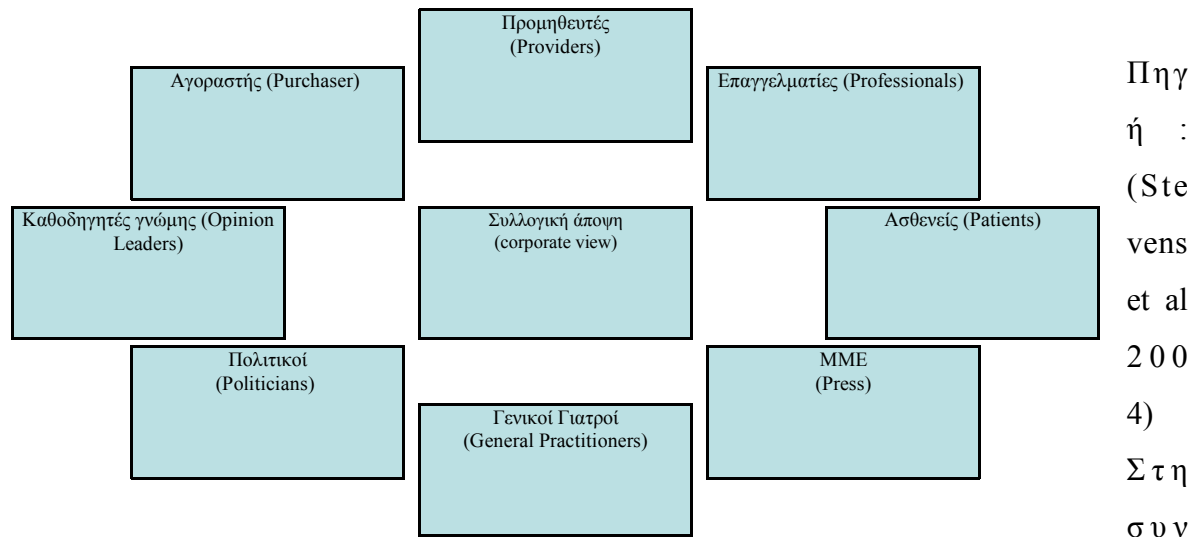
Επιπρόσθετα το θεωρητικό πλαίσιο της κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας αν και έχει αναγνωρίσει ότι η εκτίμηση των αναγκών για ένα άτομο – ασθενή είναι σημαντική, γιατί διασφαλίζει την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών, εντούτοις ο καθορισμός της έννοιας της «ανάγκης» παραμένει μια προσωπική, υποκειμενική, με διάφορες παραμέτρους διαδικασία, η οποία αλλάζει συνεχώς. Επίσης οι προσωπικοί στόχοι, οι αξίες, οι αντιλήψεις, οι προσδοκίες, οι ρόλοι και οι σχέσεις του κάθε ατόμου συνεισφέρουν στο να υπάρχουν διαφορετικοί ορισμοί για την έννοια της ανάγκης. Η ανάγκη (need) συχνά διαμορφώνεται με βάση την κοινωνική

αντίληψη. Ακόμα σημαντικό, ρόλο έχουν οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, οι διαφορετικές προσδοκίες και πρακτικές τους, καθώς και τοπικοί ή κοινωνικοί παράγοντες. Μάλιστα την δεκαετία του 1990 το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας αναπτύσσοντας το πρόγραμμα Δράσης για την Κοινωνική φροντίδα είχε διαχωρίσει τις ανάγκες υγείας από τις κοινωνικές ανάγκες και είχαν διαμορφωθεί διαφορετικές υπηρεσίες για την κάλυψη των παραπάνω αναγκών (Cowley, Bergen, Young, Kavanagh, 2000) (μετάφραση από τους συγγραφείς σελ.222). Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η προσέγγιση της εκτίμησης των αναγκών υγείας, περιλαμβάνει τον καθορισμό αντικειμενικών στόχων, συλλέγει στοιχεία σχετικά με την ανάγκη και την απαίτηση – ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, εκτιμά τα στοιχεία αυτά και καθορίζει τις προτεραιότητες για την υγεία (Ministry of Health - New Zealand, 2000).

Εκτός από τον καθορισμό των εννοιών της «ανάγκης» και της «υγείας», πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην υγεία (ολιστική προσέγγιση της υγείας), όπως το φυσικό περιβάλλον, στο οποίο ζουν οι άνθρωποι, το κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνική-συναισθηματική υποστήριξη), η φτώχεια, η συμπεριφορά και ο τρόπος καθημερινής ζωής (lifestyle), κληρονομικοί και βιολογικοί παράγοντες (WHO,2001).

Σημαντική είναι η τοποθέτηση των Stevens, Gillam (1998), σύμφωνα με την οποία έχουν δημιουργηθεί νέες πρακτικές προσεγγίσεις για την εφαρμογή της εκτίμησης αναγκών υγείας, τόσο στο επίπεδο των επίσημων φορέων υγείας, όσο και στο πρακτικό επίπεδο. Αρχικά υπάρχουν η ομαδική – συλλογική προσέγγιση (corporate approaches), η οποία αφορά την συστηματική συλλογή γνώσεων και απόψεων (διάγραμμα 2) από όλους όσους μπορούν να δώσουν πληροφορίες (corporate informants) για τις ανάγκες και τις υπηρεσίες υγείας, όπως το προσωπικό από τις επίσημες αρχές της υγείας, οι επαγγελματίες υγείας (γενικοί γιατροί, νοσοκομειακοί γιατροί, γιατροί δημόσιας υγείας, κοινοτικοί νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εθελοντικές οργανώσεις, κοινοτικά συμβούλια υγείας, ο γενικός πληθυσμός κ.α.) καθώς και οι χρήστες - ασθενείς των υπηρεσιών φροντίδας. Η προσέγγιση αυτή είναι σημαντική αν οι πολιτικές δείξουν ευαισθησία στις τοπικές συνθήκες, καθώς οι απόψεις τις τοπικής κοινωνίας δεν είναι ίδιες και συχνά μένουν ακάλυπτες ανάγκες υγείας, κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Διάγραμμα 2. Οι συμμετέχοντες στη συλλογική προσέγγιση.



έχεια παρουσιάζεται η συγκριτική προσέγγιση (comparative approach), όπου η εκτίμηση αναγκών υγείας αντιπαρατίθεται με τις υπηρεσίες, που λαμβάνει ο πληθυσμός σε μια περιοχή, σε σύγκριση με τις υπηρεσίες άλλων περιοχών. Η σύγκριση παρέχει δυναμικά εργαλεία για την έρευνα και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Ακόμα γίνεται αναφορά σε επιδημιολογικές προσεγγίσεις (Shanks, Kheraj, Fish 1995; Stevens et al, 1998), καθώς και στην προσέγγιση του κόστους – αποτελεσματικότητας. Η εκτίμηση αναγκών τοποθετείται στο πλαίσιο του «τι είναι αποτελεσματικό» και «για ποιον». Η κριτική για την παραπάνω προσέγγιση συνοψίζεται στο ότι καθορίζεται η ομάδα του πληθυσμού, της οποίας οι ανάγκες πρέπει να εκτιμηθούν, διαχωρίζεται ο πληθυσμός - στόχος σε υποκατηγορίες, καθορίζεται ο επιπολασμός (prevalence) και η επίπτωση (incidence) στις ομάδες αυτές. Τέλος παρουσιάζονται οι διαθέσιμες υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, υπογραμμίζεται η αποτελεσματικότητά τους και προτείνεται ένα μοντέλο φροντίδας, με βάση τις καθορισμένες προτεραιότητες (Stevens et al, 1998).

Τέλος υπάρχουν κάποιες σύγχρονες προσεγγίσεις (contemporary approaches), σχετικά με την εκτίμηση των αναγκών των υπηρεσιών υγείας. Εδώ έχουμε όχι μόνο την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αλλά και την εκτίμηση των κοινωνικών υπηρεσιών, την ατομική εκτίμηση υγείας, το σχεδιασμό των υπηρεσιών με βάση τα χαρακτηριστικά και την συμμετοχή του πληθυσμού, έρευνες στον πληθυσμό ή σε ομάδες ασθενών, προτάσεις από ειδικούς και κλινικές μελέτες για το κόστος – αποτελεσματικότητα (Stevens et al, 1998).

Να επισημάνουμε ότι η εκτίμηση αναγκών υγείας (Health Needs Assessment) είναι μια από τις πολλές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση του

επιπέδου υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Άλλες μεθοδολογίες με παρόμοιους στόχους, ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές είναι :

- Η εκτίμηση της επίπτωσης στην υγεία (*Health Impact Assessment*), η μεθοδολογία αυτή ξεκινάει με ένα σχέδιο ή μια πολιτική στρατηγική, προκειμένου να προβλέψει την επίπτωση-αντίκτυπο, που θα έχει αυτό στον πληθυσμό
- Η εκτίμηση της ολοκληρωμένης επίπτωσης (*Integrated Impact Assessment*), επίπτωση οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική, που μπορεί να έχει ένα πρόγραμμα, σχέδιο δράσης σε ένα πληθυσμό
- Και τέλος η προσέγγιση της δικαιοσύνης και του ελέγχου στην υγεία (*Health Equity Audit*), η οποία συστηματικά διερευνά τις ανισότητες της υγείας μέσα από τις αιτίες της αρρώστιας και αξιολογεί τις αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό. Θα λέγαμε ότι η εκτίμηση των αναγκών υγείας είναι το σχέδιο δράσης, που αναπτύσσεται ως απάντηση στις ανισότητες της υγείας, τις οποίες αποτυπώνει η παραπάνω μεθοδολογία.

(Cavanagh et al, 2005)(μετάφραση από την συγγραφέα).

Τα Στάδια ανάπτυξης της Εκτίμησης Αναγκών Υγείας

Αρχικά θα πρέπει, πριν παρουσιάσουμε τα στάδια υλοποίησης της παραπάνω διαδικασίας, πρέπει να ορίσουμε το πληθυσμό αναφοράς και τα χαρακτηριστικά του. Συγκεκριμένα μπορούν να μελετηθούν άτομα, τα οποία ζουν σε μια καθορισμένη γεωγραφική περιοχή (π.χ. υποβαθμισμένες περιοχές), ή διάφορα πλαίσια, όπως σχολεία, φυλακές, υπηρεσίες ή ακόμα και άτομα με κοινά κοινωνικά χαρακτηριστικά (φυλετικές, εθνικές ομάδες, άστεγοι, ηλικιακές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, ή ομάδες με βάση το φύλο, π.χ. γυναίκες) ή ομάδες ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά με βάση την κατάσταση υγείας τους (όπως άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, διαβήτη, γεροντική άνοια, παιδιά με ειδικές ανάγκες και πολλά άλλα). Βέβαια είναι πιθανό να συναντήσουμε σε πολλές μελέτες, τον πληθυσμό – στόχο να έχει συνδυασμό διαφόρων χαρακτηριστικών, όπως ηλικιωμένοι, οι οποίοι ζουν σε μια υποβαθμισμένη (κοινωνικά, οικονομικά) περιοχή και οι οποίοι έχουν πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο (Cavanagh et al, 2005).

Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των γενικών γιατρών, οι οποίοι εργάζονται σε τοπικό επίπεδο, στον καθορισμό, στην μέτρηση των αναγκών υγείας και στη

λήψη αποφάσεων για το ποιες ανάγκες πρέπει να καλυφθούν, αυξάνεται ολοένα περισσότερο. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα απαιτείται ιδιαίτερη γνώση όλων των παραγόντων, που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, οι συνθήκες κατοικίας, οι κοινωνικές υπηρεσίες στην κοινότητα (Murray, Graham 1995).

Η εκτίμηση αναγκών μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα επίπεδα, όπως επισημαίνουν οι Wilkinson και Murray (1998):

- *Διεθνές επίπεδο(π.χ. από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας)*
- *Εθνικό (κάποιες εθνικές προτεραιότητες μπορούν να εφαρμοστούν σε τοπικό επίπεδο πχ. για την ψυχική υγεία)*
- *Περιφερειακό/Τοπικό επίπεδο*
- *Σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας*
- *Σε μια συγκεκριμένη περιοχή – στο επίπεδο αυτό οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να δράσουν αποτελεσματικά για την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.*
- *Σε ένα συγκεκριμένο τομέα (δράσης)*
- *Σε επίπεδο γειτονιάς(σε μια καλά καθορισμένη μειονεκτική περιοχή)*
- *Σε ατομικό επίπεδο, χρησιμοποιώντας καθημερινά την συμβουλευτική από τους επαγγελματίες υγείας (Wilkinson et al., 1998, p. 1525)(μετάφραση από τον συγγραφέα).*

Η παραπάνω διαδικασία πρέπει να περιλαμβάνει διάφορα συστατικά μέρη όπως :

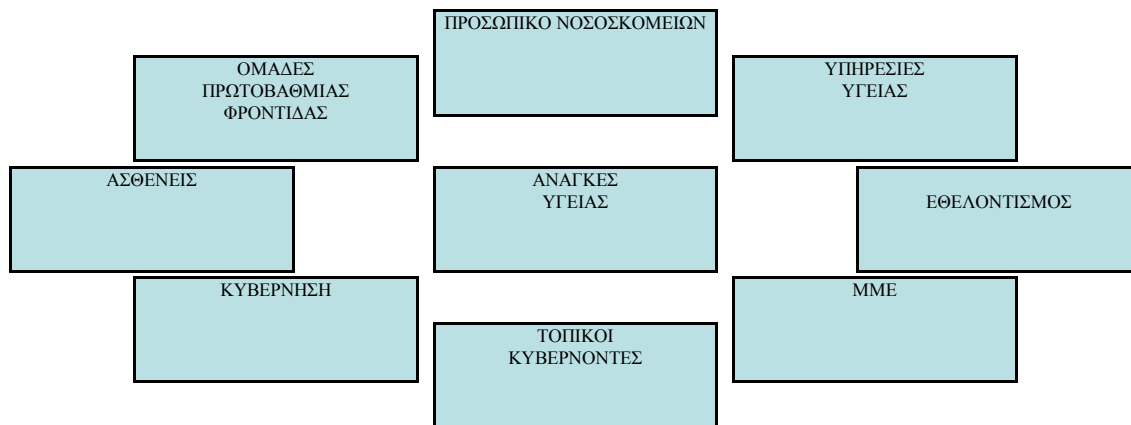
- *Μια αναφορά στις υπάρχουσες πηγές πληροφοριών σχετικές με τον πληθυσμό/στόχο*
- *Τον καθορισμό του προφίλ των υπάρχουσών υπηρεσιών και μια περιγραφή του προφίλ του πληθυσμού*
- *Απόψεις για τον πληθυσμό/ στόχο*
- *Απόψεις, τόσο των επαγγελματιών, που παρέχουν υπηρεσίες, όσο και των υπηρεσιών*
- *Την ανάλυση και δημοσίευση των αποτελεσμάτων στην κατεύθυνση της ανάδειξης συμπερασμάτων*
- *Την ανάληψη δράσης θέτοντας προτεραιότητες και υπογραμμίζοντας τις ανάγκες, εκτιμώντας παράλληλα της επιλογές που υπάρχουν για την κάλυψη αυτών των αναγκών, εφαρμόζοντας ένα σχέδιο δράσης(action plan), το οποίο να περιλαμβάνει και την κατανομή των πόρων*

- Την εκτίμηση ότι οι αλλαγές, που πρέπει να εφαρμοστούν θα έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού/στόχου

(Elkheir, 2007, p.82)(μετάφραση από την συγγραφέα).

Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζονται όλοι οι φορείς, που μπορούν να συμμετέχουν και να συνεισφέρουν στην παραπάνω διαδικασία (Elkheir 2007).

Διάγραμμα 3. Οι Συμμετέχοντες στην Εκτίμηση των Αναγκών Υγείας



Πηγή : (Elkheir 2007).

Μάλιστα ο Wilkinson et al (1998) παρουσιάζει μια προσέγγιση πέντε σταδίων για την εκτίμηση αναγκών υγείας. Στο πρώτο στάδιο περιγράφει τη συλλογή πληροφοριών για τις ήδη υπάρχουσες πρακτικές από διάφορες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Το δεύτερο στάδιο αναφέρεται σε πληροφορίες από τα Νοσοκομεία, την απογραφή του πληθυσμού και τα εμπιστευτικά αρχεία της κοινότητας. Αναλυτικότερα στοιχεία για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, δεδομένα από την κοινότητα σχετικά με τις δομές υγείας, απογραφικά στοιχεία σχετικά με τον πληθυσμό, το δημογραφικό του προφίλ, τους δείκτες ανεργίας σε άνδρες και γυναίκες, το ηλικιακό προφίλ του πληθυσμού σε σχέση με το φύλο, τον επιπολασμό διάφορων χρόνιων ασθενειών, στοιχεία για την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, παχυσαρκία κ.α.) και πολλά άλλα. Στη συνέχεια το τρίτο στάδιο αφορά την εμπλοκή του πληθυσμού στην εκτίμηση των αναγκών υγείας (συνεντεύξεις με ασθενείς, συζητήσεις με φορείς υγείας στην κοινότητα, ημερίδες για θέματα και ανάγκες υγείας, εστιασμένες ομάδες ατόμων (focus groups), με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και τέλος γρήγορη εκτίμηση (rapid appraisal) για τις διαθέσιμες πηγές και πόρους). Ακολουθεί το τέταρτο στάδιο, στο οποίο προτείνεται η πραγματοποίηση μιας ταχυδρομικής έρευνας (σε συγκεκριμένη περιοχή και με συγκεκριμένο πληθυσμό-στόχο). Τέλος στο πέμπτο και τελευταίο στάδιο γίνεται αναφορά στη συλλογή πληροφοριών από διαφορετικές πηγές και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων από το κάθε στάδιο, με στόχο να προσδιοριστούν οι προτεραιότητες και οι αλλαγές, που πρέπει να

γίνονται, σε συνεργασία με τις τοπικές υπηρεσίες υγείας. (Wilkinson et al 1998) (μετάφραση από τους συγγραφείς σελ).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) τα βήματα υλοποίησης της εκτίμησης αναγκών στην κοινότητα είναι:

- Καθορισμός του προφίλ του πληθυσμού
- Καθορισμός προτεραιοτήτων
- Σχεδιασμός δημόσιας υγείας και προγραμμάτων φροντίδας, με βάση τις προτεραιότητες
- Εφαρμογή των σχεδιασμένων δράσεων
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων για την υγεία

Ιδιαίτερα όσον αφορά το προφίλ του πληθυσμού, πρέπει να ληφθούν υπόψη μια σειρά από χαρακτηριστικά, τα οποία συμβάλουν καθοριστικά στο επίπεδο υγείας του και αφορούν :

- *Τον γεωγραφικό καθορισμό της περιοχής/του πληθυσμού στόχου*
- *Τον αριθμό του πληθυσμού*
- *Την ηλικιακή κατανομή*
- *Το φύλο*
- *Την εθνικότητα και το θρήσκευμα*
- *Το μορφωτικό επίπεδο*
- *Το επίπεδο υγείας (απόψεις του πληθυσμού, στατιστικά στοιχεία, υπάρχουσες υπηρεσίες κ.α.)*
- *Δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας*
- *Παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά του πληθυσμού (δείκτες υγείας)*
- *Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής*
- *Ανισότητες υγείας (ευπαθείς ομάδες στην κοινότητα, ακάλυπτες ανάγκες υγείας)*
- *Πληροφορίες από τις υπάρχουσες υπηρεσίες*
- *Τοπικοί παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία*
- *Εργασία, απασχόληση*
- *Φτώχεια και εισόδημα*
- *Περιβάλλον (μόλυνση, υγιεινή, στέγαση, μεταφορά)*
- *Κοινωνική συνοχή (δίκτυα, μετανάστευση, περιθωριοποιημένες ομάδες, διασκέδαση και ελεύθερος χρόνος*
- *Αστάθμητοι παράγοντες (πόλεμος, φυσικές καταστροφές, οικονομική κρίση κ.α.)*

- Πόροι/πηγές (επίσημοι-ανεπίσημοι)
- Τοπικές/εθνικές προτεραιότητες

(WHO, 2001)(μετάφραση από τους συγγραφείς, p.12-14).

Επίσης πέντε βήματα υλοποίησης της συγκεκριμένης διαδικασίας προτείνει και η Cavanagh et al (2005), σύμφωνα με τα οποία :

- α) Ξεκινάμε με τον προσδιορισμό του πληθυσμού (ποιος είναι, στόχοι, ποιοι θα εμπλακούν και ποιοι κίνδυνοι υπάρχουν)
- β) Υπογραμμίζουμε τις προτεραιότητες μας (σε σχέση με το προφίλ του πληθυσμού, τα πρόσφατα δεδομένα, τις αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία τους, εκτιμάμε τους καθοριστικούς παράγοντες και τις συνθήκες, που επηρεάζουν την υγεία του καθορισμένου πληθυσμού)
- γ) Καθορίζουμε προτεραιότητες για την υγεία και αναπτύσσουμε δράση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραγόντων και των συνθηκών, που επηρεάζουν την υγεία
- δ) Σχεδιάζουμε την αλλαγή (στόχοι, σχέδιο δράσης)
- ε) Συντάσσουμε μια αναφορά (αποτελέσματα, συμπεράσματα του σχεδίου δράσης, μετράμε τις επιπτώσεις και επιλέγουμε την επόμενη προτεραιότητα).

Μέθοδοι (Ερευνητικά εργαλεία) για την ανάπτυξη της εκτίμησης αναγκών υγείας

Στην έρευνα στην κοινότητα και ιδιαίτερα στην εκτίμηση, τόσο των αναγκών, όσο και των υπηρεσιών υγείας, χρησιμοποιούνται ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι. Σύμφωνα με τους Murray, Tapson, Turnbull, McCallum, Little (1994) η μέθοδος της γρήγορης αποτίμησης (**rapid appraisal**) χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των αναγκών υγείας και των κοινωνικών αναγκών σε μια κοινότητα. Θα λέγαμε ότι είναι το πρώτο βήμα για να εντοπιστούν οι τοπικές ανάγκες υγείας, να σχεδιαστούν δράσεις και να επιτευχθεί η συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών και τοπικών κοινωνιών, προμηθευτών και αγοραστών. Είναι γρήγορη, ευπροσάρμοστη, επιλέγει άτομα, που γνωρίζουν την περιοχή, υπογραμμίζει τα προβλήματα και συνεισφέρει σε λύσεις (Murray et al 1994; Palmer 1999). Βέβαια, σύμφωνα με τους Popay και Williams (1994) η παραπάνω μέθοδος είναι μέρος ενός μεγαλύτερου σχεδίου για την εκτίμηση αναγκών, εστιάζει στην υποκειμενικότητα και δεν μπορεί να δώσει την αντίληψη των επαγγελματιών σχετικά με την πραγματική ανάγκη, περιορίζεται μόνο στις

αισθανόμενες και εκφρασμένες ανάγκες, ούτε προσφέρει μια συγκριτική προοπτική, που απαιτεί η επιδημιολογική έρευνα (Poray et al 1994).

Μάλιστα, όπως υπογραμμίζει η Bowling (2002) η έρευνα της αποτίμησης (rapid appraisal) αναλαμβάνει την υλοποίηση ενός σχεδίου έρευνας – δράσης (**action research**), συνεισφέροντας έτσι στην εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού, σε τοπικό επίπεδο. Χρησιμοποιούνται ποιοτικές μέθοδοι, όπως συνεντεύξεις (face to face, in depth, δομημένες, ημι-δομημένες), συναντήσεις με εστιασμένες ομάδες (focus group) και ποσοτικές, όπως τα ερωτηματολόγια. Μάλιστα η έρευνα δράσης είναι σημαντικό εργαλείο για την πρωτοβάθμια φροντίδα στην κοινότητα (community – oriented primary care). Συνοπτικά τα βήματα στην έρευνα δράσης είναι : α) Καθορισμός της βασικής ιδέας (setting the stage), σκοπός, στόχοι, ποιοι θα εμπλακούν β) παρατήρηση (looking) της κατάστασης – προβλήματος που θέλουμε να περιγράψουμε και να αναλύσουμε γ) Σκέψη (thinking) δ) Δράση (Acting), καθορισμός αντικειμενικών στόχων, εφαρμογή σχεδίου, εκτίμηση και αξιολόγηση (Bowling 2002).

Σε συνέχεια των παραπάνω οι Wright και Walley (1998) περιγράφουν την προσέγγιση της αποτίμησης των αναγκών υγείας στην κοινότητα (**community appraisals**), ως τη μέθοδο, που δίνει έμφαση στην εμπλοκή των κατοίκων, μέσω ποικιλόμορφων τεχνικών, όπως rapid evaluation methods, rapid appraisal methods, rapid community surveys, rapid rural appraisal, relaxed rural appraisal, participatory rapid appraisal. Τέλος υπογραμμίζουν τρεις διαφορετικές μεθόδους για την εκτίμηση των αναγκών, όπως η έρευνα δράσης (action), η επιδημιολογική εκτίμηση (epidemiological assessment) και την αποτίμηση στην κοινότητα (community appraisal), (Wright et al. 1998).

Σημαντική είναι η προσέγγιση των Foord και Simic (2001), σχετικά με την δημιουργία ενός συλλογικού μοντέλου, που να υπογραμμίζει, να σχεδιάζει αλλά και να στηρίζει την φροντίδα στο σπίτι. Η μελέτη τους βασίστηκε στις αρχές της έρευνας δράσης (action research) και χρησιμοποιήθηκε ένας συνδυασμός ερευνητικών εργαλείων για να συλλεχθούν πληροφορίες και να διερευνηθεί η δυνατότητα για ολοκληρωμένες υπηρεσίες στην κοινότητα, μέσω της συνεργασίας των κοινωνικών υπηρεσιών και των ασθενών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 670 νοικοκυριά στο Εδιμβούργο και στην οποία εφαρμόστηκαν τέσσερις συμπληρωματικές μέθοδοι για την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Αναλυτικότερα :

A) Γρήγορη συμμετοχική αποτίμηση (**Rapid Participatory Appraisal**) – ποιοτική μέθοδος, δίνει μια οπτική των προσδοκιών της κοινότητας για τις ανάγκες φροντίδας. Υλοποιείται από

διεπιστημονική ομάδα και συλλέγει πληροφορίες, από τα ήδη υπάρχοντα αρχεία, από συνεντεύξεις σε άτομα και με την απευθείας παρατήρηση στην γειτονιά (στο ερευνητικό πεδίο). Το παρακάτω σχεδιάγραμμα δημιουργήθηκε για την Γρήγορη συμμετοχική αποτίμηση (Rapid Participatory Appraisal) και παρουσιάζει όλους τους τομείς, που επηρεάζουν την υγεία σε μια κοινότητα.

Διάγραμμα 4. Τομείς, που επηρεάζουν την υγεία στην κοινότητα

| Πολιτική υγείας(Health Policy) | | |
|---|--|--|
| Υπηρεσίες εκπαίδευσης (Educational services) | Υπηρεσίες υγείας (Health services) | Κοινωνικές Υπηρεσίες (Social services) |
| Φυσικό περιβάλλον (Physical environment) | Κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον (Socio-economic environment) | Αρρώστια και ανικανότητα (Disease and Disability) |
| Σύνθεση της κοινότητας (Community composition) | Δομή και οργανισμός στην Κοινότητα (Community organization and structure) | Ικανότητα της κοινότητας (Community capacity) |

Πηγή : (Murray et al 1995)

Β) Ταχυδρομική έρευνα (**Postal Survey**) με αποστολή ερωτηματολογίου στον επιλεγμένο πληθυσμό. Αυτό αφορούσε στοιχεία για τα δημογραφικά, κοινωνικά στοιχεία, το επίπεδο υγείας, τις πρόσφατες ασθένειες και τα χρόνια προβλήματα, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, την υπολειπόμενη φροντίδα, που έχουν ανάγκη τη δεδομένη στιγμή και πληροφορίες για άτομα – π.χ. χρόνιους καπνιστές κ.α.

Γ) Συλλογή διαθέσιμων πληροφοριών από την τοπική στατιστική υπηρεσία (**Routinely Available Local Statistics**), όπως στοιχεία από θανάτους, γεννήσεις, στοιχεία από την απογραφή του πληθυσμού, στατιστικά στοιχεία νοσοκομείων κ.α.

Δ) Σε πρακτικό επίπεδο συλλογή Περιορισμένων πληροφοριών (**Practice Held Information**), μέσω ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και στοιχείων για την φροντίδα υγείας, μέσω της ανάλυσης μικρού δείγματος από ιατρικούς φακέλους για να μετρηθεί η επίπτωση των ασθενειών, στοιχεία από χειρουργικές επεμβάσεις κ.α. (Murray et al 1995).

Ακόμα η συμμετοχική έρευνα αποτίμησης (Participatory Rapid Appraisal) αποδεικνύεται χρήσιμο εργαλείο, σύμφωνα με την Lazenbatt και τους συνεργάτες της (2001), καθώς προωθεί εναλλακτικές μεθόδους για την αποτύπωση των διαφορετικών απόψεων του πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τις προσδοκίες τους για τις ανάγκες υγείας. Θεωρείται σημαντική η δημιουργία μιας μεθοδολογίας με συνοχή στην εκτίμηση αναγκών (**coherent needs –assessment methodology**), η οποία να λαμβάνει υπόψη την διαφορετικότητα και τις ανισότητες σε τοπικό επίπεδο (Lazenbatt, Lynch, O'Neill 2001) .

Επισημαίνεται ότι οι παραδοσιακές μέθοδοι για την συμμετοχή του πληθυσμού και την έκφραση των αναγκών του, όπως οι ανοιχτές συναντήσεις, οι ομάδες ασθενών, οι

διαδικασίες διατύπωσης παραπόνων έχουν μειωμένη αποτελεσματικότητα, σε σχέση με την έρευνα αποτίμησης (rapid appraisal). Βέβαια και αυτή η μέθοδος έχει αρκετούς περιορισμούς (χρόνο, πόρους, χρήση περιορισμένων στοιχείων, υποκειμενικότητα στους συνεντευκτές κ.α) και απαιτεί την εμπλοκή της κοινότητας (Murray 1999). Ακόμη η συμβουλευτική (**Consultation**) προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία στα μέλη μιας κοινότητας να γνωστοποιήσουν τις ανάγκες τους και θεωρητικά να διασφαλίσουν την ικανοποίησή τους, μέσω του σχεδιασμού από τις υπηρεσίες υγείας. Η κριτική στρέφεται προς τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίοι καθορίζουν την ατζέντα υγείας, χωρίς την διαδικασία διαβούλευσης με τον πληθυσμό (Billings et al. 1995). Η διαδικασία της συμβουλευτικής έχει σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς μειώνει τις ανισότητες, αυξάνει την ίση πρόσβαση και συμμετοχή για όλους τους πολίτες στην λήψη αποφάσεων για την φροντίδα υγείας (citizens' juries, consultation panels, focus group, questionnaire surveys, opinion surveys), (Jordan et al. 1998).

Στα παραπάνω εργαλεία πρέπει να αξιολογηθεί η ικανότητα της κάθε μεθόδου, η οποία μπορεί να επιφέρει αλλαγή, όπως και η συμμετοχή του πληθυσμού στην διαδικασία της εκτίμησης (Murray et al 1995). Μάλιστα πολλά εργαλεία έχουν εγκριθεί και σταθμιστεί, για την εκτίμηση αναγκών υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια (self-administered health needs assessment questionnaire) ή αυτά για την σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής (HRQL), (Asadi-Lari et al 2003), τα οποία ουσιαστικά επιτυγχάνουν την προσωπική αποτίμηση των αναγκών υγείας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα για τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων ατόμων σε κέντρα φροντίδας, σε αγροτικές και αστικές περιοχές, όπου χρησιμοποιήθηκε το Elderly Health Care Needs Assessment Questionnaire (Clark, Delassega 1998).

Τέλος μια ολοκληρωμένη προσέγγιση επιχειρεί να δώσει η Houston και οι συνεργάτες της (2002), για την εκτίμηση των αναγκών υγείας, χρησιμοποιώντας ένα ερευνητικό εργαλείο, με καθορισμένο πλαίσιο λέξεων (**The Houston “field of words” assessment tool**) και ερωτήσεων σε λίστα, σχετικά με τα προβλήματα υγείας των ατόμων, των οικογενειών τους, την επαγγελματική και συναισθηματική ζωή, τις σχέσεις, την κατοικία τους, το περιβάλλον, την καθημερινή τους ζωή και τις προσδοκίες τους για τις υπηρεσίες υγείας (Houston et al 2002).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι τα ερευνητικά εργαλεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα για την εκτίμηση των αναγκών υγείας δεν έχουν πλήρως αξιολογηθεί, σύμφωνα με τον Murray και τους συνεργάτες του (1995). Χρειάζεται να διερευνηθεί περισσότερο ποιες μεθοδολογίες μας δίνουν περισσότερες γνώσεις για τις ανάγκες υγείας. Μάλιστα προτείνεται ένας συνδυασμός πρακτικών / μεθόδων για μια ολοκληρωμένη εικόνα των αναγκών αυτών σε τοπικό επίπεδο (Murray et al 1995; Ruta, Duffy, Farquharson, Young, Gilmour, McElduff 1997; Mittelmark 2001).

Συγκεκριμένα η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε μια υποβαθμισμένη αγροτική περιοχή στο Bali (Pepall, Earnest, James 2007), για την καταγραφή των αντιλήψεων των κατοίκων σχετικά με τις κοινωνικές και τις ανάγκες υγείας τους, χρησιμοποιεί ως μεθοδολογία τον **asset – focused rapid participatory assessment cycle** (συλλογή, ανάλυση πληροφοριών, επικοινωνία – συζήτηση, σχεδιασμός, εφαρμογή- σε κυκλική πορεία), όπου ενσωματώνονται κατευθύνσεις, τόσο από την συμμετοχική αποτίμηση και την έρευνα δράσης, όσο και από την ανάπτυξη της *asset – focused community*, για την βελτίωση της οικονομικής κατάστασης του πληθυσμού, (Pepall et al 2007). Επίσης η συγχρονική μελέτη, που διεξήχθη σε μια μικρή πόλη στην Ουαλία, με σκοπό την συσχέτιση του κοινωνικού περιβάλλοντος με το επίπεδο υγείας των ανδρών και των γυναικών, χρησιμοποίησε παρόμοια μεθοδολογία (Poortinga et al 2007), όπως και η συμμετοχική εκτίμηση των αναγκών υγείας σε επίπεδο κοινότητας (**Rapid Community Participatory Assessment**), στην Νέα Ορλεάνη το 2006, μετά από τις καταστροφές του τυφώνα, προκειμένου να αποτυπωθούν οι ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας, να βελτιωθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα η δημόσια υγεία (Sringgate et al, 2009).

Σε συνέχεια του παραπάνω, στην έρευνα της Li και των συνεργατών της (2009), παρουσιάζεται το **μοντέλο precede-proceed** για την εκτίμηση αναγκών υγείας στην κοινότητα, το οποίο περιλαμβάνει την εξής διαδικασία: α) πρώτη και δεύτερη φάση, τον καθορισμό των προβλημάτων υγείας, β) τρίτη φάση- τους συμπεριφοριστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, γ) τέταρτη φάση – τους παράγοντες, που επηρεάζουν την συμπεριφορά και δ) πέμπτη φάση – καθορισμός των υπάρχοντων πόρων για την πολιτική υγείας. Μάλιστα για την σύγκριση των συμπερασμάτων χρησιμοποιείται η τριγωνοποίηση (triangulation) των μεθόδων (data source triangulation, researcher triangulation) ή συνδυασμός μεθόδων (focus group discussions, questionnaire survey, health problems and risk factors) (βλέπε παρακάτω διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5. Triangulation in health needs assessment (Τριγωνοποίηση των μεθόδων της εκτίμησης αναγκών υγείας)

| Type of triangulation | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Data source triangulation | Existing data review, Investigation |
| | Participation (Ranking) |
| Methods triangulation | Focus group discussions |
| | Key informant interview |
| | Questionnaires |
| Researchers triangulation | Teachers, Graduates |

Πηγή : (Li et al 2009)

Σε πολλές μελέτες αναδεικνύεται η ανάγκη ανάπτυξης ενός διαδικτυακού συστήματος συλλογής πληροφοριών και εκτίμησης των προβλημάτων υγείας, για άμεση πρόσβαση (επαγγελματιών και χρηστών) στα αρχεία υγείας (Buckeridge et al 2002; Wood et al 2003).

Στην Ελλάδα η έρευνα για την εκτίμηση αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο είναι περιορισμένη (γίνεται σχετική αναφορά στην εισαγωγή). Μάλιστα, όπως παρουσιάζει ο Lionis και συνεργάτες τους (2009), ο εθνικός σχεδιασμός της υγείας δεν βασίζεται στην πρακτική της τεκμηριωμένης απόδειξης (evidence-based practice), ούτε στην περιεκτική εκτίμηση των αναγκών υγείας (comprehensive health needs assessment). Στη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που επιχειρείται στο παραπάνω άρθρο, σχετικά με την ανάγκη ανάπτυξης μιας ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα, διακρίνεται η περιορισμένη ερευνητική ικανότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η έλλειψη επιστημονικά τεκμηριωμένων γνώσεων (Lionis et al 2009).

Επίσης στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής, μεταφράστηκε και δοκιμάστηκε στην Ελλάδα το 1990 από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, το «Υγειόμετρο» και χρησιμοποιείται, τόσο από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, όσο και από φοιτητές για παιδαγωγικούς σκοπούς. Το «Υγειόμετρο» αποτελεί ένα αυτοσυμπληρούμενο, διαδραστικό εργαλείο αποτίμησης του κινδύνου (*health risk appraisal*) για την υγεία και διαμόρφωση ενός προφίλ υγείας. Αξιολογείται ως χρήσιμο εργαλείο, κυρίως για τους γιατρούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στοχεύει στην περιγραφή της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του ατόμου, καθώς και στη διαμόρφωση μιας πλήρους εικόνας για την υγεία του, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση και την προαγωγή της. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την κοινωνική, ψυχική, σωματική υγεία, συνήθειες, φάρμακα, χρήση

υπηρεσιών υγείας, υγεία της οικογένειας, εργαστηριακές και σωματομετρικές εξετάσεις. (Θηραΐος, Trel, Φιορέτος, Κούτης, Λιονής 2007) (μετάφραση από τους συγγραφείς σελ. 107-113).

Η προσδοκία για το «Υγειόμετρο» είναι να διαμορφωθεί σε ηλεκτρονική μορφή και να αναπτυχθεί το κατάλληλο λογισμικό για την συμπλήρωση του, τόσο από τους ασθενείς, όσο και από τους γιατρούς, αναπτύσσοντας έτσι μια βάση δεδομένων, μέσω του διαδικτύου (Θηραΐος και συνεργάτες 2007). Το παράδειγμα της ανάπτυξης ενός ηλεκτρονικού δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κρήτη, στην κατεύθυνση της εκτίμησης αναγκών υγείας (Κέντρο Υγείας Ανωγείων και Σπηλίου) αναμένεται να δώσει σημαντικά επιδημιολογικά στοιχεία και να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Isacsson et al 1992, Αντωνάκης, Λιονής 1998; Lionis, Trel 1998).

Τέλος οι έρευνες, που έχουν αναπτυχθεί στον Ελλαδικό χώρο στο πλαίσιο της αποτύπωσης των αναγκών και των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, σε τοπικό επίπεδο, αλλά και για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών χρησιμοποιούν τα προαναφερθέντα μεθοδολογικά εργαλεία (Lindholm et al 1992; Λιονής και συνεργάτες, 1992; Λιονής και συνεργάτες, 1995; Chatziarsenis et al, 1999; Κούτης και συνεργάτες 2002, Pappa, Níakas 2006; Σκαπινάκης και συνεργάτες 2007).

Κλείνοντας την ενότητα αυτή, θα λέγαμε ότι η έρευνα στην υγεία και στις υπηρεσίες υγείας, χαρακτηρίζεται από ποικιλία μεθόδων, απαιτεί συστηματική αξιολόγηση, για την ποιότητα, την καταλληλότητα, την αποδοτικότητα σε σχέση με το κόστος, την ηθική και την δεοντολογία. Τα συμπεράσματα από τα ερευνητικά εγχειρήματα θα δώσουν σημαντικές κατευθύνσεις, στην διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Υλικό- Πληθυσμός

Τον Πληθυσμό αναφοράς της έρευνας μας αποτέλεσαν όλα τα ενεργά νοικοκυριά (N=299) του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη.

Στην έρευνα συμμετείχαν οι μόνιμα διαμένοντες στον οικισμό για τουλάχιστον ένα χρόνο και συνολικά ο μόνιμος πληθυσμός είναι 753 κάτοικοι (στη μελέτη συμμετείχαν 295 νοικοκυριά, response rate = 98,6%).

Ο παραπάνω οικισμός επιλέχθηκε λόγω του ότι είναι ένας από τους μεγαλύτερους (μαζί με τους οικισμούς Μυρτιά, Χουδέτσι και Αγίες Παρασκιές), σύμφωνα με την Μελέτη Κοινωνικής Δημογραφίας και Εκτίμησης των αναγκών Υπολειπόμενης Υγειονομικής και Κοινωνικής Φροντίδας (1999). Επίσης διευκόλυνε τεχνικά την διεξαγωγή της έρευνας (15 χιλιόμετρα από το Ηράκλειο, εύκολη πρόσβαση και τακτική συγκοινωνία). Τέλος στον παραπάνω οικισμό βρίσκονται συγκεντρωμένες όλες οι δομές κοινωνικής φροντίδας του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι, το Πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας, το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, η «Δημοτική Μέριμνα» - Οργανισμός Προαγωγής Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Δήμου) και το Αγροτικό Ιατρείο με μόνιμο γενικό γιατρό.

Μέθοδος

Ως μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε **το πρωτόκολλο εκτίμησης των αναγκών υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας**, το οποίο είχε εκπονηθεί από την Μονάδα Προαγωγής Υγείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και χρησιμοποιήθηκε στην προαναφερθείσα μελέτη (Παράρτημα 2). Άλλα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι: **ο χάρτης του συγκεκριμένου οικισμού**, από την χαρτογράφηση των οικισμών του Δήμου, που έγινε στην παραπάνω

μελέτη (Παράρτημα 4), ο οποίος βελτιώθηκε με την αποτύπωση των νέων νοικοκυριών, για περαιτέρω αναπτυξιακή έρευνα, καθώς και **οι προσωπικές συνεντεύξεις** στα ενεργά νοικοκυριά του οικισμού.

Το πρωτόκολλο εκτίμησης των αναγκών υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας κατέγραφε τα ακόλουθα :

Τον **κωδικό οικισμού** και τον **κωδικό της περιοχής**, όπως είχαν οριστεί από την παραπάνω μελέτη (στον οικισμό των Κουνάβων ανήκουν και οι υποοικισμοί Κώμες και Ζαγουργιάννοι, για τους οποίους χρησιμοποιήθηκαν οι κωδικοί από την προαναφερθείσα μελέτη). Επίσης **τον κωδικό νοικοκυριού και τον κωδικό του ατόμου**. Σχετικά με του κωδικούς των ενεργών νοικοκυριών χρησιμοποιήθηκαν οι κωδικοί της αρχικής μελέτης (1999), σε όσα νοικοκυριά εξακολουθούσαν να είναι ενεργά τα τελευταία δέκα χρόνια. Στα νέα νοικοκυριά χρησιμοποιήθηκαν νέοι κωδικοί με αύξουσα αριθμητική σειρά, ανάλογα και με την χαρτογράφηση του οικισμού. Όσον αφορά τον κωδικό του ατόμου, αυτός περιλαμβάνει τον κωδικό του οικισμού, της περιοχής, του νοικοκυριού και τον αύξοντα αριθμό των μελών που διαβιούν σε κάθε σπίτι, ξεκινώντας από το νεότερο ηλικιακά άτομο. Ακόμα καταγράφεται **το τηλέφωνο, η ημερομηνία συνέντευξης, το σύνολο των ατόμων** του κάθε νοικοκυριού, αν συμμετείχε το νοικοκυριό στην **προηγούμενη μελέτη** ή αν πρόκειται για **νέο νοικοκυριό**. Επίσης δηλώνονταν αν στο νοικοκυριό διέμεναν μόνιμα αλλοδαποί και ποια είναι η εθνικότητα τους.

Σχετικά με τα **δημογραφικά χαρακτηριστικά** των ατόμων του κάθε νοικοκυριού καταγράφονταν τα εξής : επώνυμο (πατρικό), επώνυμο (συζύγου), όνομα, πατρώνυμο, έτος γέννησης, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, σύνολο ετών εκπαίδευσης, ασφαλιστικό ταμείο, κύριο επάγγελμα.

Όσον αφορά την **κατάσταση υγείας** των κατοίκων δηλώνονταν τα εξής :

Αν ένα άτομο είναι **κατακεκλιμένο ή μη-αυτοεξυπηρετούμενο**. Κατακεκλιμένα ορίσαμε τα άτομα, που βρίσκονται σε μόνιμη κατάκλιση (στο κρεβάτι) ή αναπηρικό αμαξίδιο. Μη-αυτοεξυπηρετούμενα ορίσαμε όσα άτομα δηλώνουν (τα ίδια ή οι οικείοι τους, ή και οι φροντιστές τους), ότι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν, από μόνα τους, οποιαδήποτε βασική, φυσική, βιοιατρική, κινητική, οικιακή και κοινωνική ανάγκη τους, απαραίτητη για την βιο-ψυχο-κοινωνική τους υγεία. Εν κατακλείδι η μη-αυτοεξυπηρέτηση αφορούσε όλες τις προαναφερθείσες ανάγκες, τις οποίες δεν μπορούσαν να ικανοποιήσουν τα άτομα, παρά μόνο με την βοήθεια άλλων (εκτός από τα ευρισκόμενα σε μόνιμη κατάκλιση άτομα). Ως μη-

αυτοεξυπηρετούμενα , θεωρήθηκαν και τα άτομα, τα οποία δήλωσαν ότι χρειάζονται ψυχολογική στήριξη για να μπορέσουν να συνεχίζουν να φροντίζουν κάποιο κατακεκλιμένο ή μη- αυτοεξυπηρετούμενο άτομο. Καταγράφονταν επίσης και **οι αιτίες κατάκλισης και μη-αυτοεξυπηρετήσης** (ορίσαμε γενικές κατηγορίες όπως: σωματικά προβλήματα-διαγνωσμένα χρόνια νοσήματα, ψυχοκινητική – διανοητική καθυστέρηση, ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα, γήρας, γεροντική άνοια-Alzheimer).

Σημαντική παράμετρος στο ερωτηματολόγιο αποτέλεσε η αποτύπωση της **υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού**. Η υπολειπόμενη φροντίδα αφορούσε την φροντίδα που δεν καλύπτονταν, όπως ακριβώς δηλώνονταν από τα ίδια τα άτομα, τους οικείους και τους φροντιστές τους. Συγκεκριμένα, η υπολειπόμενη φροντίδα (υγειονομική, κοινωνική) των κατακεκλιμένων και μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων σχετίζεται με ανάγκες, οι οποίες παρέμεναν ακάλυπτες την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Ακόμα δηλώνονταν αναλυτικά τα είδη φροντίδας, που χρειάζονταν τα άτομα, για να καλύψουν τις ανάγκες αυτές. Τα είδη φροντίδας διακρίνονται στις εξής κατηγορίες : καλυπτόμενες, ιατρονοσηλευτικές, οικιακές, ψυχολογική στήριξη, μεταφορά στο γιατρό και κάλυψη κοινωνικών αναγκών.

Επίσης καταγράφονται **οι φορείς, που καλύπτουν την φροντίδα** των μη-αυτοεξυπηρετούμενων και κατακεκλιμένων ατόμων, όπως δηλώθηκαν από τα ίδια τα άτομα, τους οικείους ή τους φροντιστές τους. Τα είδη των φορέων είναι η οικογένεια/συγγενείς, η Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι, το Αγροτικό Ιατρείο, το Δημόσιο Νοσοκομείο, η Ιδιωτική Ιατρική φροντίδα, το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι και το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, το Κέντρο Υγείας και η Φροντίδα από τη γειτονιά.

Τέλος καταγράφονταν τα **νοικοκυριά αναφοράς**. Ως νοικοκυριά αναφοράς θεωρήθηκαν τα νοικοκυριά, τα οποία είτε (θα) χρειάζονταν φροντίδα και στήριξη από άλλους, είτε (θα) παρείχαν στήριξη και φροντίδα σε άλλο ή άλλα νοικοκυριά. Στο δημογραφικό δελτίο δηλώνονταν από το καταγραφόμενο νοικοκυριό το ή τα νοικοκυριά, που φρόντιζε ή που ζητούσε φροντίδα. Καταγράφονταν τα στοιχεία ταυτότητας του νοικοκυριού αναφοράς, όπως επώνυμο (πατρικό και συζύγου), όνομα, τηλέφωνο και κωδικό νοικοκυριού και ατόμου, αν το νοικοκυριό αναφοράς διέμενε στο Δημοτικό Διαμέρισμα των Κουνάβων.

Η ερευνήτρια χρησιμοποίησε τον χάρτη της προηγούμενης καταγραφής για τον εντοπισμό των νοικοκυριών και σε κάθε νέο νοικοκυριό γινόταν αποτύπωση πάνω στην προηγούμενη χαρτογράφηση. Στις επισκέψεις στα νοικοκυριά επεξηγούνταν λεπτομερώς ο σκοπός και η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του δελτίου σε κάθε ενεργό νοικοκυριό ήταν 20-30 λεπτά.

Η έρευνα, η κωδικοποίηση (Παράρτημα 3) και η καταχώρηση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από την προαναφερθείσα μεταπτυχιακή σπουδάστρια, η οποία συμμετείχε ως υπεύθυνη της ερευνητικής ομάδας στην υλοποίηση της αρχικής μελέτης το 1999. Τα δεδομένα, που συγκεντρώθηκαν και καταχωρήθηκαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή αποτελούν μια διαρκή και ανανεώσιμη βάση δεδομένων για τις ανάγκες του Δήμου και των υγειονομικών υπηρεσιών του.

Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Υπολογίστηκαν περιγραφικά χαρακτηριστικά των 753 κατοίκων του οικισμού Κουνάβων του Δ. Ν. Καζαντζάκη. Με τη μέθοδο ανάλυσης διακύμανσης εκτιμήθηκε η τυχόν διαφοροποίηση στην κατανομή της ηλικίας μεταξύ των δύο φύλων (η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον έλεγχο Levene). Με τη μέθοδο χ^2 (chi-square test) επίσης ως προς την κατανομή του φύλου, ελέγχθηκαν οι συχνότητες κατανομών ως προς διάφορες ηλικιακές ομάδες, έτη εκπαίδευσης, επαγγέλματα, ασφαλιστικά ταμεία, την οικογενειακή κατάσταση αλλά και τη σύνθεση των νοικοκυριών ως προς την εθνικότητα των αλλοδαπών.

Επίσης με τη μέθοδο χ^2 , ως προς την κατανομή του φύλου και των ηλικιακών ομάδων, ελέγχθηκαν οι συχνότητες κατανομών για τα κατά-κεκλιμένα και μη αυτό-εξυπηρετούμενα άτομα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά στοιχεία του οικισμού των Κουνάβων

Στον πίνακα 1 (βλέπε παράρτημα 1) παρουσιάζεται η **σύνθεση του μόνιμου πληθυσμού** του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, ο οποίος ανέρχεται σε 753 κατοίκους. Από αυτούς οι 404 είναι γυναίκες και οι 349 είναι άνδρες. Ο περισσότερος πληθυσμός συγκεντρώνεται στην ηλικιακή ομάδα των 15-44 (265 άτομα) με ποσοστό 35,2%. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 45-64 (196 άτομα), με ποσοστό 26,0%. Σημαντικό είναι το ποσοστό 13,1% της ηλικιακής ομάδας 0-14 με 99 άτομα. Σε αντιπαράθεση με το παραπάνω το σύνολο των ατόμων από 65 και άνω στο Δ.Δ. των Κουνάβων είναι 25,6 (193 άτομα τρίτης ηλικίας) και συγκεκριμένα οι ηλικιακές ομάδες των 65-74 και 75-84 έχει ίδιο ποσοστό 13,0% η καθεμία (83 άτομα έκαστη). Αξίζει να σημειωθεί ότι στο συνολικό ποσοστό 25,6% των ατόμων από 65 και άνω, το 3,6% (27 άτομα) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 85+ (όπως βλέπουμε στον πίνακα 1). Γενικά διαπιστώνονται μη σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων στην κατανομή των ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού των Κουνάβων ($p=0,534$).

Με τον πίνακα 2 (βλέπε παράρτημα 1) παρουσιάζονται οι τιμές της **μέσης ηλικίας** του μόνιμου πληθυσμού του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων ανά φύλο. Έτσι σε σύνολο 753 κατοίκων, οι 404 είναι γυναίκες με ποσοστό 53,6% και οι 349 είναι άνδρες με ποσοστό 46,4%. Η μέση ηλικία των ανδρών είναι 44,5 έτη $\pm 23,6$ και των γυναικών 45,0 $\pm 25,2$. Στο σύνολο του πληθυσμού (753 άτομα) η μέση ηλικία είναι 45,0 $\pm 24,6$ έτη. Από το παραπάνω προκύπτει ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με τη μέση ηλικία τους ($p=0,576$).

Όσον αφορά την **αναλυτική σύνθεση του πληθυσμού κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο** αυτή παρουσιάζεται στον πίνακα 3 (βλέπε παράρτημα 1). Συγκεκριμένα ο περισσότερος πληθυσμός των ανδρών (134 άτομα), με ποσοστό 38,4% συγκεντρώνεται στην ηλικιακή ομάδα των 15-44 (όπως έχει ήδη αναφερθεί). Παρομοίως και των γυναικών (131 άτομα), με ποσοστό 32,4% συγκεντρώνεται στην ηλικιακή ομάδα των 15-44. Σημαντικό είναι το ποσοστό 27,3% των γυναικών άνω των 65 χρόνων (101 άτομα) και των ανδρών το ποσοστό άνω των 65 χρόνων είναι 23,9(83 άτομα). Τέλος στην ηλικιακή ομάδα των 0-14, 43 άτομα είναι άνδρες(ποσοστό 12,3%) και 56 άτομα είναι γυναίκες (ποσοστό 13,9%). Και στον πίνακα αυτό δεν προκύπτει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών στην ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού ($p=0,534$).

Με τον πίνακα 4 (βλέπε παράρτημα 1) παρουσιάζονται οι Δείκτες γήρανσης, εξάρτησης και εξάρτησης ηλικιωμένων. Έτσι βλέπουμε ότι **ο δείκτης γήρανσης** του

Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων είναι 194,9 άτομα ηλικίας πάνω από 65 χρόνων αντιστοιχεί σε ένα άτομο ηλικίας 0-14 χρόνων. Ταυτόχρονα 63,3 άτομα των ηλικιακών ομάδων, που είναι πάνω από 65 έτη και των ατόμων από 0-14 έτη, εξαρτώνται (οικονομικά, κοινωνικά) από ένα άτομο ηλικίας από 15-64 (**δείκτης εξάρτησης**). Ακόμα ο **δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων** δείχνει ότι 41,8 άτομα πάνω από 65 χρόνων στους Κουνάβους εξαρτώνται από ένα άτομο ηλικίας από 15-64 χρόνων. Αντίστοιχα ο δείκτης γήρανσης στην Ελλάδα είναι 110, στην Κρήτη 95,8, στο Νομό Ηρακλείου 87,1, στο Δήμο Ν. Καζαντζάκη 159,1 (σύμφωνα με στοιχεία από την ΕΣΥΕ-απογραφή πληθυσμού 2001). Επίσης ο δείκτης εξάρτησης στην Ελλάδα είναι 46,8, στην Κρήτη 49,7, στο Νομό Ηρακλείου 47,9, και στο Δήμο Ν. Καζαντζάκη 57,8. Τέλος ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων είναι στην Ελλάδα είναι 24,5, στην Κρήτη 24,3, στο Νομό Ηρακλείου 22,3, και στο Δήμο Ν. Καζαντζάκη 35,5.

Στον πίνακα 5 (βλέπε παράρτημα 1) εμφανίζεται το **επίπεδο εκπαίδευσης** του μόνιμου πληθυσμού των Κουνάβων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όπως αποτυπώνονται στον παραπάνω πίνακα, οι περισσότεροι κάτοικοι είναι απόφοιτοι Δημοτικού. Συγκεκριμένα 377 άτομα (50,1%) στο σύνολο του καταγεγραμμένου πληθυσμού έχουν σύνολο εκπαίδευσης από 0-6 έτη. Από τα 377 άτομα, τα 157 είναι άνδρες (45,0%) και οι 220 είναι γυναίκες (54,5%). Το 31,6% του πληθυσμού των Κουνάβων (238 άτομα) είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Αναλυτικότερα 124 άνδρες (35,5) και 114 γυναίκες (28,2%) έχουν σύνολο ετών εκπαίδευσης από 7-12 έτη. Τέλος το 18,3% του συνολικού πληθυσμού έχει σύνολο ετών εκπαίδευσης από 13 και πάνω έτη. Σε αυτή την κατηγορία εκπαίδευσης, γυναίκες και άνδρες περίπου ισοβαθμούν, 70 γυναίκες (17,3%) και 68 άνδρες (19,5%). Όσον αφορά το φύλο δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές και στις υπόλοιπες εκπαιδευτικές βαθμίδες. Στατιστικά σημαντική διαφορά τεκμηριώνεται ($p=0,030$) καθώς το 54,5% των γυναικών έχει έτη εκπαίδευσης από 0-6 έτη έναντι 45, 0% των ανδρών, ενώ οι άνδρες με υψηλότερο ποσοστό (35,5%) προχώρησαν στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση σε σχέση με το 28,2% των γυναικών.

Ακολουθεί ο πίνακας 6 (βλέπε παράρτημα 1), όπου παρουσιάζεται η **επαγγελματική κατάσταση** του πληθυσμού των Κουνάβων (ενεργού ή μη). Παρατηρούμε ότι το 29,1% του πληθυσμού είναι συνταξιούχοι(219 άτομα), το 14,1% είναι γυναίκες νοικοκυρές – 106 άτομα (ακόμα και αν απασχολούνται σε εργασίες συγγενών), το 13,5% του πληθυσμού είναι μαθητές/σπουδαστές (102 άτομα). Ακολουθούν με ποσοστό 8,1 % οι εργαζόμενοι, ως υπάλληλοι γραφείου(61 άτομα) και οι εργαζόμενοι σε επιστημονικά και ελεύθερα

επαγγέλματα και τεχνικοί βοηθοί αυτών με ποσοστό 6,8% (51 άτομα). Στη συνέχεια ακολουθούν με ποσοστό 6,6% (50 άτομα) οι εργάτες, τεχνίτες και χειριστές τεχνικών έργων. Μόλις το 4,8% (36 άτομα) έχουν δηλώσει ως κύριο επάγγελμα ότι είναι αγρότες. Επίσης σημαντικό είναι το ποσοστό 6,9% (52 άτομα), που αντιστοιχεί σε άτομα προσχολικής ηλικίας. Ακόμα οι άνεργοι φτάνουν το ποσοστό 2,9% (22 άτομα, 13 γυναίκες και 9 άνδρες). Όπως προκύπτει από τον πίνακα υπάρχει εκπροσώπηση στην όλη κατάταξη των επαγγελμάτων από τον πληθυσμό. Όσον αφορά το φύλο και το κύριο επάγγελμα, οι γυναίκες πλεονεκτούν στην κατηγορία των συνταξιούχων, των νοικοκυρών και των υπαλλήλων γραφείου, ενώ οι άνδρες υπερτερούν στα επιστημονικά και ελεύθερα επαγγέλματα, στους τεχνίτες, εργάτες και στους αγρότες. Τέλος, όπως γίνεται αντιληπτό από τον πίνακα συνολικά μεταξύ ανδρών και γυναικών διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση στην κατανομή των επαγγελμάτων ($p < 0,001$).

Στον πίνακα 7 (βλέπε παράρτημα 1) γίνεται η **διάκριση των ασφαλιστικών ταμείων** του μόνιμου πληθυσμού. Όπως είναι αναμενόμενο, σε συνάρτηση των παραπάνω αποτελεσμάτων, το 36,9% των κατοίκων (278 άτομα) είναι ασφαλισμένα στον ΟΓΑ και ακολουθεί με μικρή διαφορά το ΙΚΑ, με ποσοστό 36,0% (271 άτομα). Ακολουθεί με ποσοστό 9,0% (68 άτομα) οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου και οι ασφαλισμένοι του ΤΕΒΕ με ποσοστό 4,1% (31 άτομα). Σημαντικό είναι το ποσοστό του 5,2% (39 άτομα) των ανασφάλιστων κατοίκων. Αξίζει να σημειωθεί σε σχέση με το φύλο και το ασφαλιστικό ταμείο, ότι οι περισσότερες γυναίκες με ποσοστό 43,1% (174 άτομα) είναι ασφαλισμένες στον ΟΓΑ, ενώ οι περισσότεροι άνδρες με ποσοστό 38,1% (133 άτομα) είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ. Τέλος διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές στην κατανομή των ασφαλιστικών ταμείων μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p = 0,002$). Βέβαια οι κατηγορίες των ταμείων είναι πολλές και στις περισσότερες υπάρχει εκπροσώπηση από τον πληθυσμό των Κουνάβων.

Με τον πίνακα 8 (βλέπε παράρτημα 1) διαρθρώνεται η εικόνα των **αλλοδαπών – μόνιμων κατοίκων** στο Δημοτικό Διαμέρισμα των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη. Στο σύνολο των 295 νοικοκυριών που συμμετείχαν στην έρευνα τα 11 νοικοκυριά (3,7%) ανήκουν σε αλλοδαπούς, με συνολικό αριθμό 40 άτομα. Συγκεκριμένα η εθνικότητα, που κυριαρχεί είναι η Αλβανική με 7 νοικοκυριά, ακολουθεί η Βουλγαρική με 3 νοικοκυριά και τέλος σε 1 νοικοκυριό διαμένουν Ιταλοί. Τα περισσότερα νοικοκυριά των αλλοδαπών είναι τετραμελή, όπως διαφαίνεται από τον πίνακα. Τέλος να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των εθνικοτήτων ($p = 0,117$).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται με τον πίνακα 9 (βλέπε παράρτημα 1), η **οικογενειακή κατάσταση** του πληθυσμού των Κουνάβων σε σχέση με το φύλο. Όπως είναι αναμενόμενο το 53,8% του πληθυσμού (420 άτομα) είναι παντρεμένα ή και αρραβωνιασμένα. Ακολουθεί με ποσοστό 31,3% και 236 άτομα οι ελεύθεροι/ες και με ποσοστό 10,8% (81 άτομα) οι χήροι/ες. Το ποσοστό των διαζευγμένων και των ατόμων που συζούν είναι χαμηλό. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες υπερτερούν στην κατηγορία χήροι/ες με ποσοστό 16,1% (65 άτομα), έναντι των ανδρών με ποσοστό 4,6% (16 άτομα). Στις υπόλοιπες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης οι διαφορές είναι μικρές σε σχέση με το φύλο. Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα αυτό υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην κατανομή της οικογενειακής κατάστασης του πληθυσμού μεταξύ των δύο φύλων ($p < 0,001$).

Άτομα κατακεκλιμένα και μη-αυτοεξυπηρετούμενα στο μόνιμο πληθυσμό των Κουνάβων. Αιτίες κατάκλισης / μη- αυτοεξυπηρέτησης, Υπολειπόμενη φροντίδα.

Με τον πίνακα 10 (βλέπε παράρτημα 1), παρουσιάζεται το σύνολο των **κατακεκλιμένων ατόμων** στο μόνιμο πληθυσμό του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα. Υπάρχουν 8 κατακεκλιμένα άτομα (4 γυναίκες και 4 άνδρες). Η πλειοψηφία των ατόμων και συγκεκριμένα τα 7 από τα 8 κατακεκλιμένα άτομα είναι πάνω από 75 χρόνων. Αναλυτικότερα 4 άτομα (2 άνδρες και 2 γυναίκες) με ποσοστό 50% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 75-84 και ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 85+ με ποσοστό 37,5% και 3 άτομα (1 άνδρας και 2 γυναίκες). Ακόμα 1 κατακεκλιμένο άτομο (άνδρας) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 45-64. Κανένα άτομο δεν υπάρχει στις ηλικιακές ομάδες των 0-14, των 15-44 και στην ομάδα των 64-74. Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ηλικιακή κατανομή μεταξύ των κατακεκλιμένων ανδρών και γυναικών ($p = 0,51$).

Παράλληλα με τον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα κατακεκλιμένα άτομα των Κουνάβων κατά συνδυασμό **αναφερόμενων αιτιών κατάκλισης**. Βλέπουμε λοιπόν ότι σε σύνολο 8 κατακεκλιμένων ατόμων, τα 3 άτομα (37,5%) δήλωσαν τον συνδυασμό γήρας και σωματικά προβλήματα, ως αιτίες κατάκλισης. Επίσης άλλα 3 άτομα (37,5%) δήλωσαν τις σωματικές αιτίες. Επίσης 1 άτομο (12,5%) δήλωσε τον συνδυασμό σωματικά και ψυχολογικά/ψυχιατρικά προβλήματα, ως αιτίες κατάκλισης. Τέλος 1 άτομο (12,5%) δήλωσε τον συνδυασμό γήρας, σωματικά προβλήματα και Alzheimer, ως αιτίες κατάκλισης.

Όσον αφορά τις **ανάγκες φροντίδας** τους στον πίνακα 12, η πλειοψηφία των **κατακεκλιμένων ατόμων** με ποσοστό 87,5% (7 άτομα) δήλωσαν ότι οι ανάγκες τους σε υγειονομική, κοινωνική ή οποιαδήποτε άλλη φροντίδα καλύπτονται. Τέλος μόνο για 1 κατακεκλιμένο άτομο (12,5%) δεν μπορούσε κανείς να δηλώσει ανάγκες φροντίδας.

Ο πίνακας 13 αναφέρει αναλυτικά **πληροφορίες για τα κατακεκλιμένα άτομα**, ανά αριθμό μελών νοικοκυριού, στο οποίο διαμένουν, μέση ηλικία, φύλο, αιτίες κατάκλισης και ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας. Τα περισσότερα άτομα (5 κατακεκλιμένα άτομα) παρατηρούμε ότι ζουν σε διμελή νοικοκυριά, 2 άτομα σε τριμελή και 1 άτομο ζει μόνο του. Η μέση ηλικία των κατακεκλιμένων ατόμων φτάνει, όπως βλέπουμε τα $80,2 \pm 9,2$ έτη, ενώ σχετικά με το φύλο ήδη έχουμε αναφέρει ότι 4 άτομα είναι γυναίκες και 4 άτομα είναι άνδρες. Όσον αφορά τις αιτίες κατάκλισης υπερτερούν οι σωματικές (και τα 8 άτομα), το γήρας (4 άτομα) και ακολουθούν οι ψυχολογικές/ψυχιατρικές (1 άτομο) και το Alzheimer (1 άτομο). Σχετικά με τις ανάγκες φροντίδας των κατακεκλιμένων έχει γίνει αναφορά παραπάνω (βλέπε και πίνακα 10).

Στη συνέχεια με τον πίνακα 14 παρουσιάζονται στοιχεία για τα **μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα**, που διαμένουν στο Δημοτικό Διαμέρισμα των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη. Σε σύνολο 753 κατοίκων, τα 107 άτομα (14,2%) δήλωσαν μη-αυτοεξυπηρετούμενα. Παρατηρούμε ότι πλειοψηφούν οι γυναίκες με ποσοστό 63,6% (68 άτομα), ενώ οι άνδρες ακολουθούν με ποσοστό 36,4% (39 άτομα). Η ηλικιακή ομάδα στην οποία συναντούμε τα περισσότερα άτομα είναι η ηλικιακή ομάδα των 75-84, με 42 άτομα (27 γυναίκες και 15 άνδρες) και ποσοστό 39,3%. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 65-74, με 24 άτομα (10 άνδρες και 14 γυναίκες) και ποσοστό 22,4%. Σημαντικό είναι το ποσοστό 17,8% των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 85+ (19 άτομα, 13 γυναίκες και 6 άνδρες) και με μικρή διαφορά ακολουθεί με ποσοστό 14,0%, η ηλικιακή ομάδα των 45-64 (15 άτομα, 5 άνδρες και 10 γυναίκες). Τέλος 2 άτομα (1,9%) δηλώθηκαν ως μη-αυτοεξυπηρετούμενα και ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 0-14. Τα παραπάνω αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά ($p=0,981$), καθώς δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ανδρών και γυναικών στην κατανομή των ηλικιακών ομάδων.

Στον πίνακα 15 προβάλλονται όλοι οι συνδυασμοί των **αναφερόμενων αιτιών μη-αυτοεξυπηρέτησης**. Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, με ποσοστό 80,4% (86 άτομα), δήλωσαν το συνδυασμό σωματικές και γήρας ως αιτίες

μη-αυτοεξυπηρέτησης. Οι υπόλοιποι συνδυασμοί με μικρές διαφορές μεταξύ τους είναι : το γήρας με ποσοστό 3,7% (4 άτομα), οι ψυχιατρικές/ψυχολογικές με ποσοστό 5,6% (6 άτομα), νοητική υστέρηση και ψυχολογικές/ψυχιατρικές με ποσοστό 3,7% (4 άτομα), ψυχολογικές/ψυχιατρικές και σωματικές αιτίες με ποσοστό 0,9% (1 άτομο). Τέλος οι συνδυασμοί Γεροντική άνοια/ Alzheimer και Alzheimer με σωματικές αιτίες μη-αυτοεξυπηρέτησης παρουσιάζουν ποσοστό 2,8% (3 άτομα) αντίστοιχα.

Στη συνέχεια ο πίνακας 16 εμφανίζει το σύνολο των **μη-αυτοεξυπηρετούμενων** ατόμων σε συνάρτηση με το **σύνολο των μελών του νοικοκυριού**, στα οποία διαμένουν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων 45,8% (49 άτομα) ζει σε διμελή νοικοκυριά. Επίσης μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων, που ζουν μόνοι τους. Συγκεκριμένα 30 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (28,0%) ζουν σε μονήρη νοικοκυριά. Τέλος 14 άτομα (13,1%) διαβιώνουν σε τριμελή νοικοκυριά, 7 άτομα (6,5%) σε τετραμελή, 5 άτομα (4,7%) σε πενταμελή και 2 άτομα (1,9%) σε εξαμελή νοικοκυριά.

Με τον πίνακα 17 αποτυπώνονται όλα τα **στοιχεία των μη-αυτοεξυπηρετούμενων** ατόμων στους Κουνάβους. Ήδη έχουμε αναφέρει ότι το σύνολο των ατόμων αυτών είναι 107 άτομα (68 γυναίκες και 39 άνδρες). Στην τρίτη στήλη, όπως μπορούμε να δούμε από τον πίνακα, παρουσιάζεται η μέση ηλικία ανά έτη των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων. Παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία τους είναι $72,2 \pm 16,9$ έτη. Όσον αφορά το σύνολο των μελών των νοικοκυριών, στα οποία διαβιούν τα μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα έχει γίνει αναφορά παραπάνω (βλέπε πίνακα 14). Επίσης στο πίνακα αυτό προβάλλονται οι αναφερόμενες ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων. Αναλυτικότερα 85 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα δεν δήλωσαν ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας (οι ανάγκες τους καλύπτονται, παρακάτω θα προσδιοριστούν οι φορείς, που καλύπτουν την φροντίδα των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων). Τα υπόλοιπα 22 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα δήλωσαν ανάγκες φροντίδας. Όσον αφορά τις δηλωμένες ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας έχουν αναφέρει: 16 άτομα τις ιατρονοσηλευτικές, 9 άτομα τις οικιακές, 8 άτομα τις κοινωνικές, 5 άτομα την ψυχολογική στήριξη και 4 άτομα την μεταφορά στο γιατρό.

Ο πίνακας 18 παρουσιάζει το σύνολο των **μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων με υπολειπόμενες φροντίδες** και τους συνδυασμούς όσον αφορά την φροντίδα αυτή. Όπως προαναφέραμε (πίνακας 15) το 79,4% των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων δήλωσε ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται. Στα υπόλοιπα άτομα διαφαίνεται να κυριαρχεί στους διάφορους

συνδυασμούς η ιατρονοσηλευτική φροντίδα και να ακολουθεί η οικιακή βοήθεια. Αναλυτικότερα 4 άτομα (3,7%) δήλωσαν μόνο ιατρονοσηλευτική φροντίδα και 2 άτομα (1,9%) μόνο την οικιακή βοήθεια. Τον συνδυασμό των δύο προαναφερόμενων φροντίδων, δηλαδή τις ιατρονοσηλευτικής και της οικιακής δήλωσαν 3 άτομα (2,8%), ενώ 2 άτομα (1,9%) δήλωσαν τον συνδυασμό ιατρονοσηλευτικές και κάλυψη κοινωνικών αναγκών, όπως και τον συνδυασμό ιατρονοσηλευτικές, οικιακές και κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Παρουσιάζονται και άλλοι συνδυασμοί με πολύ μικρότερο ποσοστό, όπως ψυχολογική στήριξη και κάλυψη κοινωνικών αναγκών, ιατρονοσηλευτική φροντίδα και μεταφορά στο γιατρό και κάλυψη κοινωνικών αναγκών, ιατρονοσηλευτική φροντίδα και μεταφορά στο γιατρό. Επίσης άλλοι συνδυασμοί είναι : ιατρονοσηλευτική φροντίδα και οικιακή βοήθεια και ψυχολογική στήριξη, ιατρονοσηλευτική φροντίδα και μεταφορά στο γιατρό και ψυχολογική στήριξη, ιατρονοσηλευτική φροντίδα και κάλυψη κοινωνικών αναγκών και ψυχολογική στήριξη και τέλος ο συνδυασμός οικιακή βοήθεια και κάλυψη κοινωνικών αναγκών και ψυχολογική στήριξη. Να σημειωθεί ότι 1 άτομο (1,9%) δεν μπορούσε, λόγω της κατάστασης υγείας του να δηλώσει αν έχει ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας ή αν καλύπτεται η φροντίδα, που χρειάζεται.

Στον πίνακα 19 παρουσιάζεται μια συνοπτική εικόνα των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων σχετικά με την οικογενειακή του κατάσταση, την ηλικιακή ομάδα, στην οποία ανήκουν το φύλο, το ασφαλιστικό τους ταμείο και το επίπεδο εκπαίδευσης τους. Όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα και το φύλο έχουμε αναφερθεί παραπάνω (βλέπε πίνακες 12,15). Διαπιστώνεται ότι όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, το μεγαλύτερο ποσοστό 54,2% (58 άτομα) αναφέρεται σε παντρεμένους/αρραβωνιασμένους και ακολουθούν με ποσοστό 35,5(38 άτομα), οι χήροι/ες, ενώ σημαντικό είναι το ποσοστό 9,3% (10 άτομα) των ελεύθερων μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων. Από την άλλη αναφορικά με το ταμείο ασφάλισης των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, εμφανίζεται ο ΟΓΑ ως ασφαλιστικός φορέας των περισσότερων ατόμων με ποσοστό 70,1% (75 άτομα) και ακολουθεί το ΙΚΑ με ποσοστό 23,4% (24 άτομα). Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα, που σχετίζονται με το επίπεδο εκπαίδευσης των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων. Η πλειοψηφία τους, 92 άτομα(86,0%) έχει σύνολο ετών εκπαίδευσης από 0-6 έτη, ενώ μόλις το 12,1% (13 άτομα) έχουν σύνολο ετών εκπαίδευσης από 6-12 έτη.

Μια άλλη παράμετρος που εμφανίζεται στον πίνακα 20 είναι τα 85 **μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα**, που δήλωσαν ότι οι ανάγκες φροντίδας τους καλύπτονται, **ανά κατηγορία κάλυψης των φροντίδων τους**. Δηλαδή εφόσον οι ανάγκες τους καλύπτονται να διερευνηθεί από ποιους καλύπτονται. Συγκεκριμένα δηλώθηκαν διάφορες κατηγορίες/φορείς. Κυρίαρχο ρόλο στην φροντίδα των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων φαίνεται να έχει η οικογένεια/ συγγενείς, όπως δήλωσαν 82 άτομα. Ακολουθεί το Δημόσιο Νοσοκομείο και το Αγροτικό Ιατρείο, με 24 και 14 άτομα αντίστοιχα ως φορείς υγειονομικής κάλυψης των αναγκών τους. Επίσης 11 άτομα δήλωσαν ότι καλύπτουν ανάγκες φροντίδας τους μέσω του Προγράμματος Βοήθειας στο Σπίτι του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, 4 άτομα ανέφεραν την ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι (έχουν οικιακό φροντιστή σε καθημερινή βάση). Αναφέρονται σε μικρότερο βαθμό και άλλοι φορείς όπως το Κέντρο Υγείας, το Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων) του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, η Ιδιωτική Ιατρική φροντίδα και τέλος η βοήθεια/φροντίδα από τη γειτονιά.

Με τον πίνακα 21 γίνεται αναλυτική αναφορά στους συνδυασμούς των αναφερόμενων φορέων, που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων. Συγκεκριμένα 39 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα(45,9%) δήλωσαν ότι καλύπτουν τις ανάγκες τους μέσω της οικογένειας και των συγγενών τους. Ακολουθεί ο συνδυασμός οικογένεια/συγγενείς και Δημόσιο Νοσοκομείο με ποσοστό 14,1% (12 άτομα) και ο συνδυασμός οικογένεια/συγγενείς Δημόσιο Νοσοκομείο και Αγροτικό Ιατρείο με ποσοστό 11,8% (10 άτομα). Στη συνέχεια οι συνδυασμοί οικογένεια/συγγενείς και Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι του Δήμου Ν. Καζαντζάκη με ποσοστό 7,1% (6 άτομα) και ο συνδυασμός οικογένεια/συγγενείς και Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι με ποσοστό 4,7% (4 άτομα). Υπάρχουν και άλλοι συνδυασμοί φορέων φροντίδας των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό.

Ο πίνακας 22 αναφέρεται στο σύνολο των κατακεκλιμένων ατόμων, που δήλωσαν ότι οι ανάγκες φροντίδας τους καλύπτονται, ανά κατηγορία κάλυψης των φροντίδων αυτών. Δηλαδή από ποιους φορείς καλύπτονται οι ανάγκες τους. Βλέπουμε λοιπόν ότι και τα 7 κατακεκλιμένα άτομα με καλυπτόμενες ανάγκες, δήλωσαν ότι κύριος φορέας για την φροντίδα τους είναι η οικογένεια/συγγενείς. Έπειτα 3 άτομα δήλωσαν την Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι, 2 άτομα το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι του Δήμου Ν. Καζαντζάκη και 1 άτομο την Ιδιωτική Ιατρική φροντίδα.

Σε συνέχεια του παραπάνω πίνακα, στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι συνδυασμοί των αναφερόμενων φορέων, που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας των κατακεκλιμένων ατόμων. Παρατηρούμε ότι μόνο 2 κατακεκλιμένα άτομα (28,6%) εξ ολοκλήρου καλύπτονται από την οικογένεια/συγγενείς. Επίσης 2 άτομα (28,6%) έχουν δηλώσει το συνδυασμό οικογένεια/συγγενείς και Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι και Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι του Δήμου Ν. Καζαντζάκη. Ακόμα 1 άτομο (14,3%) δήλωσε το συνδυασμό οικογένεια/συγγενείς και Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι, 1 άτομο(14,3%) δήλωσε το συνδυασμό οικογένεια/συγγενείς και Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι και Ιδιωτική Ιατρική φροντίδα. Τέλος 1 άτομο (14,3%) δήλωσε το συνδυασμό οικογένεια/συγγενείς και Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι του Δήμου Ν. Καζαντζάκη.

Στον πίνακα 24 προσδιορίζεται το **σύνολο των νοικοκυριών με μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα χωρίς νοικοκυριά αναφοράς**. Υπάρχουν 18 νοικοκυριά στο σύνολο του οικισμού των Κουνάβων με μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα χωρίς νοικοκυριά αναφοράς. Όσον αφορά το σύνολο των μελών αυτών των νοικοκυριών, παρατηρούμε ότι τα περισσότερα είναι μονήρη (4 νοικοκυριά), διμελή (4 νοικοκυριά) και τριμελή (4 νοικοκυριά). Ενώ 3 νοικοκυριά είναι τετραμελή, 2 νοικοκυριά πενταμελή και 1 νοικοκυριό εξαμελή. Οι κύριες αιτίες μη-αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων που δεν δήλωσαν νοικοκυριά αναφοράς είναι οι σωματικές (14 άτομα) και το γήρας (5 άτομα). Ακολουθούν οι ψυχολογικές και οι νοητικές με 2 άτομα αντίστοιχα και τέλος το Alzheimer (1 άτομο). Στον ίδιο πίνακα παρουσιάζονται και οι ανάγκες, που έχουν δηλωθεί ως υπολειπόμενη φροντίδα των ατόμων αυτών. Τα περισσότερα μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα χωρίς νοικοκυριά αναφοράς (12 άτομα) δήλωσαν ότι οι ανάγκες φροντίδας τους καλύπτονται (από τους φορείς που προαναφέραμε). Μόλις 5 άτομα δήλωσαν υπολειπόμενη φροντίδα την ιατρονοσηλευτική, 3 άτομα την ψυχολογική στήριξη, 3 άτομα την κάλυψη κοινωνικών αναγκών, 2 άτομα την οικιακή βοήθεια και 1 άτομο την μεταφορά στο γιατρό.

Τέλος στον πίνακα 25 (βλέπε παράρτημα 1) γίνεται μια συνολική παρουσίαση των **ενεργών νοικοκυριών** του μόνιμου πληθυσμού στους Κουνάβους, **τα οποία δεν δήλωσαν νοικοκυριά αναφοράς για στήριξη και φροντίδα**. Έτσι παρατηρούμε ότι σε σύνολο 295 νοικοκυριών (100,0%), τα 167 νοικοκυριά (67,1%) δήλωσαν νοικοκυριά αναφοράς, τα 94 (31,9%) δήλωσε ότι δεν έχουν νοικοκυριά αναφοράς και μόλις 3 νοικοκυριά (1,00%) δεν επιθυμούσαν να δηλώσουν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε, μεθοδολογικά είναι μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) ή μελέτη επιπολασμού (prevalence), η οποία εμφανίζει αδυναμίες στην τεκμηρίωση των αιτιακών σχέσεων, όπως και όλες οι έρευνες χρονικής στιγμής (μελετούν πληθυσμούς μια καθορισμένη χρονική στιγμή, χωρίς να μπορούν να συλλέξουν πληροφορίες για παρελθούσες εκθέσεις). Οπότε εξ ορισμού δεχόμαστε όλες τις αδυναμίες και τους περιορισμούς των συγχρονικών –περιγραφικών μελετών.

Επιπλέον στη συγκεκριμένη έρευνα υπήρξε ένας ερευνητής, ο οποίος συμμετείχε και στην προηγούμενη μελέτη Κοινωνικής Δημογραφίας και Εκτίμησης των Αναγκών Υπολειπόμενης Υγειονομικής και Κοινωνικής Φροντίδας στο Δήμο Ν. Καζαντζάκη, σε συνεργασία με την Μονάδα Προαγωγής Υγείας του ΠΑΓΝΗ (1999). Η ήδη υπάρχουσα εμπειρία και η εκπαίδευση στη χρήση του μεθοδολογικού εργαλείου μπορούμε να πούμε, ότι ελαχιστοποίησε το προσωπικό-υποκειμενικό στοιχείο, το οποίο θα μπορούσε να εισέλθει στην διεξαγωγή της έρευνας και στην συμπλήρωση, κωδικοποίηση των δημογραφικών δελτίων (εσωτερική εγκυρότητα συμπερασμάτων). Επιπλέον τα αποτελέσματα και από τις δύο μελέτες είναι συγκρίσιμα.

Το δείγμα του πληθυσμού μας είναι αντιπροσωπευτικό, καθώς η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο σύνολο του πληθυσμού του οικισμού των Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη. Επίσης τα αποτελέσματα από την μελέτη μας μπορούν να θεωρηθούν, κατ' εκτίμηση του ερευνητή, αντιπροσωπευτικά στο σύνολο του πληθυσμού του Δήμου, με βάση την εμπειρία του ερευνητή από την προηγούμενη έρευνα και από τα αποτελέσματα, που είχαν προκύψει (βλέπε παράρτημα 5).

Δεν υπήρχε η δυνατότητα η παρούσα μελέτη να διεξαχθεί στο σύνολο των οικισμών του Δήμου, καθώς είναι χρονοβόρα και έχει μεγάλο οικονομικό κόστος. Αποκλείστηκαν όσοι δεν διαμένουν μόνιμα στους Κουνάβους, για τουλάχιστον ένα χρόνο, όπως ορίσαμε

παραπάνω (7 νοικοκυριά, στα οποία έμεναν προσωρινά αλλοδαποί). Ο οικισμός των Κουνάβων επιλέχθηκε ως ένα από τα τέσσερα μεγαλύτερα Δημοτικά Διαμερίσματα του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, για τους λόγους, που ήδη έχουμε αναφέρει παραπάνω (βλέπε μεθοδολογία).

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ήδη έγκυρο (εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής) και αντικειμενικό εργαλείο, ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο είχε χρησιμοποιηθεί ξανά σε στην Μελέτη Κοινωνικής Δημογραφίας του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (1999).

Επίσης να σημειωθεί ότι στο σύνολο των ενεργών νοικοκυριών (N=299) του μόνιμου πληθυσμού μόνο τέσσερα (4) νοικοκυριά αρνήθηκαν να συμμετέχουν, οπότε η μελέτη μας είχε υψηλό ποσοστό απαντήσεων (response rate) και συγκεκριμένα το ποσοστό συμμετοχής είναι 98,6% του συνόλου των ενεργών νοικοκυριών.

Όσον αφορά την δεοντολογία της μελέτης εφαρμόστηκαν οι αρχές δεοντολογίας, όπως ορίζονται από τον Belmont(1976) για τα δικαιώματα των υποκειμένων, που συμμετέχουν σε μια έρευνα. Η συμμετοχή του πληθυσμού στην έρευνα ήταν προαιρετική και όχι υποχρεωτική.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Αρχικά θα πρέπει να επισημάνουμε ότι ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης απαντήθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό. Με βάση τα αποτελέσματα της Μελέτης, προκύπτει ότι πρόκειται για ένα **δημογραφικά γερασμένο πληθυσμό**. Σύμφωνα με τα στοιχεία της προηγούμενης μελέτης στον Δήμο Ν. Καζαντζάκη, το 1999 (βλέπε παράρτημα 5), παρατηρούμε ότι ο πληθυσμός του Δημοτικού Διαμερίσματος των Κουνάβων είναι 805 μόνιμοι κάτοικοι, 397 άνδρες και 407 γυναίκες (305 ενεργά νοικοκυριά), ενώ την περίοδο, που πραγματοποιήθηκε η έρευνα μας (2009) ο πληθυσμός των Κουνάβων είναι 753 κάτοικοι, 349 άνδρες και 404 γυναίκες (299 ενεργά νοικοκυριά – πίνακας 1 & 2). Επισημαίνεται ότι στην απογραφή του 2001, ο πληθυσμός του συγκεκριμένου οικισμού είναι 857 άτομα (426 άνδρες και 431 γυναίκες), η διαφορά όμως αυτή μπορεί να οφείλεται στον τρόπο, που γίνεται η απογραφή. Γενικότερα διαπιστώνεται μια σταδιακή μείωση του πληθυσμού στα δέκα αυτά χρόνια, χωρίς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων. Η μέση ηλικία του συνόλου του πληθυσμού είναι 45,0 έτη (πίνακας 3), ενώ στην προηγούμενη μελέτη η μέση ηλικία των

Κουνάβων ήταν 44,4 έτη και του Δήμου Ν. Καζαντζάκη στο σύνολο του πληθυσμού, ήταν 44,7 έτη (βλέπε παράρτημα 5).

Η μεγάλη **δημογραφική γήρανση** του πληθυσμού γίνεται ιδιαίτερα καταφανής εάν συγκριθούν οι δείκτες γήρανσης, εξάρτησης και εξάρτησης ηλικιωμένων των Κουνάβων, με αυτούς της Ελλάδας, της Κρήτης, του Ν. Ηρακλείου και του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (πίνακας 4). **Οι δείκτες γήρανσης** της Ελλάδας (110,0), της Κρήτης (95,8), του Ν. Ηρακλείου (87,1), του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (159,1), των Κουνάβων (185,3), σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Απογραφή πληθυσμού 2001), δείχνοντας πόσοι ηλικιωμένοι άνθρωποι άνω των 65 ετών αντιστοιχούν σε 100 παιδιά 0-14 χρόνων, αποτυπώνοντας έτσι το βαθμό γήρανσης ενός πληθυσμού με δυσάρεστες επιπτώσεις. Ο δείκτης γήρανσης του οικισμού, με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης μας είναι 194,9. **Οι δείκτες εξάρτησης** της Ελλάδας (46,8), της Κρήτης (49,7), του Ν. Ηρακλείου (47,9), του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (57,8), του οικισμού των Κουνάβων το 2001 είναι 56,9 και την περίοδο της μελέτης μας 63,3, δείχνοντας πόσοι συντηρούμενοι (παιδιά 0-14 χρόνων και ηλικιωμένοι άνω των 65 χρόνων) αντιστοιχούν σε 100 άτομα του ενεργού πληθυσμού (15-44 ετών), εκφράζοντας παράλληλα την προοπτικής ανάπτυξης της περιοχής.

Ένας άλλος σημαντικός δείκτης για την εκτίμηση του βαθμού οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης ενός πληθυσμού είναι ο **δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων** (πίνακας 4), ο οποίος αποτυπώνει την οικονομική – χρηματοδοτική και τη κοινωνική διάσταση του φαινομένου της γήρανσης (Γκόλνα, Σουλιώτης 2006) και δείχνει πόσοι ηλικιωμένοι άνθρωποι, άνω των 65 χρόνων (παραγωγικά ανενεργής πληθυσμός) υποστηρίζονται από 100 ανθρώπους, ηλικίας 15-44 (παραγωγικά ενεργής πληθυσμός). Οι δείκτες εξάρτησης ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι (24,5), στην Κρήτη (24,3), στο Ν. Ηρακλείου (22,3), στο Δήμο Ν. Καζαντζάκη (35,5), στον οικισμό των Κουνάβων (36,9) – απογραφή 2001 και την περίοδο της μελέτης μας είναι 41,8.

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαίωσαν τα στοιχεία, που υπάρχουν από τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την γήρανση του πληθυσμού. Η δημογραφική γήρανση οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην υπογεννητικότητα, στη μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και έχει επιπτώσεις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, ηθικές, καθώς η ζωή των ηλικιωμένων εξασφαλίζεται από την οικογένεια, με το κεφαλαιοποιητικό και διανεμητικό σύστημα (οι οικονομικά ενεργείς εργάζονται για να ζήσουν οι μη-ενεργοί), (Εμκε –Πουλοπούλου 1994).

Η αύξηση των ηλικιωμένων, εκτός από τη μείωση του παραγωγικού πληθυσμού ακολουθείται και από αύξηση στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος 1989) και των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι προβλέψεις σχετικά με την πληθυσμιακή γήρανση και τη δημογραφική έκρηξη, σύμφωνα και με τα στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών για την γήρανση στην Ελλάδα, τονίζουν την διαμόρφωση μιας νέας ηλικιακής πυραμίδας, με ιδιαίτερη επιβάρυνση στον τομέα της υγείας. Από τα παραπάνω προκύπτουν εύλογα ερωτήματα σχετικά με το κόστος του «φαινομένου της γήρανσης» και κατά πόσο θα επιβαρυνθούν οι πόροι της υγείας (χρηματοδότηση από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, από τη φορολογία του κράτους), καθώς τα χρόνια προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα. Η Δημογραφική γήρανση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας και η πρόκληση για την πολιτική υγείας είναι να λάβει σημαντικές αποφάσεις αναφορικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων (Γκόλνα και συνεργάτες 2006).

Στην κατεύθυνση αυτή έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες σχετικά με την φροντίδα και τη νοσηλεία των ηλικιωμένων, στην κοινότητα, οι οποίες επικεντρώνονται στην δημιουργία ενός μοντέλου φροντίδας (care) και υποστήριξης (support) στο σπίτι (Haastregt et al. 2000; Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης 2001; Foord et al 2001; Temple et al 2002; Morales-Asencio et al 2008). Η διασφάλιση των «υγείων» γηρατειών παρουσιάζεται στην έρευνα των Bowling και Dieppe (2005), οι οποίοι αντιπαραβάλλουν το βιο-ιατρικό μοντέλο, το οποίο θεωρεί ως υγιή γηρατεία την απουσία της αρρώστιας και την καλή σωματική και ψυχική λειτουργία, με το κοινωνικο – ψυχολογικό μοντέλο, το οποίο δίνει έμφαση στην ικανοποίηση από τη ζωή, την κοινωνική λειτουργία, την συμμετοχή, την προσωπική ανάπτυξη, με στόχο το σχεδιασμό ενός προγράμματος υποστήριξης των ατόμων της μέσης ηλικίας σε θέματα προαγωγής της υγείας, πριν φτάσουν να γίνουν ηλικιωμένοι με χρόνια προβλήματα υγείας (Bowling et al 2005). Ιδιαίτερα, όπως φάνηκε από την μελέτη μας τα προβλήματα είναι μεγαλύτερα και ποικιλόμορφα, όταν οι ηλικιωμένοι μένουν μόνοι τους (Kemp, Acheson 1989; Iliffe et al. 1992).

Η υγεία ενός πληθυσμού συνδέεται άμεσα με **το επίπεδο εκπαίδευσης**. Με βάση τα στοιχεία της μελέτης, το εκπαιδευτικό επίπεδο των κατοίκων, στον οικισμό των Κουνάβων είναι χαμηλό (το 50,1% του συνόλου του πληθυσμού έχει έτη εκπαίδευσης από 0-6 έτη) και με ισχυρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων (ιδιαίτερα χαμηλό το επίπεδο των γυναικών). Η ίδια περίπου εικόνα παρουσιάζεται και στην μελέτη του 1999 και συγκεκριμένα

το 54,4% του πληθυσμού του αναφερόμενου οικισμού είχαν εκπαίδευση από 0-6 έτη, ενώ στο σύνολο του πληθυσμού του Δήμου, το ποσοστό αυτό φτάνει το 64,8% (βλέπε παράρτημα 5). Είναι πλέον γνωστό από τη διεθνή εμπειρία και βιβλιογραφία, ότι το επίπεδο εκπαίδευσης ενός πληθυσμού συνδέεται άμεσα με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας (Sundquist, Johansson 1997), καθώς και με την ανάπτυξη επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, όπως χρήση ουσιών (ναρκωτικά, αλκοόλ, κάπνισμα)(Haider, Johnell, Weitoft, Thorslund, Fastbom 2008).

Μια άλλη σημαντική παράμετρος της έρευνας μας ήταν το **επαγγελματικό προφίλ** των κατοίκων του παραπάνω οικισμού (πίνακας 6). Η **μεταβατική οικονομία** του πληθυσμού εκφράζεται, σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης, από το μικρό ποσοστό του συνόλου των εργαζομένων (32,8%) και από το πολύ μικρότερο ποσοστό (4,8%) αυτών, που ασχολούνται με την γεωργία και την κτηνοτροφία. Στην προηγούμενη μελέτη η απασχόληση με τα αγροτικά είναι σε πρώτη θέση (με ποσοστό 14,1% στο σύνολο του πληθυσμού του Δήμου). Σε κάθε περίπτωση το αγροτικό επάγγελμα ως κύρια απασχόληση, που παραδοσιακά στήριζε την οικονομία της περιοχής, φαίνεται να έχει φθίνουσα πορεία. Μάλιστα η μεταβατική οικονομία ενός πληθυσμού, όταν επέρχεται ραγδαία, επηρεάζει, τόσο τους δείκτες υγείας, όσο και τις συνθήκες εργασίας, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικές σχέσεις (κοινωνικο-πολιτιστικούς δείκτες), την ψυχική υγεία.

Σημαντικά ευρήματα παρουσιάζονται σε έρευνα σχετικά με τον επιπολασμό και τις κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε αγροτικές κοινότητες της περιφέρειας του Βορείου Αιγαίου, τα οποία επιβεβαιώνουν θετική συσχέτιση της ψυχικής νοσηρότητας με την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των ατόμων. Σε σύνολο 428 ατόμων, το 48% ήταν άνδρες, αγρότες οι περισσότεροι (28%), με πολύ χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Σκαπινάκης και συνεργάτες 2007).

Σε συνέχεια του παραπάνω, θα λέγαμε ότι η διαβάθμιση των επαγγελμάτων μπορεί να συγκριθεί, τόσο με το εκπαιδευτικό επίπεδο του πληθυσμού, όσο και με την **διαβάθμιση των ασφαλιστικών ταμείων** (πίνακας 7). Όπως είναι φυσικό, ο ΟΓΑ είναι το ασφαλιστικό ταμείο των περισσότερων κατοίκων και αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί όχι με βάση την παραπάνω αναφορά σχετικά με τα επαγγέλματα, αλλά λόγω του μεγάλου ποσοστού των συνταξιούχων (29,1% του συνόλου του πληθυσμού) και ακολουθεί με ανεπαίσθητη διαφορά το ΙΚΑ. Αναφορικά με τα στοιχεία της μελέτης του 1999, βλέπουμε ο ΟΓΑ να είναι και εδώ ο κυρίαρχος ασφαλιστικός φορέας με ποσοστό 62,6% στο σύνολο, όμως, του πληθυσμού

του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (βλέπε παράρτημα 5). Τέλος οι ανασφάλιστοι (39 άτομα) και οι άνεργοι (22 άτομα) στους Κουνάβους αποτελούν σημαντικό ζήτημα, το οποίο πρέπει να ληφθεί υπόψη στο σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Η έλλειψη ασφαλιστικής προστασίας και η ανεργία μπορούν να συνδεθούν με τους αλλοδαπούς (40 άτομα), που διαμένουν μόνιμα στους Κουνάβους (πίνακας 8). Στην πλειοψηφία τους είναι Αλβανικής εθνικότητας και απασχολούνται, όπως είναι ευρύτερα γνωστό, ως φθηνό εργατικό προσωπικό, κύρια σε αγροτικές εργασίες. Βέβαια οι αλλοδαποί, που έχουν άδεια παραμονής και βρίσκονται νόμιμα στην χώρα μας, είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ ή το ΙΚΑ. Επίσης από την μελέτη μας προκύπτει ότι ένας σημαντικός αριθμός αλλοδαπών (8 άτομα) απασχολούνται με την φροντίδα κατακεκλιμένων ή μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων επί πληρωμή και διαμένουν οι περισσότεροι από αυτούς, μαζί τους σε 24ώρη βάση. Ακόμα οι μόνιμα διαμένοντες αλλοδαποί διαμένουν κυρίως σε τετραμελή νοικοκυριά – οικογένειες. Στην μελέτη του 1999, ο αριθμός των αλλοδαπών στο συγκεκριμένο οικισμό ήταν 25 άτομα (σε σύνολο 805 μόνιμων κατοίκων).

Αναφορικά με τις **ανάγκες φροντίδας** του πληθυσμού των Κουνάβων θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η οικογένεια και οι συγγενείς αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ατόμων με προβλήματα ψυχικά, νοητικά, σωματικά. Ιδιαίτερα σε μικρές κοινωνίες **ο παραδοσιακός ρόλος της οικογένειας** – φροντιστή, των αδυνάτων και των ηλικιωμένων μελών της, εξακολουθεί να λειτουργεί σε ικανοποιητικό βαθμό, όπως σημαντικό είναι και ο ρόλος άλλων άτυπων δικτύων φροντίδας, όπως η γειτονιά, οι φίλοι, η εκκλησία.

Βέβαια και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι **ο κοινωνικός ιστός και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας**, τα οποία αντισταθμίζουν τις ελλείψεις και τις ανεπάρκειες των επίσημων φορέων υγείας και πρόνοιας, έχουν αρχίσει να φθίνουν με αρνητικές επιπτώσεις και στον τομέα της φροντίδας. Αυτό φαίνεται ιδιαίτερα από τα υψηλά ποσοστά κυρίως των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, που μένουν μόνα τους ή σε διμελή νοικοκυριά (πίνακας 16), καθώς και από το γεγονός, που αναφέραμε παραπάνω σχετικά με την φροντίδα των ατόμων από αλλοδαπούς φροντιστές επί πληρωμή. Αυτοί πληρώνονται κατά κύριο λόγο από τις οικογένειες των κατακεκλιμένων και μη αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, οι οποίες για διάφορους λόγους αδυνατούν να ανταπεξέλθουν ολοκληρωτικά στην φροντίδα τους.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο, που στηρίζει την παραπάνω παρατήρηση για τον κοινωνικό ιστό είναι τα **νοικοκυριά αναφοράς**, δηλαδή νοικοκυριά, που παρέχουν στήριξη και βοήθεια. Στον πίνακα 24 διαφαίνεται ότι ένας σημαντικός αριθμός νοικοκυριών 94 (31,9%) σε σύνολο 295 ενεργών νοικοκυριών δήλωσαν, ότι δεν έχουν νοικοκυριά αναφοράς για στήριξη και φροντίδα. Επίσης και στην μελέτη του 1999, το 11,7% του συνόλου του πληθυσμού του Δήμου δήλωσε ότι δεν έχει νοικοκυριά αναφοράς, ενώ στους Κουνάβους σε σύνολο 305 ενεργών νοικοκυριών, τα 37 (12,1%) δήλωσαν αντίστοιχα ότι δεν έχουν νοικοκυριά αναφοράς. Συνοψίζοντας, επισημαίνουμε τον δύσκολο ρόλο, που συνεχίζει να έχει η οικογένεια στην φροντίδα, κυρίως των ηλικιωμένων, το οποίο θα συζητήσουμε και παρακάτω, καθώς και τις αλλαγές στη συνοχή του κοινωνικού ιστού.

Παράλληλα, το μεγαλύτερο ποσοστό των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων 79,4% (85 άτομα), (πίνακας 18) και όλα τα κατακεκλιμένα άτομα (7 άτομα), (πίνακας 22) δήλωσαν πλήρη κάλυψη των αναγκών τους για φροντίδα. Το γεγονός αυτό μπορεί να στηριχτεί στην παραπάνω παρατήρηση, σχετικά με την ενεργή λειτουργία της οικογένειας και των άλλων άτυπων δικτύων φροντίδας στην κοινότητα, στον υποκειμενισμό των απαντήσεων των ατόμων, στην παθητικότητα, την αίσθηση ματαιώσης και την πεποίθηση ότι τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει, που πολλές φορές κυριαρχεί, κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα και στους φροντιστές των ατόμων με προβλήματα υγείας. Επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, όπως θα δούμε παρακάτω, από την μια **οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας στην κοινότητα**, όπως το Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι, το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων και από την άλλη η ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι (επί πληρωμή), όπως προαναφέραμε.

Αν παρατηρήσει κανείς τις **υπολειπόμενες ανάγκες φροντίδας** (πίνακας 17) θα διαπιστώσει ότι μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων 20,6% (22 άτομα), δήλωσαν ακάλυπτες ανάγκες, και συγκεκριμένα 16 άτομα δήλωσαν τις ιατρονοσηλευτικές (περίθαλψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας), 9 άτομα την οικιακή βοήθεια (ψώνια, λογαριασμοί, αγορά φαρμάκων, δουλειές στο σπίτι κ.α.), 8 άτομα, τις κοινωνικές ανάγκες (παρέα, βόλτα, συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις), 5 άτομα, την ψυχολογική στήριξη και 4 άτομα την μεταφορά στο γιατρό. Οι υπολειπόμενες ανάγκες, σχετικά με την κοινωνική, ψυχολογική στήριξη και την μεταφορά στο γιατρό, είναι πολύ δύσκολο να καλυφθούν από τις υπάρχουσες δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, λόγω κυρίως του ιατροκεντρικού, συγκεντρωτικού και γραφειοκρατικού χαρακτήρα των υπηρεσιών.

Συνοψίζοντας, οι άνθρωποι σε **μόνιμη κατάκλιση** (7 άτομα) είναι υπερήλικες (πίνακας 13), η μέση ηλικία τους είναι 80,3 έτη και δήλωσαν όλοι ότι καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας τους και ότι έχουν νοικοκυριά αναφοράς. Μόνο σε ένα άτομο, για το οποίο δεν μπορούσε να εκτιμηθεί η κατάσταση του (αν είναι μόνιμα κατακεκλιμένο, το οποίο μένει μόνο του και κάποιες ώρες πηγαίνει συγγενικό πρόσωπο για βοήθεια) δεν δηλώθηκαν ανάγκες φροντίδας (πίνακας 12). Όσον αφορά τις αιτίες κατάκλισης, το γήρας και τα σωματικά προβλήματα είναι αναμενόμενα, ενώ δύο άτομα δήλωσαν επιπλέον τα ψυχικά/ψυχολογικά προβλήματα και το Alzheimer αντίστοιχα (πίνακας 11). Αντίστοιχα και στην προαναφερόμενη έρευνα, στους Κουνάβους συναντάμε 7 κατακεκλιμένα άτομα, με μέση ηλικία 72,8 έτη, αναφερόμενες αιτίες κατάκλισης τα γηρατειά και τα σωματικά προβλήματα, με υπολειπόμενες ανάγκες φροντίδας (5 άτομα) τις οικιακές και ιατρονοσηλευτικές. Στο σύνολο του πληθυσμού του Δήμου (N= 6.355) συναντάμε 40 άτομα σε μόνιμη κατάκλιση, από τα οποία τα 27 δήλωσαν ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας και τα 13 δήλωσαν πλήρη κάλυψη των αναγκών τους. Να επισημάνουμε ότι το χρονικό διάστημα, που διεξήχθη η παραπάνω μελέτη (1999), είναι η περίοδος εκείνη, όπου ο Δήμος Ν. Καζαντζάκη δεν έχει αναπτύξει ακόμη τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι ή άλλες δομές φροντίδας, οπότε είναι αναμενόμενο τα άτομα αυτά να έχουν αρκετές υπολειπόμενες (κύρια οικιακές και ιατρονοσηλευτικές) ανάγκες (βλέπε παράρτημα 5).

Οι περισσότεροι **μη-αυτοεξυπηρετούμενοι** είναι πάνω από 65 χρόνων (ποσοστό 79,4%, πίνακας 14) και αποτελούν το 14,2% του συνόλου του πληθυσμού, η μέση ηλικία τους είναι 72,2 έτη και πλειοψηφικά υπερτερούν οι γυναίκες (68 άτομα), έναντι των ανδρών (39 άτομα). Μάλιστα μια άλλη ενδιαφέρουσα παρατήρηση αφορά το σύνολο των μελών των νοικοκυριών στα οποία διαβιούν οι μη – αυτοεξυπηρετούμενοι. Έτσι το 28,0% των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων (30 άτομα) μένουν μόνο τους, ενώ σε διμελή νοικοκυριά μένει το 45,8%. Από τους 107 μη-αυτοεξυπηρετούμενους, μόλις οι 18 δήλωσαν ότι δεν έχουν νοικοκυριά αναφοράς (πίνακας 24), αλλά οι περισσότεροι από αυτούς διαμένουν σε διμελή, τριμελή και τετραμελή νοικοκυριά (μόνο 4 άτομα μένουν μόνο τους). Τέλος οι περισσότεροι μη αυτοεξυπηρετούμενοι είναι παντρεμένοι / αρραβωνιασμένοι (54,2%) και ακολουθούν οι χήροι/χήρες (35,5%). Στην πλειοψηφία τους έχουν ασφαλιστικό ταμείο τον ΟΓΑ (70,1%) και έχουν έτη εκπαίδευσης 0-6 (86%). Αντίστοιχα, σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης το 1999, στον ερευνώμενο οικισμό έχουν καταγραφεί 126 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (15,6% του συνόλου του πληθυσμού), από τα οποία μόλις τα 36 δήλωσαν ακάλυπτες ανάγκες και τα 90

άτομα ανέφεραν, ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται. Τα μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα είχαν μέση ηλικία 70,2 έτη, υπερτερούν ξανά οι γυναίκες (77 άτομα), έναντι των ανδρών (49 άτομα) και οι περισσότεροι μένουν σε μονομελή και διμελή νοικοκυριά. Στο σύνολο του Δήμου έχουν καταγραφεί 947 άτομα μη-αυτοεξυπηρετούμενα, από τα οποία τα 654 (69,1%) δήλωσαν πλήρη κάλυψη και 293 άτομα (30,9%) ανέφεραν ακάλυπτες ανάγκες (βλέπε παράρτημα 5). Κλείνοντας την αναφορά μας στα κατακεκλιμένα και μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, θα λέγαμε ότι κατ'εκτίμηση του ερευνητή δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μέσα στα δέκα αυτά χρόνια και ότι οι δύο συγχρονικές μελέτες, όσον αφορά τα αποτελέσματα του οικισμού των Κουνάβων παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες. Αυτό μπορεί να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα, είτε ότι δεν έχουν γίνει σημαντικές παρεμβάσεις στην φροντίδα του πληθυσμού, είτε ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες στα άτομα αυτά δεν είναι ολοκληρωμένες, αλλά αποσπασματικές και χρειάζονται διεύρυνση. Σε μελέτη των Skarupski et al. (2008) διαφαίνεται το σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει με την φροντίδα των ασθενών με γεροντική άνοια και την αδυναμία των υπάρχουσών δομών φροντίδας να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες τους.

Αν θέλουμε να αξιολογήσουμε τις **υπολειπόμενες φροντίδες**, θα λέγαμε ότι μπορούν να καλυφθούν σε μεγάλο βαθμό από τις υπάρχουσες δομές κοινωνικής προστασίας, που υπάρχουν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Βέβαια όσον αφορά την μεταφορά στο γιατρό, η οποία ως υπολειπόμενη φροντίδα δηλώθηκε και στην προηγούμενη μελέτη (με ποσοστό 9,2%, στο σύνολο των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων του Δήμου, με ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας), δεν προβλέπεται από τις υπάρχουσες δομές, όπως επίσης και η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Τα παραπάνω αιτήματα φροντίδας, τα οποία ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες των ατόμων αυτών, μπορούν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν, σε συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μέσω των δομών φροντίδας της, του Αγροτικού Ιατρείου και του Κέντρου Υγείας Αρκαλοχωρίου, στο οποίο υπάγεται το δημοτικό διαμέρισμα των Κουνάβων. Συμπερασματικά οι υπηρεσίες αυτές έχουν μικρό κόστος, αρκεί το σχεδιασμό, το προγραμματισμό και την υλοποίησή τους να αναλάβει ένας κατάλληλος τοπικός συντονιστικός φορέας (Κούτης και συνεργάτες 2002). Παρόμοια ευρήματα συναντάμε και στην έρευνα της Sanmartin και των συνεργατών της (2002), σχετικά με τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας και φροντίδας, σε μια εθνική μελέτη για την υγεία του πληθυσμού στον Καναδά (πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δύο χρονικές περιόδους, 1994-1995 και 1998-1999 σε νοικοκυριά με προσωπικές συνεντεύξεις), τα

αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ως ανάγκες φροντίδας, την φροντίδα-θεραπεία από τα σωματικά προβλήματα, την συναισθηματική-ψυχολογική φροντίδα, την φροντίδα από τους τραυματισμούς και τον τακτικό προληπτικό έλεγχο (check-up).

Τέλος ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα σχετικά με τους **φορείς, που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας** των κατακεκλιμένων και μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων (πίνακες 20 & 22). Έτσι 85 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (σε σύνολο 107 ατόμων) δήλωσαν ότι καλύπτουν τις ανάγκες τους, μέσω της οικογένειας/συγγενών (82 άτομα), του Δημόσιου Νοσοκομείου (24 άτομα), του Αγροτικού Ιατρείου (14 άτομα), του Προγράμματος Βοήθειας στο σπίτι (11 άτομα), της Ιδιωτικής φροντίδας στο σπίτι (4 άτομα), του ΚΗΦΗ Δήμου Ν. Καζαντζάκη (2 άτομα), της Ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας (2 άτομα), του Κέντρου Υγείας (1 άτομο) και μέσω της Φροντίδας από τη γειτονιά (1 άτομο). Ουσιαστικά τα άτομα αυτά δήλωσαν συνδυασμό φροντίδων από τους διάφορους φορείς (πίνακας 21). Αντίστοιχα τα άτομα σε κατάκλιση δήλωσαν ότι φροντίζονται από την οικογένεια/συγγενείς (7 άτομα), το Πρόγραμμα Βοήθειας στο σπίτι (2 άτομα), την Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι (3 άτομα) και από Ιδιωτική ιατρική φροντίδα (1 άτομο).

Όπως παρατηρούμε παραπάνω, η οικογένεια είναι ο καθολικός φορέας της παρεχόμενης φροντίδας και επίσης και οι Δομές του Δήμου και η Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι, έχουν σημαντικό ρόλο, όπως ήδη έχει διαφανεί. Ιδιαίτερα η οικογένεια χρειάζεται στήριξη και ολοκληρωμένες υπηρεσίες, σύμφωνα με τον Thein και τους συνεργάτες του (2003). Από την παρούσα μελέτη προέκυψε η ανάγκη για το σχεδιασμό και την υλοποίηση μιας αναπτυξιακής μελέτης, με στόχο να ερευνηθεί το πλαίσιο της φροντίδας (οικιακή, νοσηλευτική, κοινωνική, οικονομική), που παρέχει η οικογένεια στα αδύναμα και άρρωστα μέλη της (με όρους οικονομικούς, κοινωνικούς), καθώς και το πώς η οικογένεια μπορεί να υποστηριχτεί, μέσω των ενδιάμεσων Δομών Κοινωνικής Φροντίδας του Δήμου. Παράλληλα αυτό θα βοηθήσει, τόσο στην βελτίωση των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών των δομών του Δήμου, όσο και στην διασύνδεση μεταξύ τους και μάλιστα αυτό θα ήταν εφικτό να γίνει με τον συντονισμό του Δημοτικού Οργανισμού Προαγωγής Υγείας του Δήμου Ν. Καζαντζάκη.

Οι δημόσιοι φορείς υγείας είναι αναμενόμενο να συμπεριλαμβάνονται στην φροντίδα των ατόμων, όμως για μια ακόμη φορά φαίνεται, ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας (Αγροτικό ιατρείο, Κέντρο Υγείας) υστερεί σε σχέση με την Δευτεροβάθμια (Δημόσιο Νοσοκομείο), καθώς μόλις ένα άτομο ανέφερε το Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου. Βέβαια η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα μεγάλο ζήτημα, όπως και η διασύνδεση των

υπηρεσιών μεταξύ τους, καθώς και η εμπλοκή, συνεργασία του πληθυσμού στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας (Κριτσωτάκης 2002). Να επισημάνουμε, ότι οι κάτοικοι των Κουνάβων με ιδιαίτερη προθυμία συμμετείχαν στην έρευνα μας και μάλιστα πολλές φορές έκαναν σχόλια και κριτική στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας του Δήμου, επισημαίνοντας την μεγάλη ανάγκη για μόνιμο γενικό γιατρό στο χωριό τους σε καθημερινή βάση. Οι ηλικιωμένοι αρχικά ήταν πιο επιφυλακτικοί, μετά όμως την σχετική ενημέρωση για την διεξαγωγή της έρευνας, συμμετείχαν ενεργά στην συμπλήρωση του πρωτοκόλλου.

Ένα άλλο θέμα, που ανέκυψε από την μελέτη μας, σχετικά με τις τοπικές δομές φροντίδας και συγκεκριμένα για τα Προγράμματα Βοήθειας στο σπίτι είναι ότι τα προγράμματα αυτά εξ' ορισμού αναφέρονται σε κατοίκον φροντίδα ηλικιωμένων ή ατόμων με ειδικές ανάγκες, οπότε περιορίζεται ο ρόλος τους στην κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών φροντίδας, όμως μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην συλλογή πληροφοριών υγείας, αλλά και στον κοινωνικό σχεδιασμό (Χναράκη 2005).

Η εκτίμηση των αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο, χωρίς την συμμετοχή του πληθυσμού, αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία. Η πρόσκληση για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Άλμα-Άτα 1978) είναι η εμπλοκή του πληθυσμού στον καθορισμό, τόσο των αναγκών, όσο και των προτεραιοτήτων (Jordan, Dowswell, Harisson, Lilford, Mort, 1998). Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η χρησιμότητα της εκτίμησης των αναγκών υγείας πρέπει να αξιολογηθεί με βάση κάποια κριτήρια, όπως αν υπάρχει ένα ξεκάθαρο πλαίσιο για την κατανομή των πόρων, αλλά και τι πρέπει να γίνει, υπάρχει παρέμβαση στα καταγεγραμμένα προβλήματα; (Stevens et al, 1998). Επισημαίνεται ότι πολλές φορές δεν γίνεται κατανοητό τί περιλαμβάνει το πλαίσιο των αναγκών υγείας και πολλά προγράμματα μπορεί να αποτύχουν, λόγω έλλειψης χρόνου, πόρων αλλά και σωστού σχεδιασμού, ο οποίος να διασφαλίζει αλλαγή, αντικειμενικούς στόχους, διασύνδεση και συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην κατεύθυνση της χάραξης πολιτικών υγείας (Wright, 1998).

Όπως υπογραμμίζει σε έκθεση του το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005), η πολιτική υγείας προϋποθέτει το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου και διατομεακού σχεδίου, λαμβάνοντας υπόψη τρεις παραμέτρους : α) τις πολιτικές καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, β) την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, γ) τις παρεμβάσεις στο ίδιο το σύστημα υγείας με

έμφαση στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών και την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Ανέκυψαν σημαντικά θέματα για περαιτέρω διερεύνηση, όπως η λειτουργία των άτυπων δικτύων στην κοινότητα, η εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα προαγωγής της υγείας, η αρχειοθέτηση των πληροφοριών και η ανάγκη για συστηματική εκτίμηση των αναγκών φροντίδας του πληθυσμού. Επίσης θέματα όπως η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, και κυρίως η πρόσβαση των ηλικιωμένων στις υπηρεσίες υγείας, η διασύνδεση των υπηρεσιών μεταξύ τους, ο ρόλος του εθελοντικού τομέα στα συστήματα κοινωνικής προστασίας, σε τοπικό επίπεδο (Βάγια 2004 ; Hendry et al 2008).

Όσον αφορά τις υπολειπόμενες φροντίδες, τα αποτελέσματα της μελέτης μας κατέδειξαν σημαντικές ανάγκες, όπως τις κοινωνικές, τις ψυχολογικές και την μεταφορά στο γιατρό, για την κάλυψη των οποίων προτείνεται η διεύρυνση των υπηρεσιών, που παρέχουν οι ήδη υπάρχουσες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό για να γίνει εφικτό θα πρέπει να αναπτυχθεί ένας συντονιστικός φορέας, ο οποίος από την μια θα αναλάβει την διασύνδεση όλων των υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας, σε επίπεδο κοινότητας, Δήμου και από την άλλη θα έχει επιτελικό ρόλο στο σχεδιασμό και την υλοποίηση επιπλέον δράσεων ή και την ανάπτυξη νέων δομών, ανάλογα με τις εκτιμώμενες ανάγκες. Διαφαίνεται ο ισχυρός ρόλος, που θα πρέπει και μπορεί να διαδραματίσει η Τοπική Αυτοδιοίκηση στην ενίσχυση και προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, για το σχεδιασμό παρεμβάσεων και υπηρεσιών προσαρμοσμένες στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Βέβαια η πραγματοποιηθείσα μελέτη, μας δίνει τα ερεθίσματα για περαιτέρω έρευνα αναπτυξιακού χαρακτήρα, σχετικά με την εκτίμηση των ακάλυπτων αναγκών φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού του Δήμου, για να μπορούν να καθοριστούν προτεραιότητες, τόσο για τις επείγουσες παρεμβάσεις, όσο και για την ορθολογικότερη κατανομή των πόρων. Η μελλοντική αυτή έρευνα θα μπορούσε να δώσει έμφαση σε νέες ανάγκες φροντίδας (όπως τις κοινωνικές, ψυχολογικές, την μεταφορά στο γιατρό κ.α.) και επίσης να σχεδιάσει ένα μοντέλο φροντίδας, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, εμπλέκοντας και αξιοποιώντας παράλληλα τις υπάρχουσες δομές, αλλά και τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας, σε τοπικό επίπεδο. Τέλος είναι σημαντικό να ερευνηθεί το κατά

πόσο τα άτομα μπορούν να εκφράσουν, να συνειδητοποιήσουν τις πραγματικές ανάγκες τους και να αναλάβουν δράση για την ικανοποίηση τους.

Προκύπτει η ανάγκη για ολοκληρωμένες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα, σε τοπικό επίπεδο. Η εκτίμηση των αναγκών, η συστηματική καταγραφή, η δημιουργία ενός αναπτυξιακού πληροφορικού συστήματος δεδομένων με όλα τα χαρακτηριστικά υγείας ενός πληθυσμού, η οποία να μπορεί να ανανεώνεται συστηματικά, η συνεργασία με όλες τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, θα δώσουν στους επαγγελματίες υγείας την κατάλληλη γνώση και εμπειρία για τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, σε μια περίοδο έντονης πολιτικής, οικονομικής κοινωνικής και ηθικής κρίσης.

Η παγκόσμια κρίση στην Δημόσια Υγεία, σε συνδυασμό με την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, αυξάνει τις δημόσιες δαπάνες και επιταχύνει την ανάγκη για επαναπροσδιορισμό της υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών της (Μπένος 2007). Η χάραξη πολιτικής για την υγεία αποτελεί μέρος όλων των δομικών αλλαγών, μεταρρυθμίσεων, που λαμβάνουν χώρα στην κοινωνία και θα πρέπει να στοχεύει στην διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας (Souliotis, Lionis 2005; Κουρής, Σουλιώτης, Φιλαλήθης 2007).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΓΓΛΙΚΗ

Abdulraheem IS. (2007) Health needs assessment and determinants of health-seeking behavior among elderly Nigerians: A house-hold survey [serial online] *Ann..Afr..Med.*, 6:pp. 58 - 63. Available from: <http://www.annalsafrmed.org/text.asp>

Alonso J., Orfila F., Ruigomez A., M'anto J., (1997) Unmet Health Care Needs and Mortality among Spanish elderly, *American Journal of Public Health*, March, Vol. 87, No. 3, pp. 366-370.

Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. (2003) Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services, *Health and Quality of life Outcomes*, Available from : <http://www.hqlo.com/content/1/1/34> ,[Accessed 23 July,2003]

Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. (2003) *Need for redefining needs*,[Internet] *Health and Quality of Life Outcomes*, Available from : <http://www.hqlo.com/content/1/1/34> [Accessed 21 August,2003]

Asadi-Lari M, Gray D. (2005), Health needs assessment tools: progress and potential, *International Journal of Technological Assess Health Care*.Summer, 21(3):pp.288-97.

Belmont Report (1976), Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research, Report of the National Commission for the protection of human subjects of Biomedical and Behavioral Research, Department of Health, Education and Welfare office of the Secretary.

Billings J. R., Cowley S. (1994) Approaches to community needs assessment : a literature review, *Journal of Advanced Nursing*, V. 22, 1 December, pp. 721-730.

Bowling A., (2002) *Research Methods in Health*, Open University Press, Buckingham – Philadelphia, pp. 55-62.

Buckeridge DL., Mason R., Robertson A., Frank J., Glazier R., Purdon A., Amrhein CG. Chaudhuri N., Fuller-Thomson E., Gozdyra P., Hulchan M., Moldofsky B., Thompson M., Wright R. (2002) *Making heath data maps:a case study of a community/ university research collaboration*, *Soc. Sci.Med.*, October, 55:p.p.11189-11206.

Cavanagh S., Chadwick K. (2005) *Health Needs Assessment: a practical guide*, [Internet] available from <http://www.nice.org.uk>.

Chatziarsenis M, Lionis C, Makri E, Sapouna K, Fioretos M, Faresjö T, Mavromanolakis M, Vlachonikolis J, Trell E. (1999) Bringing community involvement into a Cretan primary/hospital care center: an evaluation of population habits and attitudes toward health care, *Journal of Medicine System.*, April, 23(2):pp. 123-131.

Cowley S., Bergen A., Young K., Kavanagh A. (2000) Generalising 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*, Vol 37(3), June, pp. 219-228.

Clark D., Delassega C., (1998), Unmet health care needs. Comparison of rural and urban senior elderly attendees, *Journal of Gerontological Nursing*, December, 24(12), pp 24-33.

Elkleir R. Y. (2007) Health Needs Assessment: a practical approach, *Sudanese Journal of Public Health*, April, Vol. 2(2), pp.81-88.

Fisher B., Neve H., Heritage Z.(1999) *Community development, user involvement, and primary health care. Community development has much to offer to primary care groups*, *BMJ*, March 20, pp.749-750.

Foord M., Simic P. (2001) A sustainable approach to planning housing and social care: if not now, when? *Health and Social Care in the Community*, Vol 9(3), May, pp. 168-176.

Fuller J., Bentley M., Shotton D. (2008) Use of Community Health Needs Assessment for regional planning in country South Australia. *Australian Journal of Rural Health*, Vol. 9(1), pp. 12-17

Haider S.I., Johnell K., Weitoft G. R., Thorslund M., Fastbom J. (2008) Patient educational level and use of newly marketed drugs : a register based study of over 600.000 older people, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 10 August, 64:pp. 1215-1222.

Hensher, Fulop N. (1999) The influence of health needs assessment on health care decision-making in London health authorities, *Journal Health Service Resources Policy.*, April, 4(2): pp. 90-95.

Hendry M., Williams N. H.,Wilkinson C., (2008), A survey of local health promotion initiatives for older people in Wales, *BMC Public Health* June, 8:217, pp. [Internet] available from: <http://creativecommons.org/licenses/by>), [Accessed 20 June,2008]

Hooper J., Longworth P. (2002) Health needs assessment workbook, [Internet], NSH, Health Development Agency, London available from: <http://www.nice.org.uk/page.aspx>

Hopton J. L., Dlugoleska M. (1995) Need and demand for primary health care : a comparative survey approach, *BMJ*, 310, 27 May, pp. 1369-1373.

Horne M., Costello J.A(2003), A Public health approach to health needs assessment at the interface of primary care and community development: findings from an action research study, *Primary Health Care Research and Development*, Cambridge University Press, 4 (4):pp.340-352

Houston A.M., Cowley S. (2002) An empowerment approach to needs assessment in health visiting people, *Journal of Clinical Nursing*, Vol 11(5), September, pp. 640-650.

Houston AM, Cowley S.(2003) Health needs assessment in the health visiting service and the impact on the ethnic community, *International Journal of Nursing Studies*. January, 40(1): pp.85-94.

Isacsson A, Koutis AD, Cedervall M, Lindholm LH, Lionis CD, Svenninger K, Fioretos M.(1992) Patient-number-based computerized medical records in Crete. A tool for planning and assessment of primary health care, *Comput. Methods Program Biomed*, February, 37(1): pp. 41-49.

Iliffe S., Tai S. S., Haines A., Gallivan S., Goldenberg E., Booroff A., Morgan P. (1992) Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ*, 24 October, Vol. 305, pp. 1001-1004.

Iliffe S., Lenihan P., Wallace P., Drennan V., Blanchard M., Harris A. (2002) Applying community-oriented primary care methods in British general practice : a case study, *Br. J. Gen Pract*, August, 52(481), pp. 621-622.

Jordan J., Dowswell T., Harrison S., Lilford R. J., Mort M. (1998) Whose priorities? Listen to users and the public, *BMJ*, 30 May, 316: pp.1668-1670.

Jordan J., Wright J., Wilkinson J. (1998) *Assessing local health needs in primary care : understanding experiences in three English districts*, *Qual. Health Care*, 7 : pp. 83-89.

Kataoka S. H., Zhang L., Wells K. B., (2002), Unmet Need for Mental Health Care Among U.S. Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status, *Am. J. Psychiatry*, September, 159:9, pp. 1548-1555.

Kemp F. M., Acheson R. M. (1989) Care in the community – elderly people living alone at home, *Journal of public health*, Vol. 11(1), pp. 21-26.

Lazenbatt A., Lynch U., O’Neill E. (2001) Revealing the hidden «troubles» in Northern Ireland : the role of participatory rapid appraisal, *Health Education Research*, Vol 16 (No 5), October, pp. 567-578.

Li Y., Cao J., Lin H., Li D., Wang Y., He J., (2009) Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study, *BMC, Health Services Research*, 9: 181 [Internet] available from: <http://www.biomedcentral.com>, [Accessed 9 October 2009]

Lindholm LH, Koutis A., Lionis C., Vlachonikolis I., Isacsson A, Fioretos M. (1992) Risk factors for ischaemic heart disease in a Greek population. A cross-sectional study of men and women living in the village of Spili in Crete. *European Heart Journal*,. March, 13(3): pp.291-298.

Lionis C., Trelle E. (1998) Health needs assessment in general practice : the Cretan approach, *European Journal of General Practice*, V. 5, November 23rd, pp.75-77.

Lionis C., Symvoulakis M. K., Markaki A., Vardavas S., Papadakaki M., Daniilidou A., Souliotis K., Kyriopoulos I. (2009) Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, *International Journal of Integrated Care*, 30 July, Vol.9, pp. 1-14.

McEwen J., Russell EM., Stewart S. (1995) Needs assessment in Scotland : collaboration in public health, *Public Health*, May, 109(3), pp. 179-185.

Ministry of Health (2000) *Health Needs Assessment For New Zealand, An Overview and Guide* [Internet], Available from: <http://www.moh.govt.nz>, [Accessed December 2000]

Mittelmark M. B. (2001) Promoting social responsibility for health : health impact assessment and health public policy at the community level, *Health Promotion International*, Vol 16(No 6), September, pp. 269-274.

Mokgele E. (1999) Health needs assessment of the elderly people of Mangaung, Curatationis.September, 22(3):pp.100-105.

Morales-Asencio J. M, Gonzalo-Jimenez E., Martin-Santos F. J., Morilla-Herrera J. C., Manas M, Millan- Carrasco A., García-Arrabal J. J., Toral-Lopez I., (2008) Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study, *BMC, Health Service Resources*, September, 8: p. 193.

Murray SA., Tapson J., Turnbull J., McCallum J., Little A. (1994). Listening to local voices : adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice, *BMJ*, 12 March, 308: pp. 698-700.

Murray SA., Graham LJC., (1995). Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighborhood, *BMJ*, 3 June, 310: pp. 1443-1448.

Murray SA. (1999), Experiences with rapid appraisal in primary care : involving the public in assessing health needs, orienting staff and educating medical students, *BMJ*, 318, February, pp.440-444.

Pallant J. (2002), *Health Needs Assessment Toolkit*, NHS, Primary Care Trust, Mid Hampshire.

Palmer C. A. (1999) Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: qualitative study, *BMJ*, 319, 18 September, pp. 743-748.

Pappa E., Niakas D. (2006) Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area, *BMC Public Health*, 6:146 [Internet] available from: <http://www.biomedcentral.com> [Accepted: 2 November 2006].

Pepall E., Earnest J., James R. (2007) Understanding community perceptions of health and social needs in a rural Balinese village: results of a rapid participatory appraisal, *Health Promotion International*, December, 22(1), pp. 44-52.

Poortinga W., Dunstan F. D., Fone D. L., (2007) Perceptions of the neighborhood environment and self rated health: a multilevel analysis of the Caerphilly Health and Social Needs Study, *BMC Public Health*, 7:285 [Internet] available from: <http://www.biomedcentral.com> [Accepted: 9 October 2007].

- Popay J., Williams G. (1994) *Researching people's health*, Routledge, London, pp.60-67.
- Quigley, R., Cavanagh, S., Harrison, D., Taylor, L.(2004) *Clarifying health impact assessment, integrated impact assessment and health needs assessment*, NHS, Health Development Agency, Yorkshire.
- Ruta D.A., Duffy M. C., Farquharson A., Young A. M., Gilmour F. B., McElduff S. P.(1997) Determining priorities for change in primary care: the value of practice-based needs assessment, *British Journal of General Practice*, 47, June, pp.353-357.
- Sanmartin C., Houle C., Tremblay S., Berthelot M., 2002, Changes in Unmet Health Care Needs, *Health Reports*, Statistics Canada , March, Vol. 13, No. 3, pp. 15-21.
- Shanks J., Kheraj S., Fish S. (1995) Better ways of assessing health needs in primary care, *BMJ*, 310, February 25, pp. 480-481.
- Shi L., Stevens G. D. (2005), Vulnerability and Unmet Health Care Needs. The Influence of Multiple Risk Factors, *J. Gen. Intern. Med.*, 20: pp.148–154.
- Skarupski A. K., McCann J. J., Bienias J. L., Wolinsky F. D., Aggarwal N. T., Evans D. A., (2008) Use of home-based formal services by adult day care clients with Alzheimer's disease, *Home Health Care Service Quality*, 27(3): pp. 217–239.
- Souliotis K, Lionis C. (2005) Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *Journal of Medicine System.*, April, 29(2):pp. 187-196.
- Sringgate B. F., Allen S., Jones C., Lovera S., Meyers D., Campelli L., Palinkas L. A., Wells K. B., (2009) Rapid Community Participatory Assessment of Health Care in Post- Storm New Orleans, *American Journal of Preventive Medicine*, December, Vol. 37, (6):1, pp.237-243.
- Stevens *et al* (eds) (2004) *Health care needs assessment* (first series, 2nd ed. – volume 1). Oxford, Radcliffe Publishing
- Stevens A., Gillam S. (1998) Needs assessment: from theory to practice, *BMJ*, 316, May 9, pp.1448-1452.
- Sundquist J., Johansson E. (1997) Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39 156 people in Sweden, *Journal of Epidemiology and Community Health*; July, 51:pp.35-40
- Temple B., Glenister C., Raynes N. (2002) Prioritising home care needs : research with older people from three ethnic minority community groups, *Health & Social Care in the Community*, Vol 10(3), May, pp. 179-186.
- Thein K., Zaw K.T., Teng R.E., Liang C., Julliard K. (2009)Health Needs in Brooklyn's Chinatown: A Pilot Assessment Using Rapid Participatory Appraisal, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Vol. 20 (2), May, , pp. 378-394.
- Thyen U., Spenera J., Morfelda M., Meyera M., Ravens-Sieberera U., (2003) Unmet Health Care Needs and Impact on Families With Children With Disabilities in Germany, Elsevier Inc., March, Volume 3, Issue 2, pp. 74-81.

Van Haastregt J. C. M., Diederiks J. P., Van Rossum E., Witte L. P., Crebolder H. F. J. M. (2000) Effects of preventive home visits to elderly people living in the community : systematic review, *BMJ*, 18 March, 320 : pp. 754-758.

Wilkinson J.R., Murray S. A. (1998) Assessment in primary care : practical issues and possible approaches, *BMJ*, 316(7143), May 16, pp.1524-1528.

Williams J., Lyons B., Rowland D. (1997) Unmet long term care needs of elderly people in the community: a review of the literature, *Home Health Care Service Quality*, 16(1-2), pp. 93-119.

Wood F. B., Sahali R., Press N., Libr. M., Burroughs C., Mala T. A., Siegel E. R., Fuller S. S., Rambo N. (2003) Tribal connections health information outreach : results, evaluation, and challenges. *Journal of the Medical Library Association*, January, 91(1):pp. 57-66.

World Health Organization (2001) Community Health Needs Assessment, An introductory guide for the family health nurse in Europe, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Wright J., Walley (1998), Assessing health needs in developing countries, *BMJ*, 13 June, 316: pp.1819-1823.

Wright J., Williams R., Wilkinson J.R. (1998) Development and importance of health needs assessment, *BMJ*, 316 (7140), April 25, pp.1310-1313.

Williams R., Wright J. (1998) Health needs assessment, Epidemiological issues in health needs assessment, *BMJ*, May 2, 316 (7141) pp.1379-1382.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αντωνάκης Ν., Λιονής Χ. (1998) Ανάπτυξη ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων στο Κέντρο Υγείας Ανωγείων Ρεθύμνης, *Ιατρική*, 74(4), σελ. 320-328.

Άλμα-Άτα (1978) Διεθνής Συνδιάσκεψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Βάγια Χ. (2004) Κοινωνική Προστασία των ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο ρόλος του εθελοντικού τομέα, *Κοινωνική Εργασία*, Ιούλιος - Σεπτέμβριος, Τεύχος 75, σελ. 179-187.

Γκόλνα Χ., Σουλιώτης Κ. (2006), Δημογραφική γήρανση και πολιτική υγείας, στο : Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα (επιμέλεια Σουλιώτης Κ.), σελ. 21-42.

Έμκε – Πουλοπούλου (1994) Το Δημογραφικό, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ. 156-159.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 89

Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ., Φιλαλήτης Α. (2007) Οι περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού συστήματος υγείας : μια ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Ιούλιος – Δεκέμβριος 2007, 1: σελ. 35-67.

Κούτης Α., Φιολιτάκη Χ.,(2002) *Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση- το πρώτο αναπτυξιακό βήμα κοινωνικής πολιτικής σε ένα Δήμο της Κρήτης*, Ιατρική, 82(6):431-438.

Κοτσαμπασόπουλος Κ. (2007) Εκτίμηση των αναγκών υγείας των ατόμων, που φροντίζουν ηλικιωμένους στο σπίτι, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Δημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία, Οκτώβριος, σελ.1-93.

Κριτσωτάκης Γ. (2002) Η Συμμετοχή της κοινότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Νοσηλευτική, 41(3), σελ. 246-252.

Λιαρόπουλος Λ. (1989) Η ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Μια κρυφή επανάσταση, Ιατρική, 56(5), σελ. 419-425.

Λιονής Χ., Κούτης Α., (1992) ,Πρόταση ανάπτυξης του Ελληνικού Κέντρου Υγείας. Η εμπειρία από το Κέντρο Υγείας Σπηλίου, Ιατρική, 62 (4), σελ. 392-397.

Λιονής Χ., Κούτης Α., (1995) *Εκτίμηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα*, Ιατρική, 6: 570-575.

Μπένος Α. (2007) Το διακύβευμα της πολιτικής υγείας: Ελλείμματα του παρελθόντος και διλήμματα του μέλλοντος, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Ιούλιος – Δεκέμβριος 2007, 1: σελ. 21-34.

Σκαπινάκης Π., Ζήση Α., Σαββίδου Μ., Τσελώνη Μ., Χίου Μ. (2007) Επιπολασμός και κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε αγροτικές κοινότητες της περιφέρειας βορείου Αιγαίου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (Συμπλ. 1):σελ. 30-36.

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005) Προτάσεις του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την σύνταξη των κατευθύνσεων εθνικής στρατηγικής Ανάπτυξης, Επ. Υγεία - Πρόνοια 2000-2006, Μονάδα Α΄ «Προγραμματισμού και Αξιολόγησης» Φεβρουάριος 2005.

Χναράκη Β. (2005) Το πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι και η Τοπική κοινωνία : Από τα πρακτικά της 2ης Πανελλήνιας Δημερίδας με θέμα: Σύγχρονες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας, Δομές και προγράμματα στην τοπική κοινωνία, Κοινω.Πολιτι.Α Κρήτης – Π.Τ.Κ.ΣΚΛΕ, Ηράκλειο, σελ. 125-140.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Πίνακας 1. Σύνθεση του μόνιμου πληθυσμού του οικισμού Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (N=753), κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο

| Φύλο | Ηλικιακές ομάδες (χρόνια) | | | | | | p-value | Όλες οι ηλικίες |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------|-----------------|
| | 0-14 N(%) | 15-44 N(%) | 45-64 N(%) | 65-74 N(%) | 75-84 N(%) | 85+ N(%) | | |
| Άρρενες | 43(12.3) | 134(38.4) | 89(25.5) | 39(11.2) | 38(9.5) | 11(3.2) | 0,534 | |
| Θήλειες | 56(13.9) | 131(32.4) | 107(26.5) | 44(10.9) | 50(12.4) | 16(4.0) | | |
| Σύνολο (%) | 99 (13.1) | 265 (35.2) | 196 (26.0) | 83 (11.0) | 83 (11.0) | 27 (3.6) | | |

Έλεγχος χ^2

Πίνακας 2. Σύνθεση του μόνιμου πληθυσμού του οικισμού Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (N=753), κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο

| Ηλικία | Άρρενες N(%) | Θήλειες N(%) | p-value |
|---------------|------------------|------------------|---------|
| 0-14 | 43(12.3) | 56(13.9) | 0.534 |
| 15-44 | 134(38.4) | 131(32.4) | |
| 45-64 | 89(25.5) | 107(26.5) | |
| 65-74 | 39(11.2) | 44(10.9) | |
| 75-84 | 33(9.5) | 50(12.4) | |
| 85+ | 11(3.2) | 16(4.0) | |
| Σύνολο | 349(46.4) | 404(53.6) | |

Έλεγχος χ^2

Πίνακας 3. Ο μόνιμος πληθυσμός του οικισμού Κουνάβων (N=753) του Δήμου Ν. Καζαντζάκη και η μέση ηλικία του ανά φύλο

| Οικισμός Κουνάβων | Μέση Ηλικία έτη | p-value |
|-------------------|-----------------|---------|
|-------------------|-----------------|---------|

| | N(%) | | |
|---------|-----------|-------------|-------|
| Άρρενες | 349(46.4) | 44.5 ±23.6 | |
| Θήλειες | 404(53.6) | 45.5 ± 25.2 | 0.576 |
| Σύνολο | 753(100) | 45.0 ± 24.5 | |

Ανάλυση διακύμανσης

Πίνακας 4. Δείκτες γήρανσης, εξάρτησης και εξάρτησης ηλικιωμένων στην Ελλάδα, την Περιφέρεια Κρήτης, το Νομό Ηρακλείου, το Δήμο Ν. Καζαντζάκη* και του Δημοτικού διαμερίσματος Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη.**

| ΠΕΡΙΟΧΕΣ | Δείκτης γήρανσης | Δείκτης εξάρτησης | Δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων |
|---------------------|------------------|-------------------|-------------------------------|
| Ελλάδα | 110,0 | 46,8 | 24,5 |
| Κρήτη | 95,8 | 49,7 | 24,3 |
| Ν. Ηρακλείου | 87,1 | 47,9 | 22,3 |
| Δήμος Ν. Καζαντζάκη | 159,1 | 57,8 | 35,5 |
| Δ. Δ. Κουνάβων * | 185,3 | 56,9 | 36,9 |
| Δ. Δ. Κουνάβων** | 194,9 | 63,3 | 41,8 |

*(σύμφωνα με την ΕΣΥΕ- απογραφή του 2001)

** (με στοιχεία της Μελέτης 2010).

Πίνακας 5. Σύνολο ετών εκπαίδευσης στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων (N= 753) του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά φύλο.

| Επαγγέλματα | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | Σύνολο N(%) | p-value |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
| Επιστημονικά & ελεύθερα | 32(9,2) | 19(4,7) | 51(6,8) | p<0.001 |
| Διευθύνοντες & ανώτερα διοικ. Στελέχη | 3(0,9) | 0(0,0) | 3(0,4) | |
| Υπάλληλοι γραφείου | 24(6,9) | 39(9,7) | 63(8,3) | |
| Έμποροι & πωλητές | 8(2,3) | 5(1,2) | 13(1,7) | |
| Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών | 11(3,2) | 21(5,2) | 32(4,2) | |
| Απασχολούμενοι στη γεωργία, ζωοκομία | 35(10,0) | 1(0,2) | 36(4,8) | |
| Τεχνίτες, εργάτες & χειριστές | 49(14,0) | 1(0,2) | 50(6,6) | |
| Συνταξιούχοι | 100(28,7) | 119(29,5) | 219(29,1) | |
| Ανίκανοι για εργασία | 0(0,0) | 2(0,5) | 2(0,3) | |
| Άνεργοι | 9(2,6) | 13(3,2) | 22(2,9) | |
| Στρατιώτες | 4(1,1) | 0(0,0) | 4(0,5) | |
| Μαθητές&φοιτητές | 57(16,3) | 45(11,1) | 102(13,5) | |
| Νοικοκυρές | 0(0,0) | 104(25,7) | 104(14,1) | |
| Προσχολική ηλικία | 17(4,9) | 35(8,7) | 52(6,9) | |
| Συνολο | 349(100,0) | 404(100,0) | 753(100,0) | |

Έλεγχος χ^2

Πίνακας 7. Ασφαλιστικά ταμεία στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων (N= 753) του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά φύλο.

| ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ | ΦΥΛΟ | | Σύνολο N(%) | p-value |
|-----------------------|----------------|------------------|----------------------|--------------|
| | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | | |
| ΟΓΑ | 104 (29,8) | 174 (43,1) | 278 (36,9) | |
| ΙΚΑ | 133 (38,1) | 138 (34,2) | 271 (36,0) | |
| ΔΗΜΟΣΙΟ | 32 (9,2) | 36 (8,9) | 68 (9,0) | |
| ΤΕΒΕ | 20 (5,7) | 11 (2,7) | 31 (4,1) | 0.002 |
| ΤΑΞΥ | 5 (1,4) | 6 (1,5) | 11 (1,5) | |
| ΤΣΑ | 7 (2,0) | 1 (0,2) | 8 (1,1) | |
| ΤΡΑΠΕΖΙΚΩΝ | 3 (0,9) | 2 (0,5) | 5 (0,7) | |
| ΤΑΕ | 7 (2,0) | 2 (0,5) | 9 (1,2) | |
| ΝΑΤ | 6 (1,7) | 0 (0,0) | 6 (0,8) | |
| ΤΥΔΚΥ | 5 (1,4) | 4 (1,0) | 9 (1,2) | |
| ΤΣΜΕΔΕ | 3 (0,9) | 3 (0,7) | 6 (0,8) | |
| ΤΣΑΥ | 3 (0,9) | 1 (0,2) | 4 (0,5) | |
| ΤΑΠΟΤΤΕ | 2 (0,6) | 0 (0,0) | 2 (0,3) | |
| Διάφορα | 3 (0,9) | 3 (0,7) | 6 (0,8) | |
| Ανασφάλιστοι | 16 (4,6) | 23 (5,7) | 39 (5,2) | |
| Σύνολο | 349 (100,0) | 404 (100,0) | 753 (100,0) | |

Έλεγχος χ^2 **Πίνακας 8.** Νοικοκυριά Αλλοδαπών στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων (N=

11) του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά εθνικότητα και σύνολο μελών νοικοκυριού.

| ΟΙΚΙΣΜΟΣ | Εθνικότητες | Νοικοκυριά αλλοδαπών | Νοικοκυριά αλλοδαπών/ Σύνολο μελών νοικοκυριού | Σύνολο αλλοδαπών | p-value |
|----------|--------------|-------------------------|---|---------------------|---------|
| | N(%) | N(%) | | N | |
| Κουνάβου | 7 Αλβανική | | 1×1 | 40 | 0,117 |
| | 3 Βουλγαρική | 11 (3,7) | 2×3 7×4 | | |
| | 1 Ιταλική | | 1×5 | | |
| | | | | | |

Έλεγχος χ^2

Πίνακας 9. Ο μόνιμος πληθυσμός του Δ.Δ. Κουνάβων (N= 753) του Δήμου
Καζαντζάκη, κατά οικογενειακή κατάσταση και φύλο.

N.

| Οικογενειακή κατάσταση | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | Σύνολο (%) | p-value |
|---------------------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|
| ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ | 121(34,7) | 115(28,5) | 236(31,3) | p<0.001 |
| ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ/ ΑΡΡΑΒΩΝΙΑΣΜΕΝΟΙ | 208(59,6) | 212(52,3) | 420(53,8) | |
| ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΙ/ΕΣ | 3(0,9) | 11(2,7) | 14(1,9) | |
| ΧΗΡΟΙ/ΕΣ | 16(4,6) | 65(16,1) | 81(10,8) | |
| ΣΥΖΟΥΝ | 1(0,3) | 1(0,2) | 2(0,3) | |
| ΣΥΝΟΛΟ | 349 (100,0) | 404 (100,0) | 753 (100,0) | |

Έλεγχος χ^2

Πίνακας 10. Κατακεκλιμένα άτομα (N= 8) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο.

| Ηλικιακή ομάδα | Φύλο | | Σύνολο N(%) | p-value |
|-------------------|----------------|------------------|-----------------|---------|
| | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | | |
| 0-14 | - | - | - | |
| 15-44 | - | - | - | |
| 45-64 | 1(25,0) | - | 1(12,5) | |
| 65-74 | | - | - | 0,51 |
| 75-84 | 2(50,0) | 2(50,0) | 4(50,0) | |
| 85+ | 1(25,0) | 2(50,0) | 3(37,5) | |
| Σύνολο | 4 | 4 | 8 | |
| (%) | (50,0) | (50,0) | (100,00) | |

Έλεγχος χ^2

Πίνακας 11. Κατακεκλιμένα άτομα (N= 8) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά συνδυασμό αναφερόμενων αιτιών κατάκλισης και αναγκών φροντίδας.

| Αιτίες Κατάκλισης | Άτομα N(%) |
|----------------------|---------------|
| Γήρας & σωματικές | 3 (37,5) |

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Σωματικές | 3(37,5) |
| Σωματικές & ψυχολογικές | 1 (12,5) |
| Γήρας& Σωματικές & Alzheimer | 1 (12,5) |
| Σύνολο | 8 (100,0) |

Πίνακας 12. Ανάγκες φροντίδας στα Κατακεκλιμένα άτομα (N= 8) στο Δημοτικό Διαμέρισμα Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη.

| Ανάγκες φροντίδας | Άτομα N(%) |
|--------------------------------|--------------|
| Καλυπτόμενες | 7 (87,5) |
| Δεν μπορούσε να δηλώσει κανείς | 1 (12,5) |
| Σύνολο | 8 (100,0) |

Πίνακας 13. Κατακεκλιμένα άτομα (N= 8) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά σύνολο μελών νοικοκυριού, μέση ηλικία, φύλο, αναφερόμενες αιτίες κατάκλισης και ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας.

| ΑΤΟΜΑ | Κατακεκλιμένα άτομα/αριθμός μελών νοικοκυριού | Μέση Ηλικία | Φύλο Άρρενες/Θήλειες | Αναφερόμενες άτομα/αιτίες κατάκλισης | Αναφερόμενες άτομα/ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας |
|-------|---|-------------|----------------------|--|--|
| 8 | 1/1 5/2 2/3 | 80.3±9.2 | 4 / 4 | 8 / Σωματικές 4 / Γήρας 1 / Ψυχολογικές 1 / Alzheimer | 7/ καλύπτονται 1/δεν μπορούσε κανείς να δηλώσει |

Πίνακας 14. Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N= 107) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο.

| Ηλικιακή ομάδα | Φύλο | | Σύνολο N(%) | p-value |
|-------------------|------------------|------------------|---------------------|--------------|
| | Άνδρες N(%) | Γυναίκες N(%) | | |
| 0-14 | 1(2,6) | 1(1,5) | 2(1,9) | 0,981 |
| 15-44 | 2(5,1) | 3(4,4) | 5(4,7) | |
| 45-64 | 5(12,8) | 10(14,7) | 15(14,0) | |
| 65-74 | 10(25,6) | 14(20,6) | 24(22,4) | |
| 75-84 | 15(38,5) | 27(39,7) | 42(39,3) | |
| 85+ | 6(15,4) | 13(19,1) | 19(17,8) | |
| Σύνολο (%) | 39 (36,4) | 68 (63,6) | 107 (100,00) | |

Έλεγχος χ^2

Πίνακας 15. Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N= 107) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά συνδυασμό αναφερόμενων αιτιών μη αυτοεξυπηρέτησης.

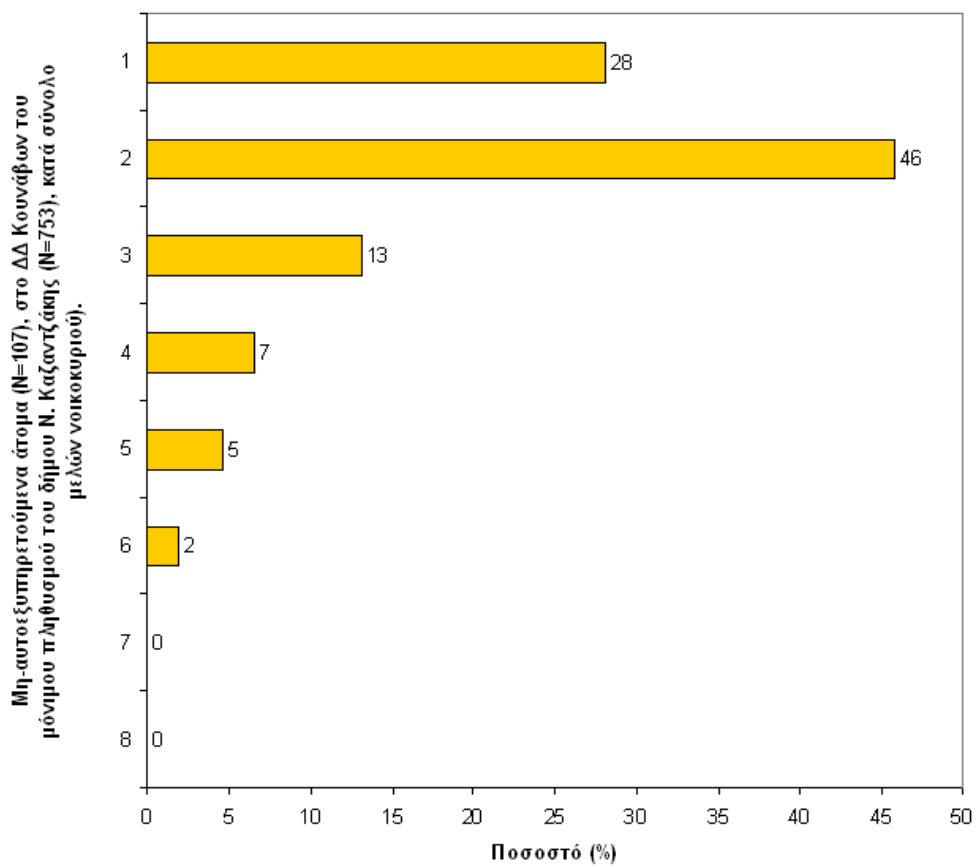
| Συνδυασμός αναφερόμενων αιτιών Μη-αυτοεξυπηρέτησης | Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα N (%) |
|---|--|
| Σωματικές & γήρας | 86 (80,4) |
| Γήρας | 4 (3,7) |
| Ψυχολογικές/ψυχιατρικές | 6 (5,6) |
| Ψυχολογικές/ψυχιατρικές & σωματικές | 1 (0,9) |
| Νοητική υστέρηση & ψυχολογικές | 4 (3,7) |
| Γεροντική άνοια-Alzheimer | 3 (2,8) |
| Alzheimer & σωματικές | 3 (2,8) |
| Σύνολο | 107 (100,0) |

Πίνακας 16. Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N=107), στο ΔΔ Κουνάβων του μόνιμου πληθυσμού του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (N=753), κατά σύνολο μελών νοικοκυριού.

**Σύνολο μελών
νοικοκυριού**

**Μη - αυτοεξυπηρετούμενα
άτομα**

| N | N | % |
|--------|-----|------|
| 1 | 30 | 28,0 |
| 2 | 49 | 45,8 |
| 3 | 14 | 13,1 |
| 4 | 7 | 6,5 |
| 5 | 5 | 4,7 |
| 6 | 2 | 1,9 |
| 7 | - | 0 |
| 8 | - | 0 |
| Σύνολο | 107 | 100 |



Πίνακας 17. Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N=107), στο ΔΔ Κουνάβων του μόνιμου πληθυσμού του Δήμου Ν. Καζαντζάκη (N=753), κατά μέση ηλικία, φύλο, σύνολο μελών νοικοκυριού και άτομα ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας.

| Άτομα N | Φύλο Άρρενες/θήλει ς N (%) | Μέση ηλικία (έτη) | Άτομα/σύνολο ο μελών νοικοκυριού | Καλύπτονται | Άτομα-ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας | |
|------------|-------------------------------------|-------------------------|---|-------------|---------------------------------------|----------|
| | | | | | ΙΑτρονοσηλευτικές | Οικιακές |
| 107 | 39 /68 36,4 / 63,6 | 72,2±16,9 | 1/30 2/49 3/14 4/7 5/5 6/2 | 85 | 16 | 09 |

Πίνακας 18. Μη- αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N= 107) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά συνδυασμό υπολειπόμενης φροντίδας.

| Συνδυασμός υπολειπόμενης φροντίδας | Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα N (%) |
|---|--------------------------------------|
| Καλύπτονται | 85 (79,4) |
| Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα | 4 (3,7) |
| Οικιακή βοήθεια | 2 (1,9) |
| Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα & Οικιακή βοήθεια | 3 (2,8) |
| Μεταφορά στο γιατρό | 1 (0,9) |
| Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα & Κάλυψη κοινωνικών αναγκών | 2 (1,9) |
| Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα & Κάλυψη κοινωνικών αναγκών & Οικιακή βοήθεια | 2 (1,9) |
| Ψυχολογική στήριξη & Κάλυψη κοινωνικών αναγκών | 1 (0,9) |
| Κάλυψη κοινωνικών αναγκών & Μεταφορά στο γιατρό & Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα | 1 (0,9) |
| Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα & Μεταφορά στο γιατρό | 1 (0,9) |
| Οικιακή βοήθεια & Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα & Ψυχολογική στήριξη | 1 (0,9) |
| Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα & Ψυχολογική στήριξη & Μεταφορά στο γιατρό | 1 (0,9) |
| Ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα & Ψυχολογική στήριξη & Κάλυψη κοινωνικών αναγκών | 1 (0,9) |
| Οικιακή βοήθεια & Κάλυψη κοινωνικών αναγκών & Ψυχολογική στήριξη | 1 (0,9) |
| Αδήλωτες | 1 (0,9) |
| ΣΥΝΟΛΟ | 107 (100,0) |

Πίνακας 19. Μη- αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N= 107) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά οικογενειακή κατάσταση, ηλικιακή ομάδα, φύλο, ασφαλιστικό ταμείο και έτη εκπαίδευσης.

| Οικογενειακή κατάσταση | Άτομα N(%) | Ηλικιακή ομάδα | Άτομα N(%) | Φύλο | Άτομα N(%) | Ασφαλιστικό ταμείο |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|
| Ελεύθεροι | 10(9,3) | 0-14 | 2(1,9) | Γυναίκες | 39(36,4) | ΟΓΕ |
| Αρραβωνιασμένοι/παντρεμένοι | 58(54,2) | 15-44 | 5(4,7) | Άνδρες | 68(63,6) | ΙΚΑ |
| Χήροι/ες | 38(35,5) | 45-64 | 15(14,0) | Σύνολο | 107(100,0) | ΔΗΜ |
| Συζούν | 1(0,9) | 65-74 | 24(22,4) | | | ΤΕΛ |
| Σύνολο | 107(100,0) | 75-84 | 42(39,3) | | | ΔΙΑ |
| | | 85+ | 29(17,8) | | | Σύν |
| | | Σύνολο | 107(100,0) | | | |

Πίνακας 20. Μη- αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N= 85) με καλυπτόμενες ανάγκες φροντίδας στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, ανά κατηγορία κάλυψης των αναγκών φροντίδας τους (από ποιους καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας τους) .

| Φορείς που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας των μη- Αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων | Άτομα (N) |
|---|-----------|
| Οικογένεια / Συγγενείς | 82 |
| Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι | 11 |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 24 |
| Αγροτικό ιατρείο | 14 |
| Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι | 4 |
| ΚΗΦΗ Δήμου Ν. Καζαντζάκη | 2 |
| Ιδιωτική ιατρική φροντίδα | 2 |
| Κέντρο Υγείας | 1 |
| Φροντίδα από τη γειτονιά | 1 |



Πίνακας 21. Μη- αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N= 85) με καλυπτόμενες ανάγκες φροντίδας στον μόνιμο πληθυσμό του οικισμού Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά συνδυασμό αναφερόμενων κατηγοριών/φορέων κάλυψης των αναγκών φροντίδας.

| Συνδυασμός Φορέων που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας των μη- Αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων | Άτομα N(%) |
|--|-------------------|
| Οικογένεια / συγγενείς | 39 (45,9) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Δημόσιο Νοσοκομείο | 12 (14,1) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Ιδιωτική ιατρική φροντίδα | 2 (2,4) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι | 4 (4,7) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Κέντρο Υγείας | 1 (1,2) |
| Οικογένεια / συγγενείς & ΚΗΦΗ Δήμου Ν. Καζαντζάκη | 1 (1,2) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Αγροτικό Ιατρείο | 2 (2,4) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Αγροτικό Ιατρείο & Δημόσιο Νοσοκομείο | 10 (11,8) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Ν. Καζαντζάκη | 6 (7,1) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Ν. Καζαντζάκη & Δημόσιο Νοσοκομείο | 2(2,4) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου & ΚΗΦΗ Δήμου Ν. Καζαντζάκη | 1(1,2) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου & Αγροτικό Ιατρείο | 2(2,4) |
| Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Ν. Καζαντζάκη | 2 (2,4) |
| Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Ν. Καζαντζάκη & Φροντίδα από τη γειτονιά | 1 (1,2) |
| ΣΥΝΟΛΟ | 85(100,0) |

Πίνακας 22. Κατακεκλιμένα άτομα (N= 7) με καλυπτόμενες ανάγκες φροντίδας στον μόνιμο πληθυσμό του οικισμού Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, ανά κατηγορία κάλυψης των αναγκών φροντίδας τους (από ποιους καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας τους) .

| Φορείς που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας των μη- Αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων | Άτομα (N) |
|--|------------------|
| Οικογένεια / Συγγενείς | 7 |
| Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι | 2 |
| Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι | 3 |
| Ιδιωτική ιατρική φροντίδα | 1 |

Πίνακας 23. Κατακεκλιμένα άτομα (N= 85) με καλυπτόμενες ανάγκες φροντίδας στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά συνδυασμό αναφερόμενων κατηγοριών/φορέων κάλυψης των αναγκών φροντίδας.

| Συνδυασμός φορέων που καλύπτουν τις ανάγκες φροντίδας των κατακεκλιμένων ατόμων | Άτομα N (%) |
|---|------------------------|
| Οικογένεια / συγγενείς | 2 (28,6) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Ν. Καζαντζάκη & Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι | 2 (28,6) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι | 1 (14,3) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι & Ιδιωτική ιατρική φροντίδα | 1 (14,3) |
| Οικογένεια / συγγενείς & Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι Δήμου Ν. Καζαντζάκη | 1 (14,3) |
| ΣΥΝΟΛΟ | 7 (100,0) |

Πίνακας 24. Νοικοκυριά με μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, χωρίς Νοικοκυριά Αναφοράς (N= 18), στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη, κατά σύνολο μελών νοικοκυριού, αναφερόμενες αιτίες μη-αυτοεξυπηρέτησης και ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας.

| Νοικοκυριά με Μη-Αυτοεξυπηρετούμενα Άτομα χωρίς Ν.Α. | Αριθμός νοικ.× μέλων νοικοκυριού | Άτομα –αιτίες μη-αυτοεξυπηρέτησης | | | | | Ιατρικές/νοσ. | Οικ. |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------|-----------|-----------|---------------|------|
| | | Νοητικές | Ψυχολογικές | Γήρας | Σωματικές | Alzheimer | | |
| 18 | 4×1 | 2 | 1 | 5 | 14 | 1 | 5 | 2 |
| | 4×2 | | | | | | | |
| | 4×3 | | | | | | | |
| | 3×4 | | | | | | | |
| | 2×5 | | | | | | | |
| | 1×6 | | | | | | | |

Πίνακας 25. Νοικοκυριά χωρίς Νοικοκυριά Αναφοράς (N=94) στον μόνιμο πληθυσμό του Δ.Δ. Κουνάβων του Δήμου Ν. Καζαντζάκη.

| Σύνολο Νοικοκυριών στον οικισμό Κουνάβων N(%) | Νοικοκυριά με Νοικοκυριά Αναφοράς N(%) | Νοικοκυριά χωρίς Νοικοκυριά Αναφοράς N(%) | Νοικοκυριά που δεν ήθελαν να δηλώσουν Νοικοκυριά Αναφοράς N(%) |
|---|--|---|--|
| 295 (100,0) | 198 (67,1) | 94 (31,9) | 3 (1,0) |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΣΤΟΝ

ΟΙΚΙΣΜΟ ΚΟΥΝΑΒΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ Ν. ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗ 2009.

| |
|--------------------|
| Κωδ. Οικισμού : |
| Κωδ. Περιοχής: |
| Κωδ. νοικοκυριού : |
| Νέο νοικοκυριό : |
| Σύνολο ατόμων : |

Τηλέφωνο:..... Αλλοδαποί

Εθνικότητα :.....

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

| Κ ω δ . ατόμου | Επώνυμο (πατρικό) | Επώνυμο (συζύγου) | Όνομα | Πατρώ νυμο | Έτος Γέν. | Φ ύ λο | Οικογ. Κατά σταση | Σύνολο Ετών Εκπαί δευσης | Ασφαλ. Ταμείο | Κύρια επάγγλ |
|-------------------|----------------------|----------------------|-------|---------------|--------------|-----------|-------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Κύρια νοικοκυριά αναφοράς για βοήθεια και φροντίδα

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------|-----------------|
| 1. επώνυμο (πατρικό) | επώνυμο (συζύγου) | πατρώνυμο | τηλέφωνο |
| κωδ. νοικοκυριού | κωδ. ατόμου | | |
| 2. επώνυμο (πατρικό) | επώνυμο (συζύγου) | πατρώνυμο | τηλέφωνο |
| κωδ. νοικοκυριού | κωδ. ατόμου | | |

Οδηγίες για τη συμπλήρωση του δημογραφικού δελτίου

Τηλέφωνο : Προτιμάται το σταθερό τηλέφωνο με τον κωδικό της περιοχής ή αν δεν υπάρχει, κάποιο τηλέφωνο άμεσης επικοινωνίας.

Αλλοδαποί, εθνικότητα : σημειώνεται ένα χ στην περίπτωση, που το νοικοκυριό περιλαμβάνει μόνιμα διαμένοντες αλλοδαπούς και αναγράφεται η εθνικότητα τους.

Ημερομηνία συνέντευξης : η ημερομηνία κατά την οποία πραγματοποιείται η συνέντευξη

Κωδικός περιοχής, οικισμού : διψήφιος αριθμός, με βάση την κωδικοποίηση της προηγούμενης μελέτης, κωδικός οικισμού Κουνάβων =106 και περιοχής Κουνάβων =00, Κωμών = 01, Ζαγουργιάννων =02

Κωδικός νοικοκυριού : τριψήφιος αριθμός από το 001 και μοναδικός για κάθε νοικοκυριό του οικισμού, κατά αύξουσα αριθμητική σειρά. Ακολουθούμε τους κωδικούς της προηγούμενης μελέτης και στα νέα νοικοκυριά βάζουμε νέο κωδικό με αριθμητική σειρά.

Νέο νοικοκυριό : ακολουθούμε την παραπάνω οδηγία.

Σύνολο ατόμων: διψήφιος αριθμός από το 01 έως το --, που αναφέρει τον συνολικό αριθμό των ατόμων, που συμβιώνουν στο νοικοκυριό.

Προηγούμενη μελέτη : αναγράφεται η συμμετοχή του νοικοκυριού στην προηγούμενη μελέτη με 1=ναι, 2= όχι, 3=δεν ξέρω

Κωδικός ατόμου : κωδικός οικισμού και κωδικός περιοχής και κωδικός νοικοκυριού και διψήφιος αύξων αριθμός από το 01 έως το --, για κάθε μέλος του νοικοκυριού, κατά αύξουσα ηλικία(πρώτα οι νεότεροι κλπ.). Ο κωδικός του ατόμου, που δίνει την συνέντευξη μπαίνει σε κύκλο.

Επώνυμο (πατρικό) : αναγράφεται το πατρικό επώνυμο

Επώνυμο (συζύγου) : αναφέρεται το επώνυμο του/της συζύγου.

Έτος γεννήσεως : αναγράφεται το έτος γεννήσεως ως τετραψήφιος αριθμός. **Φύλο** : Α= άνδρας και Γ= γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση : 1= ελεύθερος/η, 2= αρραβωνιασμένος/η και παντρεμένος/η, 3=διαζευγμένος/η, 4=χήρος/α, 5=συζεί.

Έτη συνολικής εκπαίδευσης : διψήφιος αριθμός από το 00 έως το --, που αναφέρει αθροιστικά τα έτη εκπαίδευσης από το δημοτικό έως..

Ασφαλιστικό ταμείο : διψήφιος αριθμός, 01=ΟΓΑ, 02=ΙΚΑ, 03=Δημόσιο, 09= Πρόνοιας, 16= διάφορα, 17= ανασφάλιστοι.

Κύριο επάγγελμα : διψήφιος αριθμός, 01=επιστημονικά και ελεύθερα επαγγέλματα και τεχνικοί βοηθοί αυτών, 02=διευθύνοντες και ανώτερα διοικητικά στελέχη, 03=υπάλληλοι γραφείου, 04=έμποροι και πωλητές, 05=απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών, 06= απασχολούμενοι στη γεωργία, ζωοκομία, δασοκομία και αλιεία, 07=τεχνίτες, εργάτες, χειριστές τεχνικών έργων, 08=συνταξιούχοι, 09=άνικανοι για εργασία, 10=άνεργοι, 11=άεργοι, 12=στρατιώτες, 13=μαθητές, σπουδαστές, φοιτητές, 14=νοικοκυρές(ακόμα και αν απασχολούνται σε εργασίες συγγενών), 15=προσχολική ηλικία.

Άτομο σε μόνιμη κατάκλιση :0= όχι, 1=ναι, 2=δεν εκτιμήθηκε. Καταγράφονται τα άτομα σε μόνιμη κατάκλιση και σε αναπηρική καρέκλα.

Άτομο μη αυτοεξυπηρετούμενο: 0= όχι, 1=ναι, 2=δεν εκτιμήθηκε. Καταγράφονται τα άτομα, που δεν μπορούν από μόνα τους να ικανοποιήσουν οποιαδήποτε βασική, για τη βιο-ψυχο-κοινωνική τους υγεία, φυσική, βιολογική, κινητική, οικιακή και κοινωνική ανάγκη τους, παρά μόνο με τη βοήθεια άλλων (εκτός από τα ευρισκόμενα σε μόνιμη κατάκλιση).

Υπολειπόμενη φροντίδα : αναφέρεται αναλυτικά το είδος της φροντίδας που υπολείπεται για τα άτομα σε κατάκλιση και τα μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, για ανάγκες που παραμένουν ανικανοποίητες, κατά την ημέρα της συνέντευξης, όπως αυτές δηλώνονται από τα ίδια και τους οικείους τους, συνολικά.

Αν καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας, από ποιους : 1=οικογένεια, συγγενείς, 2= πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, 3= ΚΗΦΙ, 4=Περιφερειακό Ιατρείο, 5= ιδιωτική φροντίδα, 6=άλλο.

Κύρια νοικοκυριά αναφοράς για βοήθεια και φροντίδα : καταγράφονται τα στοιχεία του ή των νοικοκυριών, από το/τα οποία θα αναζητήσει ή στο/στα οποία θα παρέχει βοήθεια και φροντίδα το καταγραφόμενο νοικοκυριό.

ΠΡΟΣΟΧΗ : συμπληρώνονται όλα τα τετραγωνάκια, όταν δεν υπάρχει κατάλληλος κωδικός γράφουμε μέσα στο κάθε τετραγωνάκι την καταλληλότερη λέξη. **ΠΡΟΣΟΧΗ** βάζουμε τον κωδικό 88 στο τετραγωνάκι που ο ερωτώμενος δεν θέλει ή δεν ξέρει να απαντήσει, εκτός από την ηλικία, την οποία βάζουμε κατά προσέγγιση. **ΠΡΟΣΟΧΗ** βάζουμε τον κωδικό 99 στο τετραγωνάκι που ξεχάσαμε να συμπληρώσουμε από δικό μας λάθος, μέχρι να ξαναρωτήσουμε. **ΠΡΟΣΟΧΗ στα δημογραφικά δελτία της προηγούμενης μελέτης να δηλώνεται αν ένα νοικοκυριό** :1=πέθανε, 2=μετοίκησε εντός, 3= μετοίκησε εκτός, 4=άγνωστο.

Σχόλια : καταγράφουμε κάποια πληροφορία, που θεωρούμε σημαντική για την μελέτη μας.

Λόγοι κατάκλισης / μη-αυτοεξυπηρετήσεως : 1=διανοητική υστέρηση, 2=ψυχολογικά προβλήματα, 3= γηρατειά, 4=σωματικά προβλήματα ασθένειες. **Υπολειπόμενη φροντίδα** : 0= καμιά, 1= καλύπτεται, 2=ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα, 3=οικιακή βοήθεια, 4=ψυχολογική στήριξη, 5=κάλυψη κοινωνικών αναγκών, 6= δεν μπορούσε να δηλώσει, 7= μεταφορά στο γιατρό.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

- Η ημερομηνία κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η συνέντευξη
- Κωδικός 99, αν ξεχάσαμε να συμπληρώσουμε την ημερομηνία

ΚΩΔΙΚΟΣ ΟΙΚΙΣΜΟΥ

- 106 = οικισμός Κουνάβων, βάση της προηγούμενης μελέτης

ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

- 00 = Κουνάβοι
- 01 = Κώμες
- 02 = Ζαγουργιάννοι

ΚΩΔΙΚΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ

- 1 = ναι
- 2 = όχι
- 3 = δεν ξέρω

ΝΕΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

- 1 = ναι
- 2 = όχι

ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 0 = δεν υπάρχει τηλέφωνο σταθερό

ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ

- 1 = ναι
- 0 = όχι

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

- 0 = δεν υπάρχει
- 1 = Αλβανοί
- 2 = Βούλγαροι
- 3 = Πολωνοί
- 4 = Ρώσοι
- 5 = Αρμένιοι
- 6 = Ιταλοί

ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

- 0 = δεν υπάρχει συστέγαση
- 1 = ναι

ΣΧΟΛΙΑ

- 0 = δεν υπάρχουν
- 1 = Κοινωνικά / θέματα υγείας
- 2 = Τεχνικά
- 3 = Συνδυασμός 1, 2
- 4 = Σχόλια για τις δομές υγείας/κοινωνικής φροντίδας του Δήμου
- 5 = Συνδυασμός 1, 4

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΤΟΜΟΥ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου

ΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΙΚΟ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος
- 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει

ΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος
- 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει

ΟΝΟΜΑ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος
- 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος
- 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος
- 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει

ΦΥΛΟ

- Α = άνδρας
- Γ = γυναίκα

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- 1 = ελεύθερος/η
- 2 = παντρεμένος/η ή και αρραβωνιασμένος/η
- 3 = διαζευγμένος/η ή και σε διάσταση
- 4 = χήρος/α
- 5 = συζεί

ΕΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος
- 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ (κρατάμε την κωδικοποίηση από την προηγούμενη μελέτη)

- 01 = ΟΓΑ
- 02 = ΙΚΑ
- 03 = ΔΗΜΟΣΙΟ
- 04 = ΤΕΒΕ

- 05 = ΤΑΞΥ
- 06 = ΤΣΑ
- 07 = Τραπεζικών
- 08 = ΤΑΕ
- 09 = Πρόνοιας
- 10 = ΝΑΤ
- 11 = ΤΥΔΚΥ
- 12 = ΤΑΚΕ
- 13 = ΤΣΜΕΔΕ
- 14 = ΤΣΑΥ
- 15 = ΤΑΠΟΤΤΕ
- 16 = Διάφορα
- 17 = Ανασφάλιστοι

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

- Συμπληρώνεται όπως αναγράφεται στις οδηγίες συμπλήρωσης του δημογραφικού δελτίου
- 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος
- 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει

ΑΤΟΜΟ ΣΕ ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

- 0 = όχι
- 1 = ναι
- 2 = δεν εκτιμήθηκε

ΑΤΟΜΟ ΜΗ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ

- 0 = όχι
- 1 = ναι
- 2 = δεν εκτιμήθηκε

ΛΟΓΟΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ Η ΜΗ-ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ

- 1 = Διανοητική υστέρηση/ψυχοκινητική καθυστέρηση
- 2 = Ψυχολογικά- Ψυχιατρικά προβλήματα
- 3 = Γηρατειά
- 4 = Σωματικά προβλήματα/διαγνωσμένα νοσήματα
- 5 = Γεροντική άνοια / Alzheimer

ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- 0 = Καμία
- 1 = Καλύπτεται
- 2 = Ιατρική / νοσηλευτική φροντίδα
- 3 = Οικιακή βοήθεια
- 4 = Ψυχολογική στήριξη
- 5 = Κάλυψη κοινωνικών αναγκών
- 6 = Δεν μπορούσε κανείς να δηλώσει
- 7 = Μεταφορά στο γιατρό

ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΤΗΝ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- 0 = όταν δεν δηλώνεται καμία υπολειπόμενη φροντίδα
- 1 = ο ίδιος
- 2 = οικείοι
- 3 = Γείτονες
- 4 = Συνδυασμός 1&2
- 5 = οικιακοί βοηθοί / φροντιστές
- 6 = Συνδυασμός 1&3

ΑΝ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΠΟΙΟΥΣ

- 0 = όταν δεν δηλώνεται καμία υπολειπόμενη φροντίδα
- 1 = οικογένεια / συγγενείς
- 2 = Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι Δήμου Ν. Καζαντζάκη
- 3 = ΚΗΦΙ Δήμου Ν. Καζαντζάκη
- 4 = Περιφερειακό Ιατρείο
- 5 = Ιδιωτική φροντίδα στο σπίτι
- 6 = Δημόσιο Νοσοκομείο
- 7 = Κέντρο Υγείας
- 8 = Ιδιωτική ιατρική φροντίδα
- 9= Βοήθεια-φροντίδα από τη γειτονιά

ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

- 1 = ναι
- 2 = όχι

- 3 = δεν ήθελαν να δηλώσουν

Σημείωση: συμπληρώνονται όλα τα κελιά στη βάση δεδομένων και χρησιμοποιούμε σε κάθε περίπτωση τους παρακάτω κωδικούς : 88 = δεν ήθελε να απαντήσει ο ερωτώμενος και 99 = ο συνεντευκτής ξέχασε να συμπληρώσει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ORIGINAL PAPER

Ιατρική 2002, 82(6):431-438

Iatriki 2002, 82(6):431-438

Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση Το πρώτο αναπτυξιακό βήμα κοινωνικής πολιτικής υγείας σ' ένα δήμο της Κρήτης

Α. Κούτης, Χ. Φιολιτάκης

Μονάδα Προαγωγής Υγείας, Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο, Κρήτη

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων κοινωνικής δημογραφίας και εκτίμησης αναγκών υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού του δήμου «Ν. Καζαντζάκης», στα πλαίσια ανάπτυξης της κοινωνικής πολιτικής υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι οικιακές μονάδες του δήμου και τα ενεργά νοικοκυριά του πληθυσμού του. Συμπληρώθηκε δημογραφικό δελτίο με συνεντεύξεις στα σπίτια, που κατέγραφε οικιστικά και δημογραφικά στοιχεία, καθώς και τους κατακεκλιμένους, τις αιτίες κατάκλισης, τους μη-αυτοεξυπηρετούμενους, τις αιτίες μη-αυτοεξυπηρετήσης και την υπολειπόμενη υγειονομική και κοινωνική φροντίδα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Ο μόνιμος πληθυσμός του δήμου είναι 6355 άτομα, που ανήκουν σε 2355 ενεργά νοικοκυριά (το 25,8%, 65 ετών+). Δημογραφική γήρανση: δείκτης γήρανσης 201,7, δείκτης εξάρτησης 42,1, μέση ηλικία 44,7 έτη. Νοικοκυριά αναφοράς: δεν ανέφερε το 11,7% των ενεργών νοικοκυριών. Κατακεκλιμένοι: 40 άτομα (0,6%), μέση ηλικία 71,7 έτη, 13 καλύπτουν τις ανάγκες τους, 27 δήλωσαν 40 υπολειπόμενες φροντίδες: 18 ιατρονοσηλευτικές, 17 οικιακές, 3 κοινωνικές και 2 ψυχολογικής στήριξης. Μη-αυτοεξυπηρετούμενοι: 947 (14,9%), μέση ηλικία 72,6 έτη, 236 (24,9%) ζουν μόνοι, ενώ σε διμελή νοικοκυριά 449 (47,4%). Στο 69,1% καλύπτονται οι ανάγκες του και στο

Health and Local Authority The first developmental step of social policy for health in a municipality in Crete

Α. Koutis, Ch. Fiolitakis

Health Promotion Unit, Clinic of Social and Family Medicine, Department of Social Medicine, University Hospital of Heraklion, Heraklion Crete, Greece

AIM This study was conducted as part of the development of a social health policy in the Kazantzakis municipality. It is aimed to construct and implement both a social demography database and a database of unmet health and social care needs of the permanent households in Kazantzakis municipality.

MATERIAL-METHODS All households were interviewed to give demographic data, data concerning bedfast and housefast people, unmet health and social care needs, support households etc.

RESULTS There were interviewed 6355 permanent inhabitants (2355 households)-814 (12.8%) 0-14 y.o., 3896 (61.3%) 15-64 y.o., 1642 (25.8%) 65+ y.o. There was significant demographic aging: aging index 201.7, dependence index 42.1, and mean age 44.7 y.o. Eleven point seven percent of households (2335 people) declared no household they could ask support from. There were found 40 (0.6%) bedfast people of a mean age 71.7 y.o., thirteen people could cover their needs, 27 declared the following 40 uncovered person-needs: 18 for medical and nursing, 17 housework, 3 social support and 2 psychological support. There were found 947 more or less housefast people (14.9%) of a mean age 72.6 y.o.: 236 (24.9%) live alone, 449 (47.4%) live in couples, 69.1% can cover their needs. There were found 435 uncovered person-needs: 35.9% housework, 31.0% medical and nursing care, 15.4% social support, 9.2% transportation for medical exams, 8.1% psychological support. Eighty-seven households (116 people, 12.2%) declared no households they could ask support from.

30,9% υπάρχουν 435 υπολειπόμενες φροντίδες: 35,9% οικιακές, 31% ιατρονοσηλευτικές, 15,4% κοινωνικές, 9,2% μεταφορά στο γιατρό και 8,1% ψυχολογική στήριξη. Νοικοκυριά αναφοράς δεν δήλωσαν 116 άτομα (12,2%) που ανήκουν σε 87 νοικοκυριά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Πρόκειται για ένα δημογραφικά γερασμένο πληθυσμό, με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Το άτυπο κοινωνικό δίκτυο έχει αρχίξει να φθίνει. Ένα σεβαστό ποσοστό κατακεκλιμένων (67,5%) και μη-αυτοεξυπηρετούμενων (30,9%) ανέφερε υπολειπόμενες υγειονομικές και κοινωνικές φροντίδες. Η τοπική κοινωνία με τους θεσμούς της οφείλει και μπορεί να αναπτύξει νέες ενδιάμεσες δομές και υπηρεσίες, οι οποίες, αφενός, να αξιοποιούν και να συντονίζουν τις υπάρχουσες, αφετέρου να αναπτύξουν νέες για να καλύψουν τις ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας που δεν καλύπτονται από το υπάρχον δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.

Λέξεις ευρετηρίου Τοπική Αυτοδιοίκηση, κοινωνική πολιτική, δημογραφία, εκτίμηση αναγκών υγείας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κοινωνική φροντίδα.

Αλληλογραφία: Α. Κούτης, Μονάδα Προαγωγής Υγείας, Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Τ.Θ. 1352 Ηράκλειο, Κρήτη
e-mail: Koutis@med.uoc.gr

Ο ορθολογικός σχεδιασμός και η κατανομή των πόρων αποτελούν τη βάση της υγιούς ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην κοινότητα και προϋποθέτουν, ως πρώτα αναπτυξιακά βήματα στην κατεύθυνση αυτή, την ταυτοποίηση του πληθυσμού αναφοράς και την εκτίμηση των αναγκών υγείας του.¹⁻³ Στην κατεύθυνση αυτή, η Μονάδα Προαγωγής της Υγείας (ΜΠΥ) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, σε συνεργασία με το δήμο «Ν. Καζαντζάκης» του Νομού Ηρακλείου, διεξήγαγε τη «Μελέτη Κοινωνικής Δημογραφίας και Εκτίμησης των Υπολειπόμενων Αναγκών Υγειονομικής και Κοινωνικής Φροντίδας» του τοπικού πληθυσμού, ως το πρώτο και απαραίτητο αναπτυξιακό βήμα κοινωνικής πολιτικής για την υγεία σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΤΑ).

CONCLUSIONS *The population of Kazantzakis municipality is demographically old aged and has a low educational level. The implicit social network tends to be more or less loosening. A rather big number of bedfast and housefast people still declared that their needs were completely covered. Local society with its institutions, ought to develop new structures and services which will be able to validate and coordinate the already existing ones. Additionally, they will be able to meet the needs which neither the public nor the private sector can cover.*

Key words Local Government, social policy, demography, health needs assessment, primary health care, social care.

Corresponding author: A. Koutis, Health Promotion Unit, Clinic of Social and Family Medicine, Department of Social Medicine, University Hospital of Heraklion, P.O. Box 1352 Heraklion, Crete, Greece
e-mail: Koutis@med.uoc.gr

Σκοπός της μελέτης ήταν η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων υποδομής, απαραίτητης για την ορθολογική ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής/προαγωγής υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η βάση δεδομένων αφορούσε: (α) την καταγραφή του μόνιμου πληθυσμού και των κοινωνικών δημογραφικών χαρακτηριστικών του, (β) τη χαρτογράφηση και την κωδικοποίηση των νοικοκυριών και των οικισμών του δήμου και (γ) την αδρή εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού σε υπολειπόμενες υγειονομικές και κοινωνικές φροντίδες.

Υλικό και μέθοδος

Ο δήμος «Ν. Καζαντζάκης», 15 χιλιόμετρα νότια του Ηρακλείου, χαρακτηρίζεται ως αγροτοκτηνοτροφικός, με

21 οικισμούς και 7526 κατοίκους. Το υλικό καταγραφής και χαρτογράφησης της μελέτης αποτέλεσαν όλες οι οικιστικές μονάδες και το οδικό δίκτυο του δήμου. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλα τα ενεργά νοικοκυριά του δήμου (μόνιμα και καθημερινά διαμένοντες σ' αυτόν).

Εκπονήθηκε κατάλληλο επιδημιολογικό δελτίο (δημογραφικό-εκτίμησης αναγκών υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας), το οποίο συμπληρώθηκε με συνεντεύξεις στα σπίτια, από την Ερευνητική Ομάδα Πεδίου (ΕΟΠ). Το δελτίο περιλάμβανε τις βασικές κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους, τα άτομα σε μόνιμη κατάσταση και τα μη-αυτοεξυπηρετούμενα, τις αντίστοιχες αιτίες, τις ανάγκες υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και τα πλήρη στοιχεία των νοικοκυριών αναφοράς (νοικοκυριά στα οποία στηρίζονταν σε περίπτωση ανάγκης). Ως κατακεκλιμένα θεωρήθηκαν τα άτομα, τα οποία βρισκόταν μόνιμα στο κρεβάτι ή σε αναπηρική καρέκλα. Ως μη-αυτοεξυπηρετούμενα θεωρήθηκαν τα άτομα, τα οποία δεν μπορούσαν σύμφωνα με δήλωση δική τους ή/και των οικείων ή/και των φροντιστών ή/και των γειτόνων να ικανοποιήσουν από μόνα τους, οποιαδήποτε βασική φυσική, ιατρική, οικιακή, ψυχολογική και κοινωνική ανάγκη, απαραίτητη για τη βιο-ψυχο-κοινωνική υγεία τους. Ως μη-αυτοεξυπηρετούμενα θεωρήθηκαν και τα άτομα τα οποία δήλωσαν ότι χρειαζόνταν ψυχολογική υποστήριξη για να μπορέσουν να συνεχίσουν να φροντίζουν κάποιο κατακεκλιμένο ή μη-αυτοεξυπηρετούμενο άτομο του οικείου περιβάλλοντός τους. Καταγράφονταν οι αιτίες κατάκλισης και μη-αυτοεξυπηρέτησης, όπως αυτές δηλώνονταν από τους ίδιους. Οι υπολειπόμενες φροντίδες αφορούσαν μόνον τις ακάλυπτες υγειονομικές ή/και κοινωνικές ανάγκες. Τα είδη των υπολειπόμενων φροντίδων, όπως δηλώθηκαν από τους ερωτώμενους, διακρίνονται στις εξής αδρές κατηγορίες: ιατρονοσηλευτικές, οικιακές, συναισθηματικές, μεταφορά στο γιατρό και κάλυψη κοινωνικών αναγκών.

Ως νοικοκυριά αναφοράς θεωρήθηκαν τα νοικοκυριά τα οποία είτε (θα) χρειαζόνταν φροντίδα και στήριξη, είτε (θα) παρείχαν φροντίδα και στήριξη σε άλλο/άλλα νοικοκυριά.

Εκπονήθηκαν κατάλληλοι χάρτες και πακέτα πληροφοριών για κάθε οικισμό, με χρήσιμα τοπογραφικά, δημογραφικά, κοινωνικά, πολιτιστικά και άλλα επιχειρησιακά στοιχεία. Επίσης ενημερώθηκαν για τη μελέτη τα τοπικά συμβούλια και ο πληθυσμός των κοινοτήτων τους. Κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή (XL) όλα τα παραπάνω στοιχεία, τα οποία αποτέλεσαν μια διαρκή και ανανεώσιμη βάση δεδομένων. Έγινε ποιοτικός έλεγχος της κωδικοποίησης και της καταχώρησης των στοιχείων στον Η/Υ και στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το SPSS.

Αποτελέσματα

Σε σύνολο 5491 συμπληρωμένων δελτίων, έγινε ποιοτικός έλεγχος στο 10% (549 δελτία), με απλή τυχαία δειγματοληψία. Βρέθηκαν, συνολικά, 19 λάθη κωδικοποίησης και καταχώρησης. Το ποσοστό λάθους ήταν 3,46%.

Ο πληθυσμός του δήμου ανέρχεται σε 6355 μόνιμους κάτοικους (3204 άντρες και 3148 γυναίκες). Το 25,8% είναι 65 ετών και άνω, το 10,7% είναι 75 ετών και άνω και το 7,6% είναι 85 ετών και άνω. Οι δείκτες γήρανης, εξάρτησης και εξάρτησης ηλικιωμένων είναι 201,7, 63,0 και 42,1, αντίστοιχα.

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης του μόνιμου πληθυσμού του δήμου, το 64,8% (4115/6355) έχει τελειώσει το δημοτικό, το 27,3% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 8% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι γυναίκες μειονεκτούν έναντι των ανδρών στο επίπεδο εκπαίδευσης, με μικρή διαφορά.

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση, το 26,4% του πληθυσμού είναι συνταξιούχοι, το 20,3% είναι νοικοκυρές, το 15,4% είναι μαθητές/σπουδαστές και το 14,1% είναι αγρότες και ασχολούμενοι με τη ζωοκομία. Το 4,7% του πληθυσμού αντιστοιχεί σε άτομα προσχολικής ηλικίας. Τέλος, οι άνεργοι φτάνουν το 2% του μόνιμου πληθυσμού.

Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, το 62,6% των κατοίκων είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, το 20,2% στο ΙΚΑ, το 4,9% στο Δημόσιο και το 2,1% στο ΤΕΒΕ. Το 4% του πληθυσμού είναι ανασφάλιστοι (255 άτομα).

Μεταξύ των αλλοδαπών κατοίκων του δήμου, η εθνικότητα που κυριαρχεί είναι η Αλβανική (32 νοικοκυριά) και ακολουθεί η Βουλγαρική (11 νοικοκυριά). Συνολικά, καταγράφηκαν 133 αλλοδαποί (45 δημογραφικά δελτία). Τα περισσότερα νοικοκυριά αλλοδαπών είναι τριμελή και πάνω.

Συνολικά, συμπληρώθηκαν 5491 δημογραφικά δελτία, 2335 από τα οποία αντιστοιχούν σε ενεργά νοικοκυριά. Σημαντικός είναι ο αριθμός των οικημάτων που χρησιμοποιούνται κατά περιόδους (432). Το 11,7% των ενεργών νοικοκυριών του δήμου (274/2335) αναφέρει ότι δεν έχει νοικοκυριά αναφοράς, για βοήθεια/φροντίδα.

Τα κατακεκλιμένα άτομα (N=40), στο μόνιμο πληθυσμό του δήμου (N=6355), αποτελούνται από 13 άντρες και 27 γυναίκες, όπου το 72,5% (29 άτομα) είναι 65 ετών και άνω, το 60% (24 άτομα) εί-

ναί 75 ετών και άνω και το 27,5% (11 άτομα) είναι 85 ετών και άνω. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τους συνδυασμούς των αναφερομένων αιτιών κατάκλισης και αναγκών φροντίδας, στα κατακεκλιμένα άτομα του δήμου.

Από τα 40 κατακεκλιμένα άτομα (13 άντρες και 27 γυναίκες), 8 ζούσαν σε μονομελή νοικοκυριά, 18 σε διμελή, 7 σε τριμελή, 5 σε τετραμελή και 2 σε πενταμελή νοικοκυριά. Η μέση ηλικία τους ήταν 71,7 έτη. Ως αιτίες κατάκλισης αναφέρθηκαν: 38 σωματικές, 11 γήρας και 1 ψυχολογική αιτία, από τις οποίες: 13 καλύπτονταν, 18 ήταν ιατρονοσηλευτικές, 17 οικιακές και 3 κοινωνικές. Καταγράφηκαν 4 κατακεκλιμένα άτομα (2 γυναίκες και 2 άνδρες) να μην έχουν δηλώσει νοικοκυριά αναφοράς. Πρόκειται για άτομα υπερήλικα, με σωματικές αιτίες κατάκλισης στην πλειοψηφία τους και με αναφερόμενες ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας ιατρονοσηλευτικές και οικιακές.

Τα μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N=947), στο μόνιμο πληθυσμό του δήμου (N=6355), αποτελούνταν από 383 (40,4%) άντρες και 564 (59,6%) γυναίκες. Το 75,1% (711 άτομα) ήταν 65 ετών και άνω, το 43,1% (408 άτομα) ήταν 75 ετών και άνω και το 28,0% (265 άτομα) ήταν 85 ετών και άνω. Από τα 947 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, το 47,4% (449 άτομα) ανήκαν σε διμελή νοικοκυριά, το 24,9% (236 άτομα) σε μονομελή, το 14,5% (137 άτομα) σε τριμελή νοικοκυριά, το 5,6% (53 άτομα) σε τετραμελή, το 4,0% (38 άτομα) σε πενταμελή κ.λπ.

Σε σύνολο 947 μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, 654 άτομα (69,1%) έχουν δηλώσει ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται. Τα υπόλοιπα 293 άτομα δήλωσαν 435 ειδη (άτομα-ειδη) υπολειπόμενης φροντίδας: κάλυψη οικιακών αναγκών (35,9%), ιατρο-

νοσηλευτικές φροντίδες (31,0%), κάλυψη κοινωνικών αναγκών (15,4%), μεταφορά στο γιατρό (9,2%) και ψυχολογική στήριξη (8,1%).

Οι αιτίες μη-αυτοεξυπηρετήσης είναι οι σωματικές, τα γήρατα, οι ψυχολογικές και οι νοητικές. Από τα 947 μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, δηλώθηκαν 842 σωματικές αιτίες (άτομα-αιτίες) μη-αυτοεξυπηρετήσης, 186 αιτίες γήρατος, 72 ψυχολογικές αιτίες και 22 νοητικές αιτίες. Ο αριθμός και τα εκατοστιαία ποσοστά των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, κατά συνδυασμό αναφερομένων αιτιών μη-αυτοεξυπηρετήσης είναι: 647 άτομα (71,2) σωματικά αίτια, 136 (14,4) σωματικά και γήρας, 44 (4,6) γήρας, 38 (4,0) ψυχολογικά, 27 (2,9) ψυχολογικά και σωματικά, 18 (1,9) νοητική υστέρηση, 5 (0,5) ψυχολογικά και γήρας, 3 (0,3) νοητική υστέρηση και γήρας, και από 1 (0,1) νοητική υστέρηση και ψυχολογικά, σωματικά και ψυχολογικά και γήρας. Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τον αριθμό και τα εκατοστιαία ποσοστά των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων με υπολειπόμενες φροντίδες, κατά συνδυασμό υπολειπόμενων φροντίδων.

Ο πίνακας 3 δείχνει τα νοικοκυριά του δήμου με μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, χωρίς νοικοκυριά αναφοράς (N=116), κατά οικισμό, σύνολο μελών νοικοκυριού, αναφερόμενες αιτίες μη-αυτοεξυπηρετήσης και ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας. Τέλος, το 58,2% (551 άτομα) των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ήταν παντρεμένα, το 30,8% (292 άτομα) ήταν σε χηρεία και το 10,5% (99 άτομα) ελεύθερα. Ο ασφαλιστικός οργανισμός του 80,6% (763 άτομα) ήταν ο ΟΓΑ και του 10,6% (100 άτομα) ήταν το ΙΚΑ. Το 94,0% (890 άτομα) είχε μέχρι 6 έτη εκπαίδευσης και μόνον το 5,5% (52 άτομα) είχε από 7-12 έτη εκπαίδευσης.

Πίνακας 1. Κατακεκλιμένα άτομα (N=40), στο μόνιμο πληθυσμό του δήμου «Ν. Καζαντζάκη» (N=6355), κατά συνδυασμό αναφερομένων αιτιών κατάκλισης και αναγκών φροντίδας

| Αιτίες κατάκλισης | Άτομα (N) | Άτομα (%) | Ανάγκες φροντίδας | Άτομα (N) | Άτομα (%) |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Σωματικές | 28 | 70,0 | Καλυπτόμενες | 13 | 32,5 |
| Σωματικές και γήρας | 9 | 22,5 | Ιατρονοσηλευτικές | 9 | 22,5 |
| Γήρας | 2 | 5,0 | Ιατρονοσηλευτικές και οικιακές | 9 | 22,5 |
| Σωματικές και ψυχολογικές | 1 | 2,5 | Οικιακές | 5 | 12,5 |
| Σύνολο | 40 | 100,0 | Οικιακές και ψυχολογικές | 1 | 2,5 |
| | | | Κοινωνικές | 1 | 2,5 |
| | | | Κοινωνικές, ψυχολογικές, οικιακές | 1 | 2,5 |
| | | | Οικιακές και κοινωνικές | 1 | 2,5 |
| | | | Σύνολο | 40 | 100,0 |

Πίνακας 2. Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (N=947), στο μόνιμο πληθυσμό του δήμου «Ν. Καζαντζάκη» (N=6355), κατά συνδυασμό αναφερόμενων αιτιών μη-αυτοεξυπηρέτησης

| Συνδυασμός αναφερόμενων αιτιών μη-αυτοεξυπηρέτησης | Μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα | |
|--|-----------------------------|-------|
| | N | % |
| Σωματικές | 674 | 71,2 |
| Σωματικές και γήρας | 136 | 14,4 |
| Γήρας | 44 | 4,6 |
| Ψυχολογικές | 38 | 4,0 |
| Ψυχολογικές και σωματικές | 27 | 2,9 |
| Νοητική υστέρηση | 18 | 1,9 |
| Ψυχολογικές και γήρας | 5 | 0,5 |
| Νοητική υστέρηση και γήρας | 3 | 0,3 |
| Νοητική υστέρηση και ψυχολογικές | 1 | 0,1 |
| Σωματικές και ψυχολογικές και γήρας | 1 | 0,1 |
| Σύνολο | 947 | 100,0 |

Συζήτηση

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, προκύπτει ότι πρόκειται για ένα δημογραφικά γερασμένο πληθυσμό, με αρκετές υπολειπόμενες ανάγκες υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας, κοινωνικό ισοστό σε εξασθένηση, μάλλον ασθενές άτυπο δίκτυο φροντίδας των αδυνάτων, διασκορπισμένο σε 21 οικισμούς, με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, μεταβατική οικονομία και αρχόμενη ανεργία.

Η δημογραφική γήρανση αφενός αυξάνει απειλητικά την εθνική δαπάνη, λόγω αύξησης των δαπανών περιθαλψης και συντάξεων,^{4,5} με δυσμενείς συνέπειες και στο επίπεδο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας, κάνοντας πιεστική την ανάγκη για εναλλακτικές μορφές φροντίδας ατόμων με μειονεξίες και αναπηρίες στην κοινότητα και το σπίτι,⁷⁻¹⁴ αφετέρου μπορεί να θεωρηθεί ως η μεγαλύτερη υγειονομική και κοινωνική κατάκτηση του 20ού αιώνα.¹⁵

Ένας άλλος δημογραφικός παράγοντας της παρούσας μελέτης είναι το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού, όπου με βάση τα στοιχεία της μελέτης είναι πολύ χαμηλό, γεγονός το οποίο συνδέεται άμεσα με τους δείκτες υγείας και τις επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές.^{15,16} Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της. Έχει εκτιμηθεί, ότι μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομι-

κούς λόγους.¹⁶ Οι ανασφάλιστοι (255 άτομα) και οι άνεργοι (127 άτομα) αποτελούν ένα πρόβλημα, το οποίο θέλει έγκαιρη αντιμετώπιση, πριν αρχίσει να διογκώνεται επικίνδυνα.⁵ Μια άλλη παράμετρος που εξετάσε η μελέτη είναι οι αλλοδαποί. Φαίνεται ότι η αλβανική εθνικότητα είναι εκείνη, η οποία κυριαρχεί μεταξύ των αλλοδαπών του δήμου. Είναι ανασφάλιστοι, οπότε το μισό του ποσοστού των ανασφάλιστων του δήμου μπορεί να αποδοθεί σε αυτούς. Υπάρχουν 133 αλλοδαποί και 255 ανασφάλιστοι.

Από τα παραπάνω, αναδύεται η ανάγκη ανάπτυξης συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, με την υποστήριξη των ανεπίσημων πρωτογενών δικτύων,¹⁷ αντίληψη, άλλωστε, που συνάδει και με το σύγχρονο προνοιακό πλουραλισμό.¹⁸ Αν και ακόμη η φροντίδα των υπερηλικών παραμένει στην οικογένεια, εντούτοις, λόγω της εξασθένησης των παραδοσιακών αξιών, αυτή δε θα μπορεί πλέον να ανταπεξέρχεται αξιοπρεπώς στις πιέσεις και τις απαιτήσεις της σύγχρονης διαβίωσης χωρίς άλλα πρόσθετα επίσημα συστήματα υποστήριξης.^{14,19} Τα μεγαλύτερα ποσοστά ενεργών νοικοκυριών χωρίς νοικοκυριά αναφοράς εμφανίζονται σε οικισμούς που αγγίζουν τα όρια του δήμου, ενώ τα μικρότερα ποσοστά έχουν οικισμοί που βρίσκονται προς τη νοτιοδυτική πλευρά του δήμου και είναι κατά βάση πιο κλειστές και παραδοσιακές κοινωνίες.

Είναι κοινός τόπος ότι η κοινότητα αποτελεί τον ιδανικό χώρο ανάπτυξης προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης και κοινωνικής φροντίδας σε όλα τα επίπεδα, με στόχο την κοινοτική ανάπτυξη, την αύξηση των προστατευτικών παραγόντων και τη μείωση των παραγόντων υψηλού κινδύνου.²⁰ Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας παρουσιάζει ελλείψεις στο επίπεδο αυτό και οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι δεν αποτελούσαν προτεραιότητα παρέμβασης μέχρι πρότινος. Σήμερα, η πολιτική υγείας στοχεύει στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις τοπικές ανάγκες.²¹

Με αυτό το σκεπτικό και αυτήν την προτεραιότητα, η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε να εκτιμήσει τις ανάγκες μόνον της υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας των κατακλιμένων και των μη-αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, με σκοπό να αναπτυχθούν συμπληρωματικές υπηρεσίες από μεριάς του δήμου. Ένα σεβαστό ποσοστό ανθρώπων, που αν και κατακεκλιμένοι ή μη-αυτοεξυ-

Πίνακας 3. Νοικοκυριά με μη-αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, χωρίς νοικοκυριά αναφοράς (N=116), στο σύνολο των νοικοκυριών του δήμου «Ν. Κάζαντζάκη» (N=2335), κατά οικισμό, σύνολο μελών νοικοκυριού, αναφερόμενες απτίες μη-αυτοεξυπηρετήτης και ανάγκες υπολειπόμενης φροντίδας

| Οικισμοί | Μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, χωρίς νοικοκυριά αναφοράς | Αριθμός νοικοκυριών X Σύνολο μελών νοικοκυριού | Άτομα-απτίες | | Άτομα-ανάγκες | | | | | |
|------------------|--|--|------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------|---------|
| | | | Νοητική υστέρηση | μη-αυτοεξυπηρετήτης | Νοσηλευτικές ανάγκες | Ιατρικές/Νοσηλευτικές ανάγκες | Οικιακές/βιβλίου ανάγκες | Ψυχολογικές/κοινωνικών αναγκών | Κάλυψη στον ιατρό | |
| Αγ. Βασίλειος | 7 | 1x1, 5x2, 1x6 | | | 1 | 7 | 1 | 3 | 3 | 2 |
| Αγ. Παρασκευάς | 29 | 2x1, 6x2, 1x3, 8x4, 2x5, 10x6 | 1 | 4 | 3 | 25 | 7 | 11 | 3 | 3 |
| Χουδέτσι | 16 | 4x2, 4x3, 4x4, 2x5, 2x6 | | | 4 | 15 | 1 | 2 | | |
| Καλλιουή | 7 | 2x3, 3x4, 2x5 | 1 | | | 6 | | 3 | | |
| Πεζιά | 4 | 1x2, 1x4, 2x5 | 1 | | 1 | 3 | | | | |
| Κουαίβοι | 17 | 1x1, 7x2, 2x4, 1x5, 6x6 | | 1 | | 16 | 1 | 1 | | |
| Καταλιγαίρη | 5 | 3x3, 1x5, 1x6 | | | 1 | 4 | | | | |
| Αιόρνη | 7 | 1x2, 4x3, 2x4 | | | 2 | 6 | 2 | | | 1 |
| Αγρίτσι | 7 | 4x2, 3x3 | | | | 7 | 2 | | | |
| Μελέσσες+Φυλίσια | 7 | 3x2, 1x3, 1x4, 2x5 | 1 | 1 | 2 | 4 | | 1 | 1 | |
| Μυρτιά | 5 | 4x2, 1x3 | | | | 5 | 2 | 1 | 1 | |
| Αστρακού | 2 | 2x2 | | | | 2 | | | | |
| Μετατόγγοι | 1 | 1x4 | | | | 1 | 1 | | | |
| Δαμάνια | 2 | 2x3 | 1 | | | 1 | | 1 | | |
| Σύνολο | 116 | 4x1, 37x2, 21x3, 22x4, 12x5, 20x6 | 5 (3,9) | 8 (6,2) | 14 (10,8) | 102 (79,1) | 17 (31,5) | 23 (42,6) | 4 (7,4) | 5 (9,2) |

πηρετούμενοι δήλωσαν πλήρη κάλυψη των αναγκών τους για φροντίδα. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ενεργητικότητα του άτυπου δικτύου φροντίδας, στην αίσθηση ματαίωσης και πιαραίτησης των ανθρώπων αυτών, στον υποκειμενισμό των δηλώσεών τους κ.λπ. Από τη μελέτη των αναφερόμενων αναγκών υπολειπόμενης φροντίδας, διαπιστώνεται ότι μόνον το 45% των φροντίδων των κατακεκλιμένων και το 31% των φροντίδων των μη-αυτοεξυπηρετούμενων αναφέρονται ως ιατρονοσηλευτικές, ενώ το υπόλοιπο μέρος τους ως οικιακές, κοινωνικές, μεταφοράς στο γιατρό και ψυχολογικής στήριξης. Οι φροντίδες αυτές δεν καλύπτονται ικανοποιητικά –μόνον κατ' εξαίρεση και σε μικρό βαθμό– από το υπάρχον δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.

Όσον αφορά τον αριθμό των μελών των νοικοκυριών στα οποία υπάρχουν μη-αυτοεξυπηρετούμενοι, αυτοί που ζουν σε μονομελή (236 άτομα) και διμελή (449 άτομα) νοικοκυριά χρειάζονται άμεση στήριξη και φροντίδα, όπως και αυτοί που είναι σε μόνιμη κατάκλιση. Από τους 947 μη-αυτοεξυπηρετούμενους, οι 116 δεν έχουν δηλώσει νοικοκυριά αναφοράς.

Στην πλειοψηφία τους, οι κάτοικοι του δήμου έχουν ως ασφαλιστικό ταμείο τον ΟΓΑ και το 94% είναι απόφοιτοι δημοτικού. Η φτώχεια των ηλικιωμένων στην Ελλάδα ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία και τον ασφαλιστικό φορέα και συνδέεται με το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και το επίπεδο υγείας.²²

Προκύπτει, επίσης, ένα νέο είδος υπολειπόμενης φροντίδας, αυτό της μεταφοράς στις υπηρεσίες υγείας, το οποίο δήλωσε ένα σημαντικό ποσοστό μη-αυτοεξυπηρετούμενων (9,2%).

Αν θέλουμε να αξιολογήσουμε τις υπολειπόμενες φροντίδες, όπως αυτές δηλώθηκαν, θα λέγαμε ότι αφορούν φροντίδες οι οποίες δεν προβλέπονται από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, και τις οποίες, ολόένα και περισσότερο, αδυνατεί να προσφέρει το άτυπο δίκτυο φροντίδας. Όλα τα αιτήματα φροντίδας ανταποκρίνονταν πλήρως στις ακάλυπτες ανάγκες τους και θα μπορούσαν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, σε συνεργασία με όλους τους αρμόδιους φορείς και με την υποστήριξη του εθελοντισμού.^{23,24}

Από την ανασκόπηση της πρόσφατης ελληνικής βιβλιογραφίας, δε βρέθηκε ανάλογη μελέτη που να αναφέρεται στην εκτίμηση των υπολειπόμενων αναγκών υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας σε ένα γεωγραφικά καθορισμένο γενικό πληθυσμό. Στην πρόσφατη ευρωπαϊκή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται στην αναγκαιότητα και την αποτελεσματικότητα της καταγραφής των δεδομένων υγείας στην κοινότητα ("health data map", "local authority data", "local health needs assessment"), όσον αφορά στην εύκολη και αξιόπιστη εκτίμηση και παρέμβαση σε θέματα προαγωγής της υγείας, κάλυψης των αναγκών υγείας και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.²⁵⁻²⁷ Μάλιστα, εφαρμόζονται συνδυασμοί μεθοδολογιών, με σκοπό τη γρήγορη και αξιόπιστη εκτίμηση τόσο των κοινωνικοδημογραφικών όσο και των υγειονομικών δεδομένων του πληθυσμού μιας μικρής περιοχής, στην οποία εμπλέκεται ταυτόχρονα και ο ίδιος ο πληθυσμός.²⁸⁻³⁰

Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και τα στοιχεία για τις ανάγκες υπολειπόμενης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας είναι αλληλένδετα, γι' αυτό δεν είναι συνετό να εξετάζει κανείς τα θέματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, τα οποία ενδιαφέρουν πρώτιστα τη μελέτη αυτή, χωρίς να συναξιολογεί όλα τα άλλα. Η τοπική κοινωνία με τους θεσμούς και τους φορείς της οφείλει και μπορεί να αναπτύξει νέες ενδιαμέσες δομές και υπηρεσίες, οι οποίες να προσανατολίζονται προς τη διαρκή εκτίμηση των αναγκών υγείας και κοινωνικής φροντίδας που ο ίδιος ο πληθυσμός εκφράζει, προς την προαγωγή της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού αυτού μέσα από τη συγκρότηση ομάδων υγείας και την ανάπτυξη προγραμμάτων που να απαντούν στις εκτιμώμενες ανάγκες του, και προς τη διασύνδεση των δομών και των υπηρεσιών αυτών με τις, ήδη, υπάρχουσες δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες.

Ένας τέτοιος προσανατολισμός, ο οποίος λείπει παντελώς από το υπάρχον δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, είναι θεμελιώδης για την ανάπτυξη ενός Ανθρωποκεντρικού Δημοκρατικού Δημοτικού Οργανισμού Προαγωγής της Υγείας και της Κοινωνικής Φροντίδας, ο οποίος, ίσως, να αποτελεί και τη μόνη απάντηση σε δύσκολους καιρούς, ενώ οι τοπικές κοινωνίες με νέους θεσμούς και νέα οργάνωση αποτελούν σίγουρα, πλέον, τον

καταλληλότερο φυσικό, ηθικό και πολιτικό «χώρο» για την ευδοκίμηση τέτοιων εγχειρημάτων.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε πολύ το Δήμαρχο του Δήμου «Ν. Καζαντζάκη» κ. Ρούσοο Κυπριωτάκη, το Δημοτικό Συμβούλιο και τα Τοπικά Συμβούλια, την Πρόεδρο του «Δημοτικού Οργανισμού Προαγωγής Υγείας και

Κοινωνικής Φροντίδας» του Δήμου, κα Ιωάννα Καράτζη και το ΔΣ του Οργανισμού, για την πολιτική, ηθική και οικονομική στήριξη της μελέτης. Επίσης, ευχαριστούμε θερμά την επιστημονική σύμβουλο του Δήμου, κα Μαρία Ιορδανίδου και τις Κοινωνικές Λειτουργούς/Μέλη της Ερευνητικής Ομάδας Πεδίου, κ.κ. Αθηνά Μαρτιμιανάκη, Ελένη Μαυρομάτη και Μαρία Φραγκιαδάκη για την άμογη και αποτελεσματική συνεργασία τους.

Βιβλιογραφία

1. Σισσούρας Α, Καρόκης Α. Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η Ευκαιρία-Τομή για άσκηση Πολιτικής Υγείας στη χώρα μας. *Επιθ Υγείας* 1995, 6:332-340
2. Λιονής Χ, Μερκούρης Μ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβ Φροντ Υγείας* 2000, 12:7-9
3. Λιονής Χ, Κούτης Α. Πρόταση ανάπτυξης του Ελληνικού Κέντρου Υγείας. Η εμπειρία από το Κέντρο Υγείας Σπηλίου. *Ιατρική* 1992, 4:392-397
4. Μπαλασσοπούλου Α, Κυριόπουλος Γ, Γεννηματά Α και συν. Τρίτη ηλικία και τα οικονομικά της Υγείας. *Κοινων Εργ* 1991, 24:245-253
5. Έμκε-Πουλοπούλου Η. Προσδιοριστικοί παράγοντες της αύξησης των δαπανών για τις συντάξεις στην Ελλάδα. *Κοινων Εργ* 1998, 58:175-179
6. Λιονής Χ, Κούτης Α. Εκτίμηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα. *Ιατρική* 1995, 6:570-575
7. Αημναίου Ν. Ενίσχυση της Κοινότητας στην εξυπηρέτηση των Ηλικιωμένων. *Κοινων Εργ* 1991, 24:255-261
8. Λιάκου Μ. Βοήθεια στο σπίτι. Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός: Διαστάσεις και προοπτικές ανάπτυξης της κατ' οίκον φροντίδας. *Κοινων Εργ* 1998, 52:203-210
9. Θεοδωράκη Χ, Θεοδωρίου Μ, Μαρουλάκης Ν και συν. Πρόγραμμα Βοήθειας στο σπίτι για ηλικιωμένους του Δήμου Περιστερίου. Απολογισμός ενός χρόνου λειτουργίας (1996). *Κοινων Εργ* 1998, 52:213-220
10. Ματζιάρης Μ. Το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι, στο Δήμο Διδυμοτείχου. Απολογισμός ετήσιας λειτουργίας. *Κοινων Εργ* 1999, 56:225-234
11. Κυριακάκης Β. Εναλλακτικές μορφές στην προστασία των Ηλικιωμένων. *Κοινων Εργ* 1991, 24:277-282
12. Κωνσταντινίδης Θ, Τσαγκοράκη Ε. Η Νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. *Πρωτοβ Φροντ Υγείας* 1998, 10:23-31
13. Κούτης Α, Λιονής Χ, Αντωνάκης Ν και συν. Πρόγραμμα Φροντίδας Ηλικιωμένων Δήμου Αρχανών. *Μια Μεθοδολογική προσέγγιση έρευνας και ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ηλικιωμένων στην Τοπική Αυτοδιοίκηση*. Πρακτικά, 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γeronτολογίας, Γηριατρικής Αθήνα, 1995
14. Τούντας Γ, Φριασίρας Σ. Κοινωνία και Υγεία. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1998, 15:593-599
15. Τούντας Γ. Οικονομία και Υγεία. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1999, 16:75-83
16. Σακελλαρίου Μ. Κοινωνική Πολιτική στο τοπικό επίπεδο. Τοπική Αυτοδιοίκηση και Εθελοντική Πρωτοβουλία. *Τοπ Αυτοδιοίκ* 1990, 16:23-26
17. Στασινοπούλου Ο. Ατυπα Δίκτυα Φροντίδας και Σύγχρονος Προνοιακός Πλουραλισμός. *Εκλογή* 1992, 93:109-12
18. Τρισελιώτης Τ. Οικογενειακή φροντίδα και Ηλικιωμένοι. *Εκλογή*, 1990:140-146
19. Αγάθωνος Ε. Κατάρτιση για την Ανάπτυξη-Πρόγραμμα Κοινωνικής Ανάπτυξης και Προαγωγής Υγείας, στον οικισμό των Αγίων Αποστόλων, Ρόδου. *Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού*, 1995:4-5
20. Κυριόπουλος Γ, Ανδριώτη Δ, Boerma W. Υπηρεσίες Φροντίδας στο Σπίτι, στην Ελλάδα. *Κοινων Εργ* 1995, 38:79-89
21. Έμκε-Πουλοπούλου Η. Δημογραφική Γήρανση και το εισόδημα των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα. *Κοινων Εργ* 1991, 24:221-244
22. Στασινοπούλου Ο. Η Τοπική Κοινότητα στην άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής. *Τοπική Αυτοδιοίκηση* 1993, 32:44-51
23. Κυριόπουλος Γ. Η συμβολή της Αγωγής Υγείας στην εμπλοκή της κοινότητας, στην προστασία του καταναλωτή-χρήστη και στην ορθολογική λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας. *Πρωτοβ Φροντ Υγείας* 1991, 3:169-173
24. Στασινοπούλου Ο. Σύγχρονες τάσεις στην Κοινωνική Πρόνοια. Ο ρόλος του εθελοντισμού. *Εκλογή*, 1995:265-276
25. Buckeridge DL, Mason R, Robertson A et al. Making health data maps: a case study of a community/university research collaboration. *Soc Sci Med* 2002, 55:1189-11206
26. Fone D, Jones A, Watkins J et al. Using local authority data for action on health inequalities: the Caerphilly Health and Social Needs Study. *Br J Gen Pract* 2002, 52:799-804
27. Jordan J, Wright J, Wilkinson J et al. Assessing local health needs in primary care: understanding experiences in three English districts. *Qual Health Care* 1998, 7:83-89
28. Murray SA, Tapson J, Turnbull L et al. Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. *BMJ* 1994, 308:698-700
29. Murray SA, Graham LJC. Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighborhood. *BMJ* 1995, 310:1443-1448
30. Murray SA. Experiences with "rapid appraisal" in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. *BMJ* 1999, 318:440-444

Υποβλήθηκε 1.11.2001
Εγκρίθηκε 27.6.2002