



**Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων - Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Τμήμα Οικονομικών Επιστημών - Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης**

**Τμήμα Οικονομικών Επιστημών - Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης**

**Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων - Πανεπιστήμιο Πειραιά**

**Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»**

**Τίτλος διπλωματικής**

**«Πρόσβαση στις Κοινωνικές Υπηρεσίες & Ευπαθείς**

**Πληθυσμιακές Ομάδες του Δήμου Ξάνθης »**

**Ονοματεπώνυμο**

**Σημέλα Αν. Χατζηκωνσταντινίδου**

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2016



**Department of Political Studies and International Relations - University of Peloponnese**

**Department of Economics - Democritus University of Thrace**

**Department of Economics - Aristotle University of Thessaloniki**

**Department of Business Administration - University of Piraeus**

## **Interuniversity Interdepartmental**

### **Master Program in**

**«Local and Regional Government and Development»**

### **Thesis Title**

**«Access to Social Services & Vulnerable Population Groups in  
Municipality of Xanthi»**

### **Name**

**Simela An. Chatzikonstantinidou**

Corinth, September 2016

## «Πρόσβαση στις Κοινωνικές Υπηρεσίες & Ευπαθείς Πληθυσμιακές Ομάδες του Δήμου Ξάνθης»

*Λέξεις κλειδιά:* Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, πρόσβαση σε κοινωνικές υπηρεσίες, ικανοποίηση χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών.

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία επικεντρώθηκε στις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες του Δήμου Ξάνθης. Σκοπός της εργασίας ήταν να αναδείξει τα κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και την πρόσβαση τους στις κοινωνικές υπηρεσίες. Ως επιμέρους στόχοι της διπλωματικής είναι η αναδείξει των προβλημάτων υγείας, η διερεύνηση της χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών, η αποτύπωση των απόψεων των ερωτηθέντων τόσο για την ικανοποίηση που αντλούν από την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών και τα πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, όσο και να της αντίληψης που έχουν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι για την σημαντικότητα των δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης.

Ο πληθυσμός του Δήμου εκτιμάται στα 56.151 άτομα, ενώ το δείγμα της έρευνας είναι 100 άτομα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο 2016. Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε είναι η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων ήταν επί τόπου, ενώ η συμπλήρωση έγινε από τον συνεντευκτή με παροχή διευκρινήσεων για την ορθή συμπλήρωση των ερωτήσεων.

Για την εκτίμηση των κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών, των υλικών αγαθών, την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και αναπηρίας 67% χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ  $\chi^2$ .

# «Access to Social Services & Vulnerable Population Groups in Municipality of Xanthi»

*Keywords: Vulnerable populations, access to social services, satisfaction and use of social services.*

## **ABSTRACT**

*This thesis focused on the vulnerable population groups of Municipality of Xanthi. The aim of this study was to highlight the social - demographic characteristics, and their access to social services. As specific objectives of the project is the highlight of health problems, to explore the use of social services, the mapping of the views of respondents to both the satisfaction they derive from the use of social services and the potential problems they face, and the respondent's perception about the importance of the activities of Municipality of Xanthi.*

*The population of the municipality is estimated at 56.151 people, while the survey sample is 100 people. The completion of the questionnaires took place in July 2016. The sampling method used is stratified random sampling. The providing of the questionnaires was on the spot, while the filling was made by the interviewer to provide clarifications for the correct completion of questions.*

*To assess the socio-demographic characteristics, material goods, the existence of chronic disease and disability 67% used the statistical  $\chi^2$  test statistic.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....σελ.	1
Abstract.....σελ.	3
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΜΕΡΟΣ Α΄: Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική</b>	
1.1 Εισαγωγή.....σελ.	6
1.2 Εννοιολογικό πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής.....σελ.	6
1.3 Πρότυπα κοινωνικής πολιτικής.....σελ.	8
1.4 Κράτη πρόνοιας και μεταβαλλόμενο πλαίσιο κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ε.Ε.....σελ.	9
1.5 Κοινωνική ανάγκη, δημόσιο δικαίωμα κοινωνικής πρόνοιας και δικαιώματα του πολίτη.....σελ.	12
<b>ΜΕΡΟΣ Β΄: Τοπική Αυτοδιοίκηση και ο ρόλος στην άσκηση της δημόσιας διοίκησης</b>	
1.6 Η έννοια της αυτοδιοίκησης και ο ρόλος στην άσκηση δημόσιας διοίκησης.....σελ.	13
1.7 Ο ρόλος των Ο.Τ.Α. στην Ευρωπαϊκή δημοσιονομική κρίση.....σελ.	13
1.8 Τοπική ανάπτυξη και μορφές δικτύου.....σελ.	14
1.9 Συμπεράσματα.....σελ.	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</b>	
2.1 Εισαγωγή.....σελ.	17
2.2 Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας κοινωνικών υπηρεσιών.....σελ.	17
2.3 Εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας.....σελ.	20
2.4 Συμπεράσματα.....σελ.	21

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΡΟΣ Α΄: ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**

3.1 Εισαγωγή.....σελ.	23
3.2 Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες.....σελ.	23
3.3 Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και κοινωνικός αποκλεισμός.....σελ.	24
3.4 Παράγοντες κοινωνικού αποκλεισμού.....σελ.	25
3.5 Πολιτικές καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού.....σελ.	26
3.6 Δίκτυα κοινωνικής προστασίας σε τοπικό επίπεδο.....σελ.	27

## **ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

3.7 Η υγεία ως δικαίωμα.....σελ.	30
3.8 Η υγεία των χωρών της Ε.Ε.....σελ.	31
3.8.1 Πρωτοβάθμια κάλυψη υγείας χωρών της Ε.Ε.....σελ.	31
3.9 Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες.....σελ.	33
3.9.1 Επιπολασμός ασθενειών και ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες .....σελ.	33
3.10 Συμπεράσματα.....σελ.	35

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΥΠΑΘΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΞΑΝΘΗΣ**

4.1 Στόχοι και ερωτήματα .....σελ.	37
4.2 Μεθοδολογία.....σελ.	37
4.3 Ερωτηματολόγιο.....σελ.	38
4.4 Στατιστική ανάλυση.....σελ.	39

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

5.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....σελ.	40
5.2 Κοινωνικο – δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....σελ.	40
5.3 Χρήση κοινωνικών υπηρεσιών.....σελ.	45
5.4 Διερεύνηση της χρήσης κοινωνικών υπηρεσιών.....σελ.	62

5.4.1 Χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών.....σελ.	62
5.5 Συχνότητα επισκέψεων σε κοινωνικές υπηρεσίες και κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά, υλικά αγαθά, χρόνιο νόσημα και αναπηρία 67%.....σελ.	64
5.6 Λόγος τελευταίας επίσκεψης σε κοινωνικές υπηρεσίες και κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά, υλικά αγαθά, ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και αναπηρίας 67%.....σελ.	66
5.7 Διενέργεια προληπτικών εξετάσεων και κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά, υλικά αγαθά, ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και αναπηρίας .....σελ.	69
5.8 Σύγκριση αποτελεσμάτων.....σελ.	72
5.9 Συμπεράσματα.....σελ.	82
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.</b>	<b>84</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.</b>	<b>110</b>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## Μέρος Α'

### Κοινωνικό Κράτος & Κοινωνική Πολιτική

#### 1.1 Εισαγωγή

Οι όροι κράτος πρόνοιας και κοινωνικό κράτος συχνά χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι. Το κράτος πρόνοιας αποτελεί μορφή καπιταλιστικού κράτους που δρά μέσω των παροχών κοινωνικής διοίκησης με σκοπό την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων, την κάλυψη των κοινωνικών κινδύνων και των αναγκών των πολιτών. Στην μεταπολεμική περίοδο συνδεόταν με την διεύρυνση της παρεμβατικής και ρυθμιστικής παροχικής λειτουργίας του κράτους στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες. Μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του κράτους πρόνοιας είναι η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η παρέμβαση για την αναδιανομή του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος στους πολίτες, καθώς και η εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Αποτελεί ιστορικά προσδιορισμένη μορφή οργάνωσης της σχέσης κράτους και κοινωνίας. Παρεμβαίνει στην οικονομία με σκοπό την ενίσχυση της απασχόλησης και την διασφάλιση βασικών κοινωνικών υπηρεσιών όπως είναι η εκπαίδευση, η κοινωνική ασφάλιση, η υγειονομική προστασία και η εξασφάλιση αξιοπρεπούς βιοτικού επιπέδου.

#### 1.2 Εννοιολογικό πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής – Ορισμοί

Ο όρος κοινωνική πολιτική αναφέρεται στην μελέτη και στην επιστημονική ανάλυση των επί μέρους πολιτικών, στις διάφορες μορφές - μεθόδους κοινωνικής δράσης και παρέμβασης που την συγκροτούν. Στο πρακτικό πεδίο εφαρμογής εκφράζεται με την συνεργασία διαφορετικών επιστημονικών πεδίων στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση της<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Π.χ. για την υλοποίηση Κέντρου υποστήριξης Α.Μ.Ε.Α. συνεργάζεται με πολιτικούς επιστήμονες, οικονομολόγους, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και κοινωνιολόγους προκειμένου να υπάρξει κατανόηση των στόχων της συγκεκριμένης δράσης και της ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής. Για την υλοποίηση δράσεων κοινωνικής πολιτικής γίνεται αντιληπτή η σημαντικότητα της αποδοχής από την τοπική κοινωνία. Σε διαφορετική περίπτωση, η προσπάθεια μπορεί



Η κοινωνική πολιτική έχει σύνθετο χαρακτήρα και προϋποθέτει στενή συνεργασία ατόμων από διαφορετικά πεδία. Ο σύνθετος χαρακτήρας της περιορίζει τον ακριβή ορισμό της και την οριοθέτηση της: α) στην πράξη, σε σχέση με άλλες πολιτικές και β) ως αντικείμενο επιστημονικής ανάλυσης σε σχέση με άλλες κοινωνικές επιστήμες που συνθέτουν τον διεπιστημονικό της χαρακτήρα.

Η κοινωνική πολιτική αναζητά τα ερεθίσματα της σε θεμελιώδεις κοινωνικές διαδικασίες. Η κοινωνική αλλαγή, η κοινωνική ειρήνη και η κοινωνική συνοχή αποτελούν προϋποθέσεις της αναπαραγωγής του κεφαλαιοκρατικού τρόπου παραγωγής σε κοινωνίες ταξικού χαρακτήρα. Στην προσπάθεια κατανόησης της κοινωνικής πολιτικής αναζητούμε το «τί» και το «πώς», δηλαδή τους τρόπους και τις σχέσεις μέσα στις οποίες ασκείται. Με βάση τα παραπάνω υπάρχουν διάφοροι ορισμοί της πολιτικής. Κοινά στοιχεία των ορισμών και των αναλύσεων είναι η επίτευξη της ευημερίας, το γεγονός ότι αναφέρονται σε καπιταλιστικές δυτικές κοινωνίες, κινούνται σε εθνικά πλαίσια και δεν λαμβάνουν υπόψη παραμέτρους όπως το φύλο και η «ράτσα». Ιδεολογικά εκφράζουν τον νεοφιλελευθερισμό και την σοσιαλδημοκρατία (social democracy):

- Η κοινωνική πολιτική ως μέσο επίτευξης της ευημερίας, *«ο όρος που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε δράσεις, οι οποίες στοχεύουν στην παραγωγή της ευημερίας, καθώς επίσης ο όρος που χρησιμοποιούμε για να περιγραφεί η ακαδημαϊκή μελέτη τέτοιων δράσεων.»* ( Erskine, 1998)
- Κατά τον Spicker (1995), ως κύρια πεδία εφαρμογής της κοινωνικής πολιτικής αναφέρονται: το κράτος πρόνοιας<sup>2</sup>, οι καταστάσεις που εμποδίζουν την ευημερία σε συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού<sup>3</sup> και σε κοινωνικά προβλήματα<sup>4</sup>.
- Ο Midgley (1997) αναφέρει την κοινωνική ευμερία ως τον κύριο στόχο της κοινωνικής πολιτικής. Η διαχείριση των κοινωνικών προβλημάτων και η μεγιστοποίηση των κοινωνικών ευκαιριών αποτελούν το μέσο επίτευξης της.
- Κατά τον Titmuss (1974) πρέπει να υπάρχει πλήρης κατανόηση των κοινωνικών φαινομένων, με αποτελεσματικές πολιτικές κατευθύνσεις ως προς τους στόχους που θέτει και τα διλλήματα που αντιμετωπίζει, με διάκριση μεταξύ των στόχων και των μέσων επίτευξης. (Titmuss 1974, σελ. 15 -16)

---

να ματαιωθεί και να δημιουργήσει προβλήματα σε επίπεδο ένταξης ατόμων/ ωφελουμένων της δράσης. Σε αυτήν την περίπτωση γίνεται χρήση άλλης επαγγελματικής ειδικότητας από τις προαναφερόμενες.

<sup>2</sup> Υγεία, κοινωνική ασφάλιση, παιδεία, κοινωνική φροντίδα.

<sup>3</sup> Αναπηρία, γήρας, φτώχεια, ανεργία κ.λ.π.

<sup>4</sup> Εγκληματικές ενέργειες, εξάρτηση κ.λ.π.

- Η κοινωνική πολιτική από την οπτική του κινδύνου, επικεντρώνεται στην ρύθμιση «κινδύνων»<sup>5</sup> και αποτελεί βασική μέριμνα σε όλες τις κοινωνίες σε βάθος χρόνου. Στην σύγχρονη εποχή κυριαρχεί η αντίληψη ότι οι κίνδυνοι αποτελούν μετρήσιμα φαινόμενα, υπολογίσιμα και ως εκ τούτου προβλέψιμα. (Kemshall, 2002)
- Κατά τον Townsend (1975), η μελέτης της κοινωνικής αυτής επιστήμης έχει ως αντικείμενο τα μέσα με τα οποία οι κοινωνίες εμποδίζουν, εισάγουν, αναβάλλουν και διαχειρίζονται αλλαγές στην κοινωνική δομή και στις κοινωνικές αξίες. (Ferge, 1979/ Στασινοπούλου, 1996)

Οι σύγχρονοι μελετητές αναφέρουν ότι η κοινωνική πολιτική πρέπει να υποστηρίζει, μέσα από τα «μέσα» που διαθέτει, τις λιγότερο ευνοημένες πληθυσμιακές ομάδες να ενδυναμωθούν και να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους. Η κατεύθυνση αυτή απαιτεί ευρύτερη κοινωνική παρέμβαση και χρήση λόγου που δεν θα συνδέεται με ανισότητες και δεν θα κατασκευάζει ταυτότητες. Αντίθετα, θα αναδεικνύει τα βαθύτερα αίτια δημιουργίας των κοινωνικών προβλημάτων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει συνοπτικός ορισμός της κοινωνικής πολιτικής, αλλά διαφορετικές απόψεις και ιδεολογικές αντιλήψεις. Το γεγονός αυτό ενισχύει τον σύνθετο χαρακτήρα της.

### 1.3 Πρότυπα κοινωνικής πολιτικής<sup>6</sup>

Κατά τον Titmuss (1974), αναφέρονται δύο συστήματα κοινωνικής πολιτικής, το υπολλειματικό και το θεσμικό/ αναδιανεμητικό. Σύμφωνα με το υπολλειματικό πρότυπο, η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη, αποτελεί «δίκτυ ασφαλείας» για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες στις περιπτώσεις που οι άλλοι θεσμοί δεν λειτουργούν ή δεν επαρκούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις το κράτος συμβάλλει<sup>7</sup> στην παροχή βοήθειας μέσα από την ανάγκη και την αδυναμία που δηλώνουν τα άτομα. Το θεσμικό/ αναδιανεμητικό πρότυπο, αποτελεί διευρυμένο κράτος πρόνοιας με αναδιανεμητική πολιτική<sup>8</sup> και στόχο την μείωση των ανισοτήτων, την καθολική κάλυψη

<sup>5</sup> όπως η ανεργία, ο θάνατος, ο γήρας, η ασθένεια

<sup>6</sup> Η ταξινόμηση των διαφόρων κρατών πρόνοιας σε μοντέλα διευκολύνει την ανάλυση της θεσμικής οργάνωσης του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας κάθε χώρας και αντιστοιχεί σε κάθε σύστημα θεσμικών ρυθμίσεων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κριτήρια που μπορούν να αξιοποιηθούν για τον προσδιορισμό της θεσμικής οργάνωσης. Ως τέτοια κριτήρια θεωρούνται: α) το εύρος κάλυψης του πληθυσμού, β) το είδος των παροχών, και γ) ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

<sup>7</sup> Υπάρχουν κριτήρια, έλεγχος και διαδικασία που ακολουθείται.

<sup>8</sup> Δηλ. αναδιανομή πλούτου και ευκαριών.

και την επίτευξη της κοινωνικής συνοχής. Οι ανάγκες καλύπτονται στην βάση των κοινωνικών δικαιωμάτων.

Επίσης, κατά τον Esping – Andersen (1990), γίνεται αναφορά σε μία «δημοφιλή» κατηγοριοποίηση τυπολογίας κρατών πρόνοιας. Πρόκειται για το φιλελεύθερο, το συντηρητικό/κορπορατιστικό και το σοσιαλδημοκρατικό ή σκανδιναβικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση: α) το φιλελεύθερο μοντέλο, ευνοεί την αγορά σε βάρος των κεντρικών ρυθμίσεων και της αναδιανομής. Το κράτος επιδοτεί παροχές μέσω της αγοράς και του ελέγχου του εισοδήματος. Η συγκεκριμένη τυπολογία κράτους πρόνοιας, εκφράζεται μέσα από κράτη όπως οι Η.Π.Α., ο Καναδάς, η Ν.Ζηλανδία, η Βρετανία, η Ιρλανδία, η Αυστραλία. β) Το συντηρητικό/κορπορατιστικό μοντέλο, εκφράζεται μέσα από χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία, η Ιαπωνία. Το δικαίωμα στην κοινωνική προστασία και στις παροχές προκύπτει από την δυνατότητα απασχόλησης του ατόμου και παρέχεται στην βάση της ανταποδοτικότητας. Το κράτος υποκαθιστά την αγορά στην παροχή αυτών των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να περιορίζεται ο τομέας της κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης. Η αναδιανομή των πόρων γίνεται άμεσα από τους εργαζόμενους και τις οικογένειες, ευνοούνται τα άτομα με επαγγελματική και κοινωνική θέση και αποκλείονται οι μη εργαζόμενοι, γ) Το σοσιαλδημοκρατικό ή σκανδιναβικό μοντέλο, στο οποίο κυριαρχεί η πλήρης αποεμπορευματοποίηση των κοινωνικών παροχών και η καθολική κάλυψη των αναγκών. Η πλήρης απασχόληση και η ισότητα αποτελούν κυρίαρχους στόχους της κοινωνικής πολιτικής. Η καθολικότητα των παροχών συνδέεται με την ιδιότητα του πολίτη και όχι με την ανάγκη ή την θέση εργασίας. Η συγκεκριμένη τυπολογία κράτους πρόνοιας εκφράζεται μέσα από χώρες όπως, η Σουηδία, η Νορβηγία, η Αυστρία, η Δανία.

#### **1.4. Κράτη πρόνοιας και μεταβαλλόμενο πλαίσιο κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ε.Ε.**

Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες<sup>9</sup> οδήγησαν στην διόγκωση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού με αποτέλεσμα την ανάγκη αύξησης των κοινωνικών υπηρεσιών. Σε αυτό συνέβαλλαν παράγοντες όπως η αύξηση του αριθμού των ανέργων, η αύξηση του αριθμού των γυναικών στην αγορά εργασίας, τα μεταναστευτικά ρεύματα από χώρες εκτός Ε.Ε., η αστικοποίηση νέων ανθρώπων και η διάβρωση κανονικών

---

<sup>9</sup> Γήρανση του πληθυσμού, αλλαγή δομής της οικογένειας με αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών.

μορφών απασχόλησης. Η εξέλιξη υπήρξε ραγδαία εξαιτίας της παγκοσμιοποίησης, της νομισματικής Ευρωπαϊκής Ένωσης και της τεχνολογικής προόδου, ενώ οι κυβερνήσεις αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην διαχείριση των οικονομικών εξελίξεων. (Νίκου, 2000)

Στην σύγχρονη εποχή, τα κρατη μέλη της Ε.Ε. έχουν εφαρμόσει πολιτικές λιτότητας, χωρίς να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι ιδιαιτερότητες της κάθε οικονομίας. Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν επηρεασθεί από την ανεργία, την φτώχεια, το επίπεδο απασχόλησης και την ανεπάρκεια των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας και υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ισπανία, 5 εκ. πολίτες έμειναν άνεργοι, η Ελλάδα έχει υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας από άτομα που δεν έχουν πρόσβαση σε αγαθά για την επιβίωση τους, στην Πορτογαλία το 2% του πληθυσμού εγκατέλειψε την χώρα λόγω οικονομικής κρίσης και ανεργίας.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τα κράτη πρόνοιας των μελών της Ε.Ε. έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ιταλία: χαρακτηρίζεται από καθολικότητα του συστήματος αλλά εμφανίζει προβλήματα ανισότητας μεταξύ των δικαιούχων, γεγονός που οδήγησε στην δημιουργία ανισοτήτων όσο αφορά την κάλυψη βασισμένη στην απασχόληση. Η τοπική αυτοδιοίκηση παρέχει βοήθεια στα άτομα που βρίσκονται σε δυσμένεια. Τα οικογενειακά επιδόματα εξαρτώνται από το μέγεθος της οικογένειας και του εισοδήματος. Προβλήματα δημιουργούνται εξαιτίας των δημογραφικών προβλημάτων και της μετανάστευσης. (Γράβαλου, 2003)
- Ισπανία: παραδοσιακά η εκκλησία έχει μεγάλη επιρροή. Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας αποτελείται από την παροχή χρηματικού επιδόματος και καλύπτει υγειονομική περίθαλψη, κοινωνική κατοικία και εκπαίδευση, ενώ χαρακτηρίζεται από προβλήματα στην κοινωνική ισότητα, αυξημένες δημόσιες δαπάνες και υψηλό ποσοστό ατόμων που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Περιορισμένες σε είδος και αριθμό οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Οι προβληματισμοί σε σχέση με το κράτος πρόνοιας συνδέονται με την ανεργία, την ευελιξία στην αγορά εργασίας και την γήρανση του πληθυσμού. (Γράβαλου, 2003)
- Γερμανία: η κοινωνική ευημερία μπορεί να εξασφαλισθεί μέσα από την οικονομική ανάπτυξη. Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει όλους τους πολίτες. Τα προβλήματα που υπάρχουν εντοπίζονται στην περιορισμένη καινοτομία, στο ακριβό εργατικό δυναμικό, στην ανεργία και στην γήρανση του πληθυσμού. (Γράβαλου, 2003)

- Γαλλία: Η βασική ιδέα ήταν η καθολική κάλυψη του πληθυσμού με την κοινωνική ασφάλιση ή την κοινωνική βοήθεια. Σύνθετο δίκτυο υπηρεσιών, με προβλήματα που εμφανίζονται στις συντάξεις εξαιτίας των ειδικών προνομίων συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων αλλά και στον έλεγχο του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών της ελεύθερης αγοράς. (Γράβαλου, 2003)
- Σουηδία: αποτελεί πρότυπο εθνικό μοντέλο ευημερίας, καθώς αντικατροπτίζει την ικανότητα του κράτους στην οικονομική ολοκλήρωση. Χαρακτηρίζεται από ομοιόμορφη διανομή των οφελών προς τους πολίτες που βρέθηκαν σε κατάσταση ανάγκης. Κύρια γνωρίσματα του είναι οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης, τα επιδόματα αναπηρίας και ανεργίας, η παιδική προστασία, η δημόσια υγειονομική περίθαλψη και η επιχορήγηση για την διατήρηση της απασχόλησης. (Γράβαλου, 2003)
- Ηνωμένο Βασίλειο: η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει χρηματικά επιδόματα, υγειονομική περίθαλψη, κατοικία, εκπαίδευση και προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες. Η οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στηρίζεται στην καθολική κάλυψη και την ελεύθερη πρόσβαση του πληθυσμού, με προτεραιότητα σε όσους έχουν ανάγκη οικονομικής βοήθειας. (Γράβαλου, 2003)
- Ελλάδα: διαχρονικό πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί η ελλιπής χρηματοδότηση, όπως επίσης και η εμφάνιση ανισοτήτων στις παροχές μεταξύ των δικαιούχων<sup>10</sup>. Χαρακτηρίζεται από κοινωνική πολιτική επιδοματικού και αποσπασματικού χαρακτήρα. Δημογραφικές, δημοσιονομικές και οικογενειακές αλλαγές έχουν εμφανιστεί στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να ανταποκριθεί στις εξελίξεις καθώς δεν είχε ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής προστασίας<sup>11</sup>. (Γράβαλου, 2003)

## **1.5 Κοινωνική ανάγκη, δημόσιο δικαίωμα κοινωνικής πρόνοιας και δικαιώματα του πολίτη**

<sup>10</sup> Η κοινωνική ασφάλιση οργανώθηκε από επαγγελματικές ομάδες και τα ασφαλιστικά κεφάλαια των εμπορικών ενώσεων. Άλλες ομάδες αντίθετα καλύπτονταν με περισσότερα από ένα κεφάλαια και κατά συνέπεια λάμβαναν υψηλότερα οφέλη.

<sup>11</sup> Τα έντονα κοινωνικά προβλήματα αφορούν την ολοένα και αυξανόμενη ανεργία, το γεγονός ότι το 22% του πληθυσμού ζει στα όρια της φτώχειας, τις ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας, τις κοινωνικές αποκλίσεις, την μεταβολή επιδημιολογικού φάσματος και την υπογεννητικότητα.

Ο Ο.Η.Ε. (1948) υιοθετεί στην οικουμενική διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου, τις υποχρώσεις του κράτος προς τον πολίτη. Με βάση αυτό, η ανάγκη του ατόμου παρουσιάζεται ως δικαίωμα, όταν: 1) το κράτος είναι υπεύθυνο για την κάλυψη των βιοτικών αλλαγών, 2) το δικαίωμα αυτό περιορίζει να ληφθεί υπόψη ως στίγμα, η κοινωνική ανάγκη, 3) βοηθά τους πολίτες να κινητοποιηθούν μέσω της ενδυνάμωσης, 4) είναι δυσκολότερη η περικοπή/ μείωση ή κατάργηση κοινωνικών υπηρεσιών σε ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, όταν βρίσκονται στο πλέγμα των δικαιωμάτων. Το δικαίωμα στην κοινωνική πρόνοια περιλαμβάνει υποχρεώσεις και δικαιώματα από το άτομο δεδομένου ότι λαμβάνει δημόσιες υπηρεσίες και θα πρέπει να διασφαλισθεί ότι υπάρχει ανάγκη. (Γράβαλου, 2003)

Θεμέλιο λίθο στην σύγχρονη διοίκηση αποτελούν οι αρχές της ισότητας και της νομιμότητας, τα οποία επιτρέπουν την διαφάνεια<sup>12</sup>, την συμμετοχή των πολιτών την ικανοποίηση των απαιτήσεων και την προσβασιμότητα στην διοίκηση. Κατά την επικοινωνία με την υπηρεσία, ο πολίτης πρέπει να γνωρίζει διαδικαστικά δικαιώματα στην διαχείριση των παραπόνων και στην ικανοποίηση και δημοσιοποίηση πληροφοριών για τις δημόσιες υπηρεσίες με την μορφή χάρτη δικαιωμάτων. Τα δικαιώματα απορρέουν από την συμμετοχή των πολιτών στην διαμόρφωση κοινών στόχων του κοινωνικού συνόλου. Από νομική άποψη δεν αποτελούν ατομικά δικαιώματα αλλά έχουν πολιτική διάσταση<sup>13</sup>, το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για ομάδες πλυθυσμού που ζουν στα όρια του κοινωνικού αποκλεισμού. (Κατσούλης, 2001)

---

<sup>12</sup> Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν τον τρόπο λειτουργίας και τις αρμοδιότητες της διοίκησης.

<sup>13</sup> Αποτελούν αξιώσεις των πολιτών στην καθημερινή ζωή

## **Μέρος Β΄**

### **Τοπική Αυτοδιοίκηση και ο ρόλος στην άσκηση της δημόσιας διοίκησης**

#### **1.6 Η έννοια της αυτοδιοίκησης και ο ρόλος στην άσκηση δημόσιας διοίκησης**

Η αυτοδιοίκηση είναι «η άσκηση δημόσιας διοίκησης, από τους αυτοδιοικούμενους οργανισμούς δημόσιας διοίκησης, με προσωπική ευθύνη και με τα δικά τους όργανα κατά την παραχώρηση του Κράτους.» (Σαρκόπουλος, 1993)

Η τοπική αυτοδιοίκηση αποτελεί μορφή οργάνωσης και ένα διοικητικό και πολιτικό θεσμό. Προγραμματίζει δράσεις με στόχο την ικανοποίηση και την κάλυψη των αναγκών πολιτών, αλλά και την οικονομική/πολιτιστική και πολιτισμική ανάπτυξη. Η διοίκηση ασκείται στην εδαφική περιοχή ευθύνης διεκπαιρώνοντας είτε τοπικής είτε κρατικής φύσεως υποθέσεις. Η υλοποίηση πολιτικών που δεν απαιτεί υποχρεωτική υλοποίηση από την κεντρική διοίκηση, μπορεί να υλοποιηθεί από την τοπική. Για αυτόν τον λόγο το κράτος με ρυθμίσεις εξασφαλίζει τους πόρους και την αυτοτέλεια που είναι απαραίτητα για την εκπλήρωση των αρμοδιοτήτων της τοπικής αυτοδιοίκησης. (Τριανταφυλλοπούλου, 2006)

Επομένως, η τοπική αυτοδιοίκηση αποτελεί πλέγμα δράσεων που στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών του τοπικού πληθυσμού, στην άμβλυνση του χάσματος μεταξύ κεντρικής διοίκησης και του τοπικού στοιχείου, και υπηρεσίες απαραίτητες για την ομαλή λειτουργία της κρατικής μηχανής.

#### **1.7 Ο ρόλος των Ο.Τ.Α. στην Ευρωπαϊκή δημοσιονομική κρίση**

Οι Ο.Τ.Α. φέρουν σημαντική ευθύνη στην προάσπιση των συμφερόντων των πολιτών με στόχο την βελτίωση και την ενίσχυση της περιφερειακής οικονομίας και πολιτικής που αποσκοπεί στην προώθηση της απασχόλησης και την αντιμετώπιση της ανεργίας, στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και στην καταπολέμηση του

κοινωνικού αποκλεισμού. Λόγω της μείωσης των οικονομικών πόρων<sup>14</sup> από την κεντρική διοίκηση, οι Ο.Τ.Α. αναγκάστηκαν να αναπτύξουν νέες πρακτικές για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης. (CEMR, 2013)

Τα προγράμματα δράσης των Ο.Τ.Α., στηρίζονται στα προγράμματα που καταρτίζει η Ε.Ε. για την αντιμετώπιση της κρίσης και απαιτούν προσαρμογή – συνεργασία μεταξύ των τοπικών αρχών αλλά και τήρηση της αρχής της επικουρικότητας. Μέσω της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η Ε.Ε. δημιούργησε πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, η οποία περιλαμβάνεται στις πρωτοβουλίες της «Στρατηγικής 2020», με στόχο την έξοδο 20 εκ. ανθρώπων από την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, τα οποία εξαιτίας και της οικονομικής κρίσης είναι εκτεθειμένα σε άσχημες συνθήκες διαβίωσης. Μέσα από θεματικές κατευθύνσεις, οι δράσεις επικεντρώνονται στην αγορά εργασίας, στην ελάχιστη στήριξη του εισοδήματος, στην υγειονομική περίθαλψη, στην εκπαίδευση και στην στέγαση.

Οι Ο.Τ.Α. κλήθηκαν να αναλάβουν σημαντικό πεδίο αρμοδιοτήτων, χωρίς να διαθέτουν τα απαιτούμενα μέσα. Βέβαια, προσαρμόθηκαν δημιουργώντας δομές και δράσεις για την αντιμετώπιση βασικών αναγκών των πολιτών. Στην προσπάθεια αυτή, σημαντικό ρόλο έπαιξαν τα προγράμματα της Ε.Ε. για την αντιμετώπιση των κοινωνικών επιπτώσεων της κρίσης. Η ολοένα και περισσότερο συστηματοποιημένη και διευρυμένη συμμετοχή των Ο.Τ.Α. στο σύστημα κοινωνικής πολιτικής είναι επιβεβλημένη γιατί οι Ο.Τ.Α. αποτελούν παράγοντες άσκησης κοινωνικής πολιτικής σε συνθήκες δημοσιονομικής κρίσης.

## **1.8 Τοπική ανάπτυξη και μορφές δικτύων**

Στην σύγχρονη εποχή, οι τοπικοί φορείς επιχειρούν να ενταχθούν σε ολοένα και περισσότερα τοπικά ή μεγαλύτερης εμβέλειας δίκτυα, έτσι ώστε να κινήσουν διαδικασίες τοπικής ανάπτυξης. Τα δίκτυα αυτά, ποικίλουν τόσο σε εύρος δραστηριοτήτων όσο και σε ισχύ, και αναπτύσσονται για την ενίσχυση των τοπικών κοινωνιών και την δέσμευση πόρων, αλλά συνδέουν φορείς και υπηρεσίες με τομείς που στοχεύουν στην επίλυση προβλημάτων. (Terluin, 2003)

---

<sup>14</sup> Το 2010, οι κοινωνικές δαπάνες των κρατών μελών της Ε.Ε., αυξήθηκαν κατά 3,5% εξαιτίας της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Όσο αφορά τις περικοπές των κοινωνικών δαπανών, οι τοπικές αρχές στις περισσότερες περιφέρειες της Ένωσης, δεν προσαρμόστηκαν στις μεταβαλλόμενες οικονομικές συνθήκες και στις ανάγκες των πολιτών, αδυνατώντας με αυτόν τον τρόπο να τηρήσουν την αρχή της επικουρικότητας. (CEMR, 2013)



Η συμβολή των δικτύων θεωρείται σπουδαία για την τοπική αυτοδιοίκηση, ιδιαίτερα σε μικρές και απομακρυσμένες περιοχές, και αποτελούν δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ «κέντρου» και τοπικής κοινότητας. Μεταξύ της τυπολογίας των δικτύων, μπορούν να αναφερθούν οι ακόλουθες: α) Τα δίκτυα και οι τοπικοί φορείς ανάπτυξης θέτουν προτεραιότητες για την κάλυψη των τοπικών αναγκών. Κάθε περιοχή αναπτύσσει προγράμματα με προϋπόθεση συνεργασίες βιώσιμης ανάπτυξης (Terluin, 2003), β) ο ιδιωτικός τομέας και οι επιχειρήσεις, προσαρμόζονται στις αξίες της αγοράς και ενισχύουν την τοπική κοινότητα, γ) οι αναπτυξιακές εταιρίες, αποτελούν πρωτοβουλία των τοπικών αρχών και αντιπροσωπεύουν νέες οργανωτικές δομές με κεντρικό στόχο την τοπική ανάπτυξη (Koutsouris, 2002), δ) οι νεο – εισερχόμενοι σε έναν τομέα<sup>15</sup> μεταφέρουν νέα γνώση και εμπειρία, διαφορετικές νοοτροπίες και μπορούν να κατευθύνουν τους τοπικούς φορείς σε διαδικασίες ανάπτυξης. (Terluin & Post 2001)

## 1.9 Συμπεράσματα

Από τα σημαντικότερα θέματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπη η τοπική αυτοδιοίκηση είναι η ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Η αύξηση των αρμοδιοτήτων των Ο.Τ.Α. περιλαμβάνει ανάμειξη σε θέματα βελτίωσης της ποιότητας ζωής όλων των πολιτών, η οποία έχει ύψιστη σημασία στην προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης και αποτελεί βασικό άξονα των στρατηγικών σχεδίων ανάπτυξης της τοπικής αυτοδιοίκησης. Πρωτεύων στόχος πρέπει να είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών, των υποδομών και του φυσικού περιβάλλοντος, καθώς το υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής επηρεάζει τον τρόπο ζωής και την οικονομική ευημερία του πληθυσμού.

Η τοπική αυτοδιοίκηση δεν έχει τον επιθυμητό βαθμό ανάπτυξης και δεν συμμετέχει στην ταχύρυθμη ανάπτυξη της χώρας, παρά τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει, καθώς μέχρι πρότενος η ανάληψη των τοπικών αρμοδιοτήτων γινόταν από κρατικούς φορείς, με την τοπική αυτοδιοίκηση να έχει έλλειψη από σοβαρές πηγές χρηματοδότησης, πέραν της κρατικής.

Τα πλεονεκτήματα του αποκεντρωμένου συστήματος διοίκησης αφορούν: α) το γεγονός ότι όλοι οι πολίτες έχουν την ευκαιρία συμμετοχής στα θέματα που τους αφορούν, β) η αποκέντρωση συνδέεται με την έννοια της δημοκρατίας καθώς τα ζητήματα που αφορούν αποκλειστικά μία περιοχή «λύνονται» από τους πολίτες της

---

<sup>15</sup> όπως οι επιχειρηματίες, τα πολιτικά πρόσωπα

περιοχής, γ) η τοπική αυτοδιοίκηση είναι κοντά στους πολίτες, δ) αποτελεί πολιτική χαμηλότερη σε κόστος διαχείρισης έργων και αυξημένης αποτελεσματικότητας, ε) οι Ο.Τ.Α. μπορούν να λειτουργήσουν ως «κέντρα δοκιμής» νέων ιδεών, και στ) γνωρίζουν τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

Με βάση τα όσα προαναφέρθηκαν, σημαντικό ρόλο έχει ο συντονισμός στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής και η ολοκληρωμένη διάσταση πολιτικών σε εθνικό επίπεδο, με κοινή συνείδηση και στόχευση όλων των πόρων στις μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες. Η εισοδηματική ανασφάλεια, η φτώχεια, η ανεργία και η έλλειψη στέγης αποτελούν αλληλένδετες ανάγκες και απαιτούν πολυδιάστατες εθνικές πολιτικές ενίσχυσης και συντονισμού των υπηρεσιών. Σε τοπικό επίπεδο, συνδέεται άμεσα με την αξιοποίηση της εγγύτητας και της γνώσης των αναγκών της, για την δημιουργία τοπικών μηχανισμών αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Σχεδιασμός κοινωνικών υπηρεσιών

#### 2.1 Εισαγωγή

Η κρίση στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι οικονομικής και κοινωνικής φύσεως. Οι πολιτικές λιτότητας που έχουν εφαρμοσθεί, δεν έλαβαν σοβαρά υπόψη τις ιδιαιτερότητες της οικονομίας των χωρών μελών. Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν επηρεασθεί από την ανεργία, την ανεπάρκεια των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας και των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ο Sheppard (2006) αναφέρει ότι οι ομάδες που διατρέχουν κίνδυνο είναι αυτές που υποφέρουν από φτώχεια, ανεργία, στέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων, καθώς και τα άτομα των οποίων οι κοινωνικοί δεσμοί έχουν κατακερματισθεί.

#### 2.2 Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας κοινωνικών υπηρεσιών

Οι κοινωνικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και τομείς όπως η εκπαίδευση, η υγεία, η κατοικία και η κοινωνική ασφάλιση. Δεν υποκαθιστούν μορφές κοινωνικής οργάνωσης<sup>16</sup> ή μορφές αντιμετώπισης κοινωνικών αναγκών. Είναι αλληλένδετες, λειτουργούν για την κάλυψη αναγκών του ατόμου και πολλές φορές δεν μπορεί να γίνει διαχωρισμός σε προβλήματα υγείας ή ασφάλειας.

Η κοινωνική πρόνοια αναφέρεται στο σύνολο μέτρων που αποβλέπουν στην ανακούφιση και στην προστασία των ατόμων που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες με ίδια μέσα. Βασικά χαρακτηριστικά της είναι η ενεργή ανάμειξη του κράτους για κοινωνική ωφελιμότητα, η οργάνωση και ο προγραμματισμός για επίλυση κοινωνικών προβλημάτων διαβαθμισμένης κλίμακας, η πρόληψη και η αποκατάσταση κοινωνικών προβλημάτων. Η επέκταση των μέτρων ανάπτυξης κοινωνικής πρόνοιας θεωρείται σημαντική για την αξιοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η ιδρυματική περίθαλψη εξυπηρετεί προσωπικές ανάγκες και συγκεκριμένες περιπτώσεις. (Μάρδας, 1993)

---

<sup>16</sup> Π.χ οικογένεια

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η ενδυνάμωση των χρηστών στην ενεργό συμμετοχή του κύκλου των κοινωνικών υπηρεσιών. Η συμμετοχή των χρηστών συνδέεται με την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Δίνοντας με αυτόν τον τρόπο έμφαση στα δικαιώματα των χρηστών και στην απλούστευση των διαδικασιών κατοχύρωσης της προσβασιμότητας και της υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ενώ οι ανάγκες των χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών συνεχώς αυξάνονται και διευρύνονται, ταυτόχρονα μεγαλώνουν οι πιέσεις σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. για μείωση και περιορισμό του κόστους των δαπανών. Το γεγονός αυτό συνδέεται άμεσα με τις αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών<sup>17</sup> που θα οδηγήσουν σε μία μικτή οικονομία στην παροχή των υπηρεσιών καθώς και στην ιδιωτικοποίηση μεγάλου μέρους της κοινωνικής φροντίδας.

Στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας δραστηριοποιούνται δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, εθελοντικοί φορείς και η οικογένεια. Στις χώρες της Ε.Ε. είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης να αναθέτουν την παροχή κοινωνικής φροντίδας σε «τρίτους» μέσα από προγραμματικές συμβάσεις. Υπάρχουν δύο ή περισσότερων ταχυτήτων υπηρεσίες που οδηγούν σε διαφοροποιημένες εργασιακές συνθήκες σε τομείς της κοινωνικής φροντίδας, με ταυτόχρονη αλλαγή του ρόλου του δημόσιου τομέα, ο οποίος από άμεσος πάροχος γίνεται «διευκολυντής» ή διάμεσος μίας κατάστασης.

Στον ευρωπαϊκό χώρο, οι σύγχρονες κοινωνικές υπηρεσίες αντιμετωπίζουν τις ακόλουθες προκλήσεις: α) την ανταπόκριση στις αυξανόμενες ανάγκες για ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες, β) τη διασφάλιση του δικαιώματος των χρηστών να εκφράζουν οι ίδιοι λόγο για τις ανάγκες τους, γ) την ενεργητική συμμετοχή και την ενδυνάμωση των χρηστών στις υπηρεσίες<sup>18</sup>, δ) την βελτίωση ποιότητας και τον συντονισμό των παρεχομένων υπηρεσιών, τον εκσυγχρονισμό και τις νέες μορφές διαχείρισης, ε) την βελτίωση της ποιότητας των εργασιακών σχέσεων και την εξισορρόπηση της εργασιακής με την οικογενειακή ζωή. (Βουγιούκα, 2008)

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών συνίσταται: α) στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας, β) στα οφέλη που προκύπτουν για το άτομο και την οικογένεια, γ) στην εξατομικευμένη προσέγγιση των παρεχομένων υπηρεσιών, η οποία συνδέεται με την βελτίωση της

---

<sup>17</sup> Π.χ. επιδείνωση εργασιακών σχέσεων, συνεχείς ανανέωση/αντικατάσταση προσωπικού, αύξηση προσωρινής εργασιακής απασχόλησης.

<sup>18</sup> Όχι εξαρτημένη πελατειακή σχέση.

ποιότητας ζωής των χρηστών, δ) στην διασφάλιση της ασφάλειας των χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών μέσω της πρόληψης για «κακή μεταχείριση», ε) στην διασφάλιση ολιστικής προσέγγισης και συνέχειας των υπηρεσιών μέσω διασύνδεσης διαφορετικών υπηρεσιών και αποφυγής των αρνητικών επιπτώσεων από την διακοπή των παρεχομένων υπηρεσιών, στ) στην παροχή υπηρεσιών μέσα από εταιρικές σχέσεις σε τοπικό επίπεδο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της τοπικής κοινότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ενεργητική συμμετοχή και την κοινωνική συνοχή της τοπικής κοινωνίας, ζ) στην παροχή υπηρεσιών από ειδικευμένους επαγγελματίες, μέσα στα πλαίσια των καλών εργασιακών σχέσεων, η) στην διαφάνεια διαχείρισης θεσμών για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. (Βουγιούκα, 2008)

Στην Ελλάδα, η ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών που αποσκοπούν σε μελλοντική ανάπτυξη και θεσμική κατοχύρωση, προϋποθέτει: 1) επιχειρησιακή λειτουργία και πρακτικές παροχής υπηρεσιών, όπως: α) εισαγωγή συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στο επίπεδο παροχής και παρακολούθησης υπηρεσιών σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, β) βελτίωση δεξιοτήτων και επαγγελματικών ικανοτήτων των εργαζομένων, γ) ενδυνάμωση του ρυθμιστικού ρόλου του κράτους, δ) καθιέρωση προτύπων παροχής υπηρεσιών για βελτίωση ποιότητας, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, 2) ανταπόκριση στις ανάγκες των χρηστών και συντονισμός για: α) την διαμόρφωση περιφερειακής πολιτικής και την εφαρμογή τους, β) την ανάπτυξη σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, δικτύων με δημόσιους και εθελοντικούς φορείς, καθώς και κοινωνικού εταίρους, γ) την αξιοποίηση εθελοντικού δυναμικού, δ) την αξιοποίηση περιφερειακού μηχανισμού. 3) την μελλοντική ανάπτυξη υπηρεσιών: α) δημιουργία μόνιμων υπηρεσιών με σταθερή θεμική μορφή<sup>19</sup>, β) τακτική χρηματοδότηση και εισαγωγή κανόνων απασχόλησης προσωπικού, γ) προετοιμασία μετάβασης από προσωρινές σε μόνιμες δομές για την περίοδο μετά την λήξη των κοινοτικών χρηματοδοτήσεων. 4) την θεσμική κατοχύρωση των υπηρεσιών: α) αποφυγή θεώρησης μίας μοναδικής λύσης ως βέλτιστης για την θεσμική υπόσταση των υπηρεσιών, β) προώθηση ποικίλων θεσμικών λύσεων μεταξύ τοπικής και κεντρικής διοίκησης. (Varelidis, 2000)

---

<sup>19</sup> Όχι με την μορφή πιλοτικών προγραμμάτων.

## 2.3 Εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας

Στην Ελλάδα το εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας είναι κεντρικά κατευθυνόμενο και επικεντρώνεται στην παροχή χρηματικών επιδομάτων, σε παροχές σε είδος, σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες και στην παρέμβαση φορέων του δημόσιου τομέα. Το σύστημα κοινωνικής φροντίδας ή πρόνοιας, αποτελεί έναν από τους τρεις πυλώνες κοινωνικής ασφάλειας, στο οποίο περιλαμβάνεται το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, η προστασία της υγείας και η κοινωνική πρόνοια.

Η προνοιακή κάλυψη παρέχεται από τα κρατικά προγράμματα και από κοινωνικές δραστηριότητες ιδιωτικής πρωτοβουλίας και αφορούν την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης αλλά και την ένταξη των ατόμων σε «δίκτυο ασφάλειας». (Καραγιάννης, 2008)

Το σύστημα κοινωνικής φροντίδας βασίζεται στην αρχή της επικουρικότητας και της εξατομικευμένης φροντίδας. Σύμφωνα, με την αρχή της επικουρικότητας η παρέμβαση των προνοιακών αρχών λαμβάνει χώρα στην περίπτωση που τα άτομα δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες τους ή τίθενται ζητήματα αδυναμίας αυτοπροστασίας<sup>20</sup>. Προϋποθέτει να μην υπάρχει κάλυψη αναγκών από φορείς κοινωνικής ασφάλισης ή από το οικογενειακό περιβάλλον. Η αρχή της εξατομικευμένης παρέμβασης προϋποθέτει παροχές με εξειδίκευση προϋποθέσεων ως προς την μορφή και την έκταση τους. Αφορά συγκεκριμένες προτάσεις και πραγματική ανταπόκριση στις ανάγκες των χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών. Υποχρέωση της υπηρεσίας είναι η αιτιολόγηση αποφάσεων στον καθορισμό των αναγκών, την μορφή και την έκταση της κοινωνικής προστασίας. Με βάση τα παραπάνω, η υλοποίηση κοινωνικών προγραμμάτων σε ένα κράτος δικαίου θα πρέπει να επικαλείται αρχές όπως, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η νομιμότητα, η χρηστή διοίκηση, η αναλογικότητα και η ισοτιμία. (Κρεμάλης, 1991)

Οι φορείς παροχών κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα αφορούν: 1) τις δημόσιες υπηρεσίες σε κεντρικό, περιφερειακό αλλά και σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Η παροχή των υπηρεσιών είναι δωρεάν, με τον δημόσιο τομέα να παρέχει το ελάχιστο επίπεδο οικονομικής βοήθειας για την επιβίωση των ατόμων που στερούνται βασικά αγαθά διαβίωσης. Οι παροχές αφορούν χρηματική ενίσχυση, αγαθά και κοινωνικές υπηρεσίες. 2) ο ιδιωτικός τομέας επεκτάθηκε με την κρίση του κράτους πρόνοιας και την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής ασφάλειας. Λειτουργεί με ιδιωτικά – οικονομικά κριτήρια, με την κάλυψη των δαπανών να γίνεται από τα ίδια τα άτομα ή τις οικογένειές τους. 3) ο εθελοντικός τομέας περιλαμβάνει την εκκλησία, τα

---

<sup>20</sup> Ν.Δ. 57/73, άρθρο 1 παρ.2

φιλανθρωπικά σωματεία, τους μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Δεν ανήκουν στον δημόσιο τομέα και δραστηριοποιούνται σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Σκοπός τους είναι η έκκληση στο ηθικό αίθημα προσφοράς του πάσχοντα συνανθρώπου. 3) τα δίκτυα άτυπη φροντίδας, δεν έχουν νομικό πλαίσιο λειτουργίας και αποτελούν ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης. Ο όρος ανεπίσημη φροντίδα δηλώνει την παροχή υπηρεσιών με αμοιβή. Σημαντική θεωρείται η οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον. 4) κοινοτική φροντίδα (τοπική αυτοδιοίκηση). Ξεκίνησε με την αποασυλοποίηση και συρρίκνωση των ιδρυμάτων κλειστής φροντίδας και περίθαλψης χρόνιων πασχόντων. Η αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι η διανομή και παροχή υπηρεσιών πλησιέστερα στον πολίτη<sup>21</sup>. (Γράβαλου, 2003)

## 2.4 Συμπεράσματα

Η γραφειοκρατική συγκρότηση και το υψηλό κόστος των λειτουργιών του κράτους πρόνοιας προϋποθέτουν την ενίσχυση της φορολογίας για τη χρηματοδότηση των παροχών. Αυτή η διαδικασία αμβλύνει τα κίνητρα για επενδύσεις και εμποδίζει την οικονομική και κατ' επέκταση την κοινωνική ανάπτυξη. Η αδυναμία του κράτους να καταπολεμήσει αποτελεσματικά τη φτώχεια, τις κοινωνικές ανισότητες και να ανταποκριθεί στις κοινωνικές ανάγκες έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση των κοινωνικών ανισοτήτων. Ο καθολικός χαρακτήρας των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των πολιτών και περιορίζεται στην παροχή ικανοποιητικών υπηρεσιών και προγραμμάτων σε αυτούς που πραγματικά έχουν ανάγκη. Το προνοιακό καθεστώς περιορίζει την ικανότητα του ατόμου να διαχειρησθεί το ίδιο ζητήματα που το αφορούν, αντίθετα ενισχύει την εξάρτηση του από τις προνοιακές υπηρεσίες.

Σε αξιακό επίπεδο έχει αμφισβητηθεί η έννοια της αλληλεγγύης και του δικαιώματος του κρατικού παρεμβατισμού σε ζητήματα κοινωνικής φροντίδας. Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι μακροχρόνιες αγκυλώσεις των θεσμών κοινωνικής προστασίας στηρίζονται αφενός στον οικογενειακό θεσμό με τα εκτεταμένα δίκτυα αλληλεγγύης και την εντατική ροή διαγενεακών μεταβιβάσεων και αφετέρου σε ένα πελατειακό τρόπο διανομής των πόρων μέσω των πολιτικών κομμάτων. Στην Ελλάδα το κράτος πρόνοιας συνδέεται με την κυριαρχία των πελατειακών σχέσεων, το σημαντικό ρόλο του οικογενειακού θεσμού, τον υποτυπώδη σχεδιασμό πολιτικών κάλυψης

---

<sup>21</sup> Π.χ παιδικοί σταθμοί, Βοήθεια στο Σπίτι, Κ.Α.Π.Η., Κέντρα Στηριξης Ρομά και Ευπαθών Ομάδων, Κέντρα Κοινότητας.

κοινωνικών αναγκών και τις περιορισμένες πηγές χρηματοδότησης. Τα οικονομικά εμπόδια συνδέονται με την εκτεταμένη παραοικονομία, τον μεγάλο αριθμό αυτοαπασχολούμενων και τη ευρεία φοροδιαφυγή.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **Μέρος Α'**

#### **Ευπαθείς Πληθυσμιακές Ομάδες**

##### **3.1 Εισαγωγή**

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού ταυτίζεται συχνά με την φτώχεια, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι έχει πολυδιάστατο και δυναμικό χαρακτήρα, καθώς συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα στέρησης βασικών αναγκών, το οποίο οδηγεί σταδιακά το άτομο στην κοινωνική περιθωριοποίηση, στην απόκλιση από τα κοινά και στην στέρηση βασικών δικαιωμάτων.

Οι σύγχρονες κοινωνίες είναι πολυπολιτισμικές και περισσότερο πολύπλοκες. Η προσέγγιση συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων απαιτεί προσεκτικές παρεμβάσεις, καθώς υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό και διακρίσεις βάση οικονομικών, εθνικών, θρησκευτικών, φυλετικών και πολιτισμικών κριτηρίων.

Σημαντικές είναι οι σχέσεις κυριαρχίας μεταξύ πλειονότητας και μειονότητας. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των σχέσεων είναι η διάκριση, η καταπίεση, η υποταγή και η κυριαρχία προς την μειονοτική ομάδα. Το κράτος παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαίωνιση των διακρίσεων, μέσα από άνισους νόμους και πολιτικές ή μέσα από την καταπίεση των κοινοτήτων και την κοινωνική - οικονομική υποβάθμιση των μελών ή την καταπάτηση δικαιωμάτων.

##### **3.2 Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες**

Η αρχή κάθε διάκρισης στηρίζεται στην νοηματοδότηση της διαφοροποίησης «μας» από τους «άλλους». Το γεγονός αυτό πραγματοποιείται μέσα από τις διεργασίες κατασκευής «ομάδων», οι οποίες εμπεριέχουν το «εμείς» και οι «άλλοι». Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται συμπεριφορές, επάνω στις οποίες στηρίζονται στερεότυπα και προκαταλήψεις, τα οποία μπορεί να συνδέονται με καθημερινά σχόλια έως και την έκφραση ρατσιστικής συμπεριφοράς.

Οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες<sup>22</sup> δεν έχουν ομοιογενή χαρακτηριστικά μεταξύ τους, αλλά προέρχονται από ποικίλες ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν υψηλότερη έκθεση σε άσχημες συνθήκες διαβίωσης, με αρνητικά αποτελέσματα στην σωματική και κοινωνική υγεία τους. Οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες αντιμετωπίζουν κακή υγεία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, η σημαντική αύξηση του αριθμού τους επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην αύξηση της ζήτησης ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας, δεν έχουν όλα τα άτομα την ίδια πιθανότητα να ανήκουν κάποια στιγμή της ζωής τους σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και δεν χρήζουν όλα της ίδιας ανάγκης. Σημαντικό ρόλο σε αυτό έχει το υποστηρικτικό περιβάλλον και τα χαρακτηριστικά του ατόμου, η ανεργία, η φτώχεια και το μορφωτικό επίπεδο. (Aday, 1994/ Καραμήτρη, 2011)

### 3.3 Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και κοινωνικός αποκλεισμός

Σύμφωνα με τον Ροζανβαλόν (2003), ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί έναν τρόπο περιγραφής των δυσκολιών εφαρμογής της αλληλεγγύης είτε μεταξύ ανθρώπων, είτε μεταξύ κοινωνικών ομάδων στο σύνολο της κοινωνίας. Για να κατανοήσουμε το κοινωνικό τοπίο που έχει διαμορφωθεί, θα πρέπει να κατανοήσουμε την αποσύνθεση των αρχών που συγκροτούν την κοινωνική αλληλεγγύη και την «αποτυχία» της παραδοσιακής αντίληψης περί κοινωνικών δικαιωμάτων, η οποία συμβάλλει στην κατανόηση του ατόμου που βιώνει κοινωνικό αποκλεισμό. (Ροζανβαλόν, 2003)

Το κράτος πρόνοιας είχε συγκροτηθεί προκειμένου να χειρίζεται προβλήματα και κινδύνους που βιώνουν σχετικά ομοιογενείς πληθυσμοί, σε αντίθεση δηλαδή με την σημερινή πραγματικότητα που επιτάσσει την ενασχόληση με άτομα καθένα από τα οποία βιώνει μία ιδιαίτερη κατάσταση. Τα παραδοσιακά «εργαλεία» του κράτους πρόνοιας<sup>23</sup>, σήμερα, δεν επαρκούν διότι δεν είναι εξατομικευμένα. (Ροζανβαλόν, 2003)

Σημαντική θεωρείται η διαφοροποίηση μεταξύ «παλαιών» και «νέων» χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών, ως αποτέλεσμα της απορρύθμισης της οικονομίας. Πλέον, τα κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα, μπορεί να είναι και άτομα που εργάζονται. Επομένως, το κράτος πρόνοιας θα πρέπει να ανταπεξέλθει, όχι μόνο στις ανάγκες των χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών αλλά και στις διευρυνόμενες ανάγκες των αυξανόμενων χρηστών. (Τσουκαλάς, 2006)

---

<sup>22</sup> Κατά την Aday (1993), ως ευπαθείς κοινωνικές ομάδες ορίζονται: «εκείνες οι πληθυσμιακές ομάδες που έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο διαταραχής της σωματικής και της ψυχικής υγείας.»

<sup>23</sup> Π.χ ο ορισμός του πληθυσμού στόχου και η προσαρμογή των παροχών σε αυτόν τον πληθυσμό.

Προκειμένου να μελετηθεί ο κοινωνικό αποκλεισμός, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εντοπισθούν οι συνιστώσες που τον διαμορφώνουν. Μεταξύ αυτών, μπορούν να αναφερθούν:

α) η κοινωνική και γεωγραφική κατανομή του αποκλεισμού, η οποία συνδέεται με την αποτύπωση των δημογραφικών – οικονομικών αλλαγών και την χαρτογράφηση ομάδων που απειλούνται με αποκλεισμό. Μπορεί να ερευνηθεί η κατανομή κινδύνων του αποκλεισμού, ανάλογα με την κοινωνική διαστρωμάτωση, το φύλο και την ιθαγένεια. (Tsakloglou & Papadopoulos, 2002)

β) η συνάρθρωση κυρίαρχων ρόλων σποκλεισμού: Αποτυπώνει την «κατασκευή» του αποκλεισμού, ενώ βασική προτεραιότητα αποτελούν τα αίτια του και πως αυτά συναρθρώνονται με το φιλελεύθερο, συντηρητικό, σοσιαλδημοκρατικό ρόλο του κράτους και των αγορών. Το θεσμικό πλέγμα και οι πρακτικές αντιμετώπισης του αποκλεισμού περιλαμβάνουν την καταγραφή της κατανομής των αρμοδιοτήτων για την αντιμετώπιση του αποκλεισμού από φορείς δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σε τοπική/ περιφερειακή/ εθνική και διεθνής κλίμακα. (Αράπογλου, 2005)

### **3.4 Παράγοντες κοινωνικού αποκλεισμού**

Ενώ η φτώχεια συνδέεται με το εισόδημα, ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν αναφέρεται μόνο σε προβλήματα εισοδήματος ή απασχόλησης, αλλά και στην στέγαση, την εκπαίδευση, την υγεία κ.λ.π. Οι διαδικασίες και οι μηχανισμοί που παραπέμπουν σε κοινωνικό αποκλεισμό δεν μπορούν να αποδοθούν στις προσωπικές αποτυχίες ή στην ανικανότητα των ατόμων που τις βιώνουν. Επίσης, δίνεται έμφαση στις πολιτικές κατευθύνσεις, οι οποίες είναι απόρροια των οικονομικών και κοινωνικών διαδικασιών και μηχανισμών που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό<sup>24</sup>.

Ως βασικοί παράγοντες που συνδέονται με το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, θεωρούνται: α) η υγεία. Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η παθολογική και ψυχολογική υγεία, μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό. β) η οικονομική και βιομηχανική αναδιάρθρωση έχει συμβάλλει στην ανάπτυξη του κοινωνικού αποκλεισμού. Δυσανάλογα έχουν βιώσει και τις επιπτώσεις της ύφεσης, οι

---

<sup>24</sup> Η ελληνική εμπειρία στο θέμα της αποτύπωσης του κοινωνικού αποκλεισμού είναι ελλιπής, καθώς οι διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού που παρουσιάζονται για την χώρα στηρίζονται σε υποθέσεις αντί δεδομένων. Ελάχιστες είναι οι γνώσεις που υπάρχουν τόσο για παλαιότερες όσο και για σύγχρονες μορφές αποστέρησης, τους μηχανισμούς, τις διαδικασίες ή το δημογραφικό προφίλ με το οποίο συνδέονται.

ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες<sup>25</sup> με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. γ) η μετανάστευση συμβάλλει, επίσης, στον κοινωνικό αποκλεισμό. Οι πρόσφατες γεωπολιτικές εξελίξεις έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην εισροή μεταναστών σε διάφορες χώρες, ιδιαίτερα της Ε.Ε. δ) οι μεταβολές της συνοχής του διαπροσωπικού δικτύου λόγω των αλλαγών στις οικογενειακές δομές, στις αξίες και στις αντιλήψεις. Βέβαια, οι διαδικασίες του κοινωνικού αποκλεισμού διαφέρουν τόσο μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. όσο και στο εσωτερικό της κάθε χώρας. (Τζανέτος, 2006)

Οι καταστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού διαφέρουν ως προς την μορφή, την ποικιλία και την έκτασή τους. Η εμπειρία φορέων που έχουν ασχοληθεί με τον κοινωνικό αποκλεισμό σε τοπικό επίπεδο, ανέδειξε τα ακόλουθα κοινά χαρακτηριστικά: την έλλειψη της δυνατότητας άσκησης των κοινωνικών δικαιωμάτων του ατόμου, την κακή εικόνα που έχουν τα άτομα για τον εαυτό τους, τον βαθμό ανταπόκρισης στις υποχρεώσεις τους, τον στιγματισμό (ατόμων ή/και περιοχών) και τον κίνδυνο μονιμοποίησης των αναγκών ενίσχυσης. (Τζανέτος, 2006)

### **3.5 Πολιτικές καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού**

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αφορά φαινόμενα που προέρχονται από διαφορετικά ιστορικά και κοινωνικά πλαίσια και διαφορετικά δομικά αίτια. Τα αίτια της φτώχειας διαφοροποιούνται από αυτά του ρατσισμού, των μονογονεϊκών οικογενειών, των ατόμων με αναπηρίες, των μειονοτήτων κ.λ.π. Η διαχείριση αυτών των σύνθετων προβλημάτων δεν είναι εφικτή μέσα από την λογική της προσαρμογής των ατόμων στο λειτουργικό περιβάλλον της κοινωνίας ή εστιάζοντας στις μειονεξίες των ατόμων. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η εκτεταμένη χρήση γενικών κατηγοριοποιήσεων, όπως ευάλωτες ή ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, παρήγαγαν νέους αποκλεισμούς και διαχωρισμούς.

Η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού σε σχέση με το πεδίο δράσης του έχει τρεις άξονες: α) την άνιση διανομή των πηγών και του πλούτου που επεκτείνονται σε δίκτυα που πρέπει να συγκροτηθούν σε διεθνές επίπεδο για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Το δικαίωμα του κάθε πολίτη για ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης, κοινωνικής ασφάλειας, αξιοπρεπούς ζωής μπορεί να υποστηρίξει τη αναγκαιότητα της

---

<sup>25</sup> Π.χ. την ανεργία, τις αλλαγές στα μισθολογικά δεδομένα και την αβεβαιότητα της κοινωνικής προστασίας.

ενίσχυσης της εθνικής προσπάθειας και της διεθνούς συνεργασίας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος. (Korayem - Petmezidou 1996, Townsend 2002)

β) σε εθνικό επίπεδο, στα πρότυπα της ανάπτυξης των οργανωτικών δομών και της ενδυνάμωσης ή αποδυνάμωσης κοινωνικών ομάδων που διεκδικούν κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα. Οι κυβερνήσεις εκπονούν εθνικά προγράμματα δράσης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού με στόχο την ευρύτερη κοινωνική συμμετοχή και την άμβλυνση των αντιθέσεων και των περιφερειακών ανισοτήτων, γ) οι αξίες και οι στρατηγικές της κοινότητας σε τοπικό επίπεδο, η ενίσχυση της αποκέντρωσης των προνοιακών λειτουργιών στην περιφέρεια στο πλαίσιο των σύγχρονων θεωριών του προνοιακού πλουραλισμού. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η ανάγκη της δημιουργίας τοπικών συνεργασιών μεταξύ κρατικών οργανισμών, κοινωνικών φορέων, μη κερδοσκοπικών οργανισμών για την αντιμετώπιση κοινωνικών κινδύνων<sup>26</sup>. (Ρομπόλης, 1999)

### **3.6 Δίκτυα κοινωνικής προστασίας σε τοπικό επίπεδο**

Η αποκέντρωση των δομών κοινωνικής προστασίας είναι ένα εγχείρημα το οποίο προάγει την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας. Ωστόσο, οι προβληματισμοί που υπάρχουν συνδέονται επικράτηση τοπικιστικών στρατηγικών και πελατειακών σχέσεων. Στο πλαίσιο της τοπικής κοινωνίας υπάρχουν δυνατότητες για συστηματική καταγραφή και ανάδειξη των αναγκών των πολιτών, με βάση την οποία θα σχεδιασθούν δράσεις και προγράμματα που θα καλύπτουν κοινωνικές ανάγκες. Για την υλοποίηση του σχεδιασμού πρέπει να συντρέξουν προϋποθέσεις, όπως: α) ύπαρξη θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου που να ενισχύει την αποκεντρωμένη εξουσία και να δίνει δυνατότητες λήψης αποφάσεων σε περιφερειακό ή/και τοπικό επίπεδο, β) ενίσχυση μεταφοράς πόρων από το κεντρικό στο τοπικό κράτος με παράλληλη συγκρότηση μηχανισμών συγκέντρωσης εσόδων για την παροχή υψηλής ποιότητας κοινωνικών υπηρεσιών, γ) δημιουργία ή ενίσχυση του υπάρχοντος κοινωνικού κεφαλαίου της τοπικής κοινωνίας, δηλαδή μία πλατφόρμα γνώσης, αξιών, κανόνων και κοινωνικών δικτύων που αναπτύσσονται σε μια κοινωνία και διευκολύνουν την ανάληψη συλλογικών δράσεων, τη συγκρότηση οργανώσεων και τη συσσώρευση κοινωνικών αγαθών. (Murray, 2000)

---

<sup>26</sup> Όπως είναι η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια.

Η διαμόρφωση σε τοπικό επίπεδο ενός παρεμβατικού μηχανισμού παροχής κοινωνικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι απαραίτητη καθώς στο πλαίσιο λειτουργίας της τοπικής κοινότητας μπορεί να αξιολογηθεί με συστηματικό τρόπο η έκταση και τα χαρακτηριστικά των προβλημάτων και κατά συνέπεια η δυνατότητα σχεδιασμού, οργάνωσης και εφαρμογής τοπικών δράσεων/προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας. Το δίκτυο μπορεί να οργανωθεί σε κάθετο και οριζόντιο άξονα. Ο κάθετος άξονας επιτρέπει την επικοινωνία και τη συνεργασία υπηρεσιών που βρίσκονται στο επίπεδο της πόλης ή της κοινότητας με περιφερειακούς, εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς. Η λειτουργία δικτύων κρίνεται καθοριστικής σημασίας για την τοπική κοινωνία καθώς ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων επιβάλλει την συνεργασία μεταξύ δικτύων, μέσα από τα οποία ο τοπικός χώρος θα μπορέσει να απορροφήσει πόρους, εμπειρία, τεχνογνωσία και διαφορετική νοοτροπία. Η σύνδεση των τοπικών υπηρεσιών με την κεντρική διοίκηση, για την υλοποίηση ενός εθνικού κοινωνικού σχεδιασμού αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού, μπορεί να διασφαλίσει ένα πλέγμα δράσεων που θα καλύπτει βασικές ανάγκες και να περιορίζει την εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική με βάση τοπικιστικά και πελατειακά κριτήρια. (Ζαϊμάκης, 2005)

Στον οριζόντιο άξονα είναι απαραίτητο ένα δίκτυο σταθερής συνεργασίας των τοπικών υπηρεσιών, τα οποία μπορούν να διαχωρισθούν σε τρία επιμέρους παράλληλα επίπεδα. Στο πρώτο, παρέχει υπηρεσίες με συντονιστική αρμοδιότητα μια κεντρική περιφερειακή κοινωνική υπηρεσία, η οποία αφενός συνδέεται με τις κοινωνικές υπηρεσίες σε επίπεδο δήμου και αφετέρου με ένα δίκτυο προγραμμάτων για ζητήματα απασχόλησης, κατάρτισης και καταπολέμησης της ανεργίας. Σε αυτό το επίπεδο παρέχονται τα απαραίτητα εργαλεία στις κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες<sup>27</sup> για τη διαχείριση των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων. Σε δεύτερο επίπεδο συγκροτείται ένα δίκτυο συνεργασίας μεταξύ εξειδικευμένων υπηρεσιών και προγραμμάτων που αφορούν το παιδί, την οικογένεια, τους μετανάστες, την τρίτη ηλικία, τη ψυχική υγεία και τα άτομα με αναπηρίες. Οι υπηρεσίες αυτές δραστηριοποιούνται στην λογική πρόληψης, έχουν αναπτυξιακό χαρακτήρα, και συμβάλλουν στην καταπολέμηση του στιγματισμού των χρηστών των κοινωνικών υπηρεσιών<sup>28</sup>. Σε τρίτο επίπεδο, περιλαμβάνεται το

---

<sup>27</sup> Ως τέτοιες υπηρεσίες αναφέρονται ο ΟΑΕΔ, γραφεία εξυπηρέτησης απασχόλησης του πολίτη στους Δήμους, τα Ευρωπαϊκά προγράμματα με στόχο την απασχόληση/κοινωνική ένταξη και εκπαίδευση.

<sup>28</sup> Π.χ. οι υπηρεσίες για την οικογένεια και το παιδί οφείλουν να κατευθύνουν τις δράσεις τους στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την εφαρμογή προγραμμάτων συμβουλευτικής ενημέρωσης και

υποστηρικτικό δίκτυο αντιμετώπισης προβλημάτων και καταστάσεων κρίσης<sup>29</sup>. Η συγκρότηση του δικτύου αποτελεί χρήσιμο εργαλείο διαχείρισης προβλημάτων την κοινωνική ένταξη. (Ζαϊμάκης, 2005)

Η διαμόρφωση ολοκληρωμένου δικτύου παρεμβάσεων σε τοπικό επίπεδο μπορεί να υλοποιηθεί σε επίπεδο δήμου ή περιφέρειας, με βασικό πλεονέκτημα ότι μπορεί να υπάρξει κεντρικός σχεδιασμός και συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών και προγραμμάτων, όπως επίσης και ένας οργανωτικός μηχανισμός που να διαθέτει εμπειρία παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες και να είναι σε θέση καθορίσει προτεραιότητες στις παρεμβατικές δράσεις και στην διάθεση κονδυλίων. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι μεταξύ των προβλημάτων ενός τέτοιου δικτύου περιλαμβάνονται οι δυσκολίες συντονισμού υπηρεσιών και προγραμμάτων, η έλλειψη γνώσης των αναγκών των πολιτών, ο κίνδυνος της γραφειοκρατικοποίησης των λειτουργιών του συστήματος και ο βαθμός εξάρτησης από την κεντρική εξουσία.

(Ζαϊμάκης, 2005)

---

ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των οικογενειών. Μέσα σε αυτό το ευρύτερο πλαίσιο διαμορφώνουν σχέδιο δράσης για τη διαχείριση των προβλημάτων των οικογενειών σε κατάσταση κρίσης.

<sup>29</sup> Σε αυτό περιλαμβάνονται οι κοινωνικοί και ψυχιατρικοί ξενώνες, οι οίκοι ευγηρίας, οι θεραπευτικές κοινότητες, οι κοινότητες ανώνυμων αλκοολικών, τα εναλλακτικά προγράμματα κοινότητας του δρόμου και οι κινητές μονάδες στήριξης ευάλωτων ομάδων στην κοινότητα.

## Μέρος Β'

### Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και υγεία

#### 3.7 Η υγεία ως δικαίωμα

Η διακήρυξη της Alma-Ata (1978), έθεσε την στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000», η οποία υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Unicef. Μέχρι σήμερα, αποτελεί το σημαντικότερο σημείο ανάπτυξης της παροχής σύγχρονων υπηρεσιών υγείας, της καταπολέμησης των ανισοτήτων στην υγεία, της ικανοποίησης των αναγκών υγείας μέσα από την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση, όπως επίσης και της συμμετοχής της κοινότητας στην λήψη αποφάσεων. (Φιλαλήθης, 2008/ World Health Organization, 1981).

Με βάση την διακήρυξη της Alma – Ata (1978), θεμελιώδης αρχή για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί η προσέγγιση της «υγείας» ως κοινωνικό δικαίωμα, γεγονός που δηλώνει την υποχρέωση της ενιαίας και συνεχούς κάλυψης των αναγκών υγείας όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από κοινωνικά/ θρησκευτικά/ οικονομικά και φιλετικά χαρακτηριστικά. Με την διακήρυξη αναδείχθηκε η σημαντικότητα της πρόληψης - αγωγής υγείας, καθώς και της συμμετοχής του πολίτη ή/και της κοινότητας στην αντιμετώπιση της νόσου και στην βελτίωση/ διατήρηση του επιπέδου υγείας. (Μπένος, 1999/ Werner & Sanders, 1997)

Επίσης, στην συνθήκη του Άμστερνταμ<sup>30</sup>, επιδιώκεται να συμπεριληφθεί στην κοινοτική πολιτική, η μέριμνα για ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας. Η δράση σε κοινοτικό επίπεδο οφείλει να συνοδεύει τις εθνικές πρωτοβουλίες των κρατών μελών της Ε.Ε., ενώ η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δεσμεύεται και ενθαρρύνει την συνεργασία ανάμεσα στα κράτη – μέλη.

Για τους πολίτες της ελληνικής επικράτειας, το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα και τελεί υπό την φροντίδα του Κράτους, το οποίο λαμβάνει και υλοποιεί όλα τα αναγκαία μέτρα για την προάσπιση της υγείας. Συγκεκριμένα, με βάση το άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος, για τα «κοινωνικά δικαιώματα», ο πολίτης αξιώνει από το κράτος να επεμβαίνει και να του παρέχει βασικά

---

<sup>30</sup> Άρθρο 152



βιοτικά αγαθά με μοναδικό κριτήριο την κοινωνική δικαιοσύνη. Συγκεκριμένα, προβλέπεται ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη απόρων». (Τζανέτος, 2006)

Τέλος, στην ελληνική έννομη τάξη με βάση το προεδρικό διάταγμα 95/2000<sup>31</sup>, ορίζεται ο υπεύθυνος κρατικός φορέας υλοποίησης της προστασίας του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο διάταγμα, τίθεται ως αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, η προστασία της υγείας και η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, δηλαδή η ελεύθερη πρόσβαση χωρίς διακρίσεις ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του ατόμου. (Τζανέτος, 2006)

### **3.8 Η υγεία των χωρών της Ε.Ε.**

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το παρόν εφαρμοσμένο κράτος υγείας και πρόνοιας, έχει την σημασία της θεσμικής και συλλογικής οντότητας. Από την οπτική μεριά των ευρωπαϊκών κρατών υγείας και πρόνοιας, εξακολουθεί να υπάρχει ένα πλέγμα εξαρτήσεων που διοργανώνεται εν μέρει από μία ιεραρχική δομή. Τα Ευρωπαϊκά κράτη, θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις νέες κοινωνικές ανάγκες που διαμορφώνονται, οι οποίες δεν συνδέονται μόνο με οικονομικά προβλήματα, αλλά και με την δέσμευση που έχει το άτομο προς την οικογένεια, και του βαθμού επιρροής που επιφέρει η αλλαγή του τρόπου ζωής του. (Bahle, 2008)

#### **3.8.1. Πρωτοβάθμια κάλυψη υγείας χωρών της Ε.Ε.**

- Σουηδικό σύστημα υγείας: υπάρχει ένα καλά ανεπτυγμένο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται από εγγύτητα, προσβασιμότητα, ποιότητα, συνοχή και ασφάλεια. Με την νομοθεσία του Health and Medical Act (1982) και την μεταρρύθμιση του Dagmar (1985), η τοπική αυτοδιοίκηση<sup>32</sup> έχει σημαντική εξουσία στην άσκηση της Π.Φ.Υ.<sup>33</sup> στην περιοχή ευθύνης της. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

---

<sup>31</sup> Φ.Ε.Κ. 76/Α'/ 10-3-2000

<sup>32</sup> Δήμοι και Περιφέρειες

<sup>33</sup> Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

παρέχονται από 1200 κέντρα υγείας<sup>34</sup>, με την αντιστοιχία γενικού ιατρού 1: 2500 κατοίκους. Με βάση τον νόμο Family Doctor Act (1994), κάθε ασθενής επιλέγει τον οικογενειακό του ιατρό, εντός της περιοχής ευθύνης του νομαρχιακού συμβουλίου που ανήκει. (Μωραΐτης και συν.1995/ Hanning, 1996 )

Η παραπομπή ασθενών γίνεται από γενικούς ιατρούς σε ειδικούς ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα ή νοσοκομεία. Στα περισσότερα νομαρχιακά συμβούλια, η παροχή υπηρεσιών υγείας για πολίτες < 20 ετών είναι δωρεάν. (Glennard et all, 2005)

Από την 1/11/2005, ισχύει ο κανόνας «0-7-90-90», δηλαδή άμεση επαφή/ μηδενική καθυστέρηση με το σύστημα Π.Φ.Υ., επίσκεψη στον γενικό ιατρό εντός 7 ημερών, σε ειδικό ιατρό εντός 90 ημερών και αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας όχι μεγαλύτερη των 90 ημερών. (Toth, 2010)

- Βρετανικό σύστημα υγείας<sup>35</sup>: Το σύστημα υγείας της Βρετανίας, στηρίζεται στον θεσμό των οικογενειακών ιατρών<sup>36</sup>, οι οποίοι ασκούν τον έλεγχο στην χρήση των υπηρεσιών υγείας κατευθύνοντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης. Αφενός παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και αφετέρου αγοράζουν υπηρεσίες β'βάθμιας φροντίδας υγείας από τα νοσοκομεία, με βάση συμβόλαια αποζημίωσης. Ο πληθυσμός επιλέγει τον γενικό ιατρό που επιθυμεί και καλύπτει διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (W.H.O.,1999/Lister, 2008)

Το 2002, δημιουργήθηκαν οι «σύνδεσμοι» πρωτοβάθμιας φροντίδας<sup>37</sup>, καθένας εκ των οποίων περιλαμβάνει το σύνολο των ιατρείων της περιοχής ευθύνης, σε 170.000 κατοίκους. Ελέγχουν το 75% του προϋπολογισμού του NHS, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και η αγορά όλων των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών της περιοχής. (Pollock et all, 2004/Green et all, 2007/ Department of Health, 2002)

- Ελληνικό σύστημα υγείας: Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία για την Π.Φ.Υ.<sup>38</sup>, προβέπεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού τόσο ως απασχολούμενου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, όσο και ως συμβεβλημένου συνεργάτη. Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού είναι ελεύθερη, όπως επίσης ελεύθερη είναι και η παραπομπή σε άλλη ειδικότητα ή βαθμίδα του συστήματος υγείας. Με βάση την νομοθεσία, ο

<sup>34</sup> Εκ των οποίων τα 300 είναι ιδιωτικά

<sup>35</sup> National Health System, NHS

<sup>36</sup> Είναι ιδιώτες ιατροί, οι οποίοι εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή ορισμένοι σε ομαδική βάση.

<sup>37</sup> Τα Primary Care Trust, που αντικατέστησαν τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, στις διοικούσες επιτροπές των οποίων συμμετείχαν fund holders που παρείχαν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές. (Wilkin et all, 2001)

<sup>38</sup> Νόμοι: 1397/83,2194/94, 2519/97 και 3235/94.

οικογενειακός ιατρός είναι υπεύθυνος για 1800 - 2500 άτομα > 14ετών και άνω ή 1200 – 2000 παιδιά. (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012)

Σημείωση: Σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να αναφερθεί για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, είναι οι συχνές νομοθετικές ρυθμίσεις που αλλάζουν την λειτουργία της Π.Φ.Υ. Επίσης, επί της ουσίας ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού δεν λειτούργησε στην πράξη, ενώ σημαντικές ελλείψεις συνδέονται με το σύστημα παραπομπής στα Κέντρα Υγείας/ Νοσοκομεία ή σε ειδικούς ιατρούς. (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012)

Σύμφωνα με τα παραπάνω στην Ελλάδα, εν αντιθέση με την Βρετανία και την Σουηδία, δεν υπήρξε διαχρονικά μία ενιαία, σταθερή και συνεπής πολιτική με καθορισμένους στρατηγικούς στόχους για την Π.Φ.Υ., γεγονός αρνητικό για την ανάπτυξη της στην χώρα.

### **3.9 Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και υγεία**

Μεγάλο μέρος από τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας αποδίδεται στις δαπάνες για την υγεία, που θεωρούνται μια από τις σημαντικότερες παθογένειες της δημοσιονομικής πολιτικής. Οι παράγοντες που οδήγησαν στη συνεχή διόγκωση των υγειονομικών δαπανών σχετίζονταν με την έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών στις συνταγογραφήσεις, στη διακίνηση φαρμάκων, στην κοστολόγηση του ιατρικού τεχνολογικού εξοπλισμού και των διαγνωστικών εξετάσεων, στην έλλειψη μηχανοργάνωσης και διπλογραφικών λογιστικών συστημάτων στα νοσοκομεία. Η φαρμακευτική δαπάνη, εντάσσεται στις δαπάνες για την υγεία, η οποία, ειδικότερα στην Ελλάδα, αποτελεί πεδίο λήψης μέτρων εξοικονόμησης χρημάτων, στο πλαίσιο της δημοσιονομικής προσαρμογής. (Matsaganis, 2011)

Οι χώρες του μεσογειακού μοντέλου χαρακτηρίζονται από την μη ισόρροπη παροχή προστασίας στους πιθανούς κινδύνους, ενώ ταυτόχρονα οι κρατικοί θεσμοί υποχωρούν σε κυβερνητικές πιέσεις, με αποτέλεσμα να σχηματίζονται μηχανισμοί «πατρωνίας» για τη διανομή χρηματικών επιδοτήσεων. Τα κενά τα οποία δημιουργούνται επιχειρεί να καλύψει ένα άτυπο δίκτυο φροντίδας που εκπροσωπείται από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. (Μπούτσιου – Σαράφης, 2013)

Οι άνθρωποι από χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες νοσηρότητας ή αναπηρίας, ενώ προκύπτει ότι έχουν μικρότερη διάρκεια ζωής. Αυτό συνδέεται με την μείωση του προσδόκιμου ζωής και την αύξηση της

νοσηρότητας που οφείλεται στην αλλαγή της κοινωνικής - οικονομικής κατάστασης του ατόμου. Πολλές μελέτες, κυρίως στη Βρετανία, έχουν ερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι παράγοντες συνδέονται με τον τρόπο ζωής των ατόμων από διαφορετικές κοινωνικό - οικονομικές ομάδες, με επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, έλλειψη κοινωνικής δικτύωσης και εργασίας. Η ικανότητα των ατόμων που προέρχεται από χαμηλότερες κοινωνικό - οικονομικές ομάδες να επωφεληθούν από υπηρεσίες υγείας<sup>39</sup>, ποικίλλει ακόμη και στις περιπτώσεις που υπάρχει καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. (Power, 1994)

### **3.9.1 Επιπολασμός ασθενειών και ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες**

- Οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο στην υγεία τους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης μειώνονται οι κοινωνικές δαπάνες, με αποτέλεσμα η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας να μειώνεται με άμεση επίπτωση στην αναπηρία, στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και στην θνησιμότητα των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων. (Levy, 2006)
- Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, στην πρώην Σοβιετική Ένωση, σε περίοδο ακμής της οικονομικής ύφεσης εμφανίστηκε σημαντική αύξηση του ποσοστού διφθερίτιδας και αύξηση σχολικής διαρροής. (Vitek & Wharton, 1998 )
- Σε χώρες όπως οι Η.Π.Α., στις οποίες η ασφαλιστική κάλυψη συνδέεται άμεσα με την εργασία: α) οι υψηλοί δείκτες ανεργίας συνδέονται άμεσα με τους υψηλούς δείκτες ανασφάλιστου πληθυσμού, β) η έλλειψη στέγης οδηγεί στην έκθεση της υγείας του ατόμου με την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσεως, γ) η συστέγαση παραπάνω ατόμων κάτω από μία στέγη, μπορεί να οδηγήσει στην μετάδοση ασθενειών και στην αύξηση των επιπέδων άγχους. (Kai – Lit,2011)
- Επίσης, έρευνες έχουν δείξει την άμεση επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο υποσιτισμό, στην εμβολιαστική κάλυψη, στην ψυχική υγεία, την χρήση ουσιών, αλκοόλ και φαρμάκων, καθώς και στην σύνδεση που υπάρχει μεταξύ ανεργίας και ενδοοικογενειακής βίας. (Mac Cue, 2007/ Mac Vean, 2009/Murphy & Atahanasou, 1999/ Duffy, 2010)

---

<sup>39</sup> Τόσο προληπτικά όσο και θεραπευτικά.

### 3.10 Συμπεράσματα

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια έννοια κλειδί για τους σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής, οι οποίοι προσπαθούν να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τις σύνθετες διαδικασίες πόλωσης της κοινωνίας και θέτουν στο περιθώριο της κοινωνικής - οικονομικής ζωής ένα μεγάλο αριθμό ατόμων.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν εξισώνεται με τη φτώχεια αλλά παραπέμπει στη διαδικασία της κοινωνικής αποσύνθεσης, στην αίσθηση της προοδευτικής ρήξης ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία εξ αιτίας των επιδράσεων δυσμενών κοινωνικών αλλαγών, όπως είναι η μακροχρόνια ανεργία, η αδυναμία των νέων να εισέλθουν στην αγορά εργασίας, η οικογενειακή αστάθεια, τα προβλήματα των απομονωμένων μονογονεϊκών νοικοκυριών και η αυξανόμενη παραβατική συμπεριφορά στις υποβαθμισμένες περιοχές.

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται με τον περιορισμό των κοινωνικών δικαιωμάτων. Ο όρος συνδέεται με ένα βασικό επίπεδο διαβίωσης και τη συμμετοχή σε βασικούς κοινωνικούς θεσμούς και ευκαιρίες απασχόληση. Οι πρακτικές αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού αποτέλεσαν μέρος ενός ευρύτερου σχεδιασμού αναδιαμόρφωσης της αγοράς εργασίας και ανασυγκρότησης του κοινωνικού κράτους.

Η διαχείριση των σύνθετων προβλημάτων δεν είναι εύκολο να γίνει μέσα από την ομπρέλα των προγραμμάτων του κοινωνικού αποκλεισμού τα οποία βασίζονται στη λογική της προσαρμογής των ατόμων στο περιβάλλον και εστιάζονται στα άτομα και τις τυχόν μειονεξίες τους. Παράλληλα, η εκτεταμένη χρήση γενικών κατηγοριοποιήσεων, όπως είναι οι αναφορές στις ευάλωτες ή στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες παρήγαγαν σε συμβολικό επίπεδο νέους αποκλεισμούς και διαχωρισμούς.

Οι οικονομικές και οι κοινωνικές ανακατατάξεις σε συνδυασμό με τις δημογραφικές μεταβολές θέτουν υπό αμφισβήτηση το υφιστάμενο οικοδόμημα του κράτους-πρόνοιας, αφού τα υπάρχοντα συστήματα κοινωνικής προστασίας αδυνατούν να προσαρμοστούν. Στην Ελλάδα, το κοινωνικό κράτος συρρικνώνεται, με τον περιορισμό των κοινωνικών δαπανών για παροχή υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευση, επιδόματα και κοινωνικής ασφάλειας. Η ανεξέλεγκτη αύξηση της κοινωνικής δαπάνης στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2000–2009 ήταν αποτέλεσμα πελατειακών σχέσεων και όχι αποτέλεσμα ενός ορθολογικού σχεδιασμού με στόχο την κοινωνική προστασία κοινωνικά ευπαθών ομάδων. Έτσι, με την είσοδο της Ελλάδας στην οικονομική κρίση αποδείχθηκε

ότι δεν υπάρχει δίκτυο κοινωνικής προστασίας που θα στήριζε ανέργους, χαμηλοσυνταξιούχους, φτωχές οικογένειες, νεοεισερχόμενους στην αγορά εργασίας, ηλικιωμένους κ.λ.π. Μεγάλο μερίδιο από των δαπανών κοινωνικής προστασίας αποτελούν οι δαπάνες για την υγεία. Οι παράγοντες που οδήγησαν στη συνεχή διόγκωση των υγειονομικών δαπανών σχετίζονταν με την έλλειψη ελεγκτικών μηχανισμών στις συνταγογραφήσεις, στη διακίνηση φαρμάκων, στις τιμές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και διαγνωστικών εξετάσεων, στην έλλειψη μηχανοργάνωσης και διπλογραφικών λογιστικών συστημάτων στα νοσοκομεία.

Ωστόσο, όπως αναφέρει και ο Esping-Andersen, τα κράτη αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους, έχουν τις ίδιες ανάγκες και θα προχωρήσουν σε κάποιες επιλογές. Το βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας είναι ο τρόπος κατανομής της ευθύνης στους τρεις βασικούς πυλώνες της πρόνοιας, οι οποίοι είναι η αγορά, η οικογένεια και το κράτος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### **Στοιχεία της έρευνας για την πρόσβαση των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων στις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου Ξάνθης.**

#### **4.1 Στόχοι και ερωτήματα της έρευνας.**

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της πρόσβασης των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων στις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου Ξάνθης. Οι επιμέρους στόχοι που μελετώνται είναι: 1) η χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών και οι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται, 2) το είδος των υπηρεσιών που θεωρούν οι πολίτες ότι είναι σημαντικές για τον Δήμο Ξάνθης, 3) η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής με τα αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και την πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες.

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία επικεντρώθηκε σε ερωτήματα όπως:

- Ποια προβλήματα αντιμετωπίζουν οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες του Δήμου Ξάνθης.
- Ο βαθμός χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών και η αντίληψη για τις κοινωνικές υπηρεσίες.
- Η επίδραση των κοινωνικο - δημογραφικών χαρακτηριστικών στην χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών.

#### **4.2 Μεθοδολογία και δειγματοληψία της έρευνας**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2016 έως και την 31<sup>η</sup> Ιουλίου 2016.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα είναι κάτοικοι του Δήμου Ξάνθης, οι οποίοι προσέρχονται στα Κ.Ε.Π, ηλικίας άνω των 18 ετών, έχουν καλό λεκτικό επίπεδο έτσι ώστε να κατανοούν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και επιθυμούν την οικιοθελή συμμετοχή τους στην έρευνα.

Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί για τον σκοπό της έρευνας και έλαβαν διαβεβαιώσεις για την τήρηση της ανωνυμίας και του απορρήτου της διαδικασίας. Το σύνολο της διαδικασίας πραγματοποιήθηκε από την φοιτήτρια, γεγονός που μείωνε σημαντικά την πιθανότητα διαρροής πληροφοριών. Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε είναι η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων ήταν επί τόπου, η συμπλήρωση έγινε από την συνεντεύκτρια με παροχή διευκρινήσεων για την ορθή συμπλήρωση των ερωτήσεων. Κατεβλήθει προσπάθεια προκειμένου τα άτομα να προέρχονται από διαφορετικά νοικοκυριά έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα μέλη της ίδιας οικογένειας να συμμετέχουν στην έρευνα.

Συνολικά έλαβαν μέρος στην έρευνα 100 άτομα. Το σύνολο των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε στα Κ.Ε.Π. του Δήμου Ξάνθης, στο οποίο προσέρχονταν τα άτομα για θέματα που τους απασχολούσαν. Η επιλογή του χώρου διευκόλυνε στην επαφή της ερευνήτριας με τα άτομα, καθώς ο συγκεκριμένος χώρος αποτελεί σημείο αναφοράς για τα άτομα προκειμένου να απευθυνθούν για τις ανάγκες τους.

### **4.3 Ερωτηματολόγιο**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική μελέτη περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου, με προπαρασκευασμένες απαντήσεις. Περιλαμβάνει τρεις ενότητες, α) Στην 1<sup>η</sup> αναφέρονται τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία (A1 – A22), β) στην 2<sup>η</sup> ενότητα αναφέρεται η χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών (B23 – B34), και γ) στην 3<sup>η</sup> ενότητα γίνεται αναφορά στην πληροφόρηση και την ικανοποίηση από την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου Ξάνθης (B35 –B38).

Οι ερωτήσεις της πρώτης ενότητας (A1-A22) αφορούν κοινωνικο - δημογραφικά στοιχεία όπως: το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, η ασφάλιση, η θέση στην οικογένεια, ο αριθμός παιδιών, ο τόπος διαμονής. Στην δεύτερη ενότητα, οι ερωτήσεις (B23-B34) αφορούν την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, επικεντρώνονται στην συχνότητα επισκέψεων στις κοινωνικές υπηρεσίες, το είδος των υπηρεσιών, την ειδικότητα του επαγγελματία, την λήψη φαρμάκων, την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος. Οι υποερωτήσεις B34 αφορούν τις απόψεις των ατόμων σχετικά με την ικανοποίηση τους από τις κοινωνικές υπηρεσίες υπηρεσίες, τις διακρίσεις, το αίσθημα ντροπής, την δυσκολία στην αγορά αγαθών και το ενδιαφέρον των υπηρεσιών. Στην



τρίτη ενότητα, οι ερωτήσεις επικεντρώνονται στον τρόπο ενημέρωσης και στον βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Δήμου, καθώς και στον βαθμό σημαντικότητας των δραστηριοτήτων των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου.

#### **4.4 Στατιστική Ανάλυση**

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0. Για την εκτίμηση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών στην χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ  $\chi^2$ .

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **Αποτελέσματα της έρευνας**

#### **5.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δεδομένα και τα αποτελέσματα της έρευνας. Συγκεκριμένα, αναφέρονται:

- Η περιγραφική ανάλυση του δείγματος.
- Το επίπεδο χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Η συσχέτιση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού με την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Η συσχέτιση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

#### **5.2 Κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

Ο πληθυσμός του Δήμου Ξάνθης εκτιμάται στα 56.151 άτομα<sup>40</sup>, επομένως ο αριθμός των 100 ερωτηματολογίων αντιστοιχεί στο 0,17% του πληθυσμού που κατοικεί στον Δήμο Ξάνθης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 49% είναι άνδρες και το 51% είναι γυναίκες. Όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση φαίνεται πως το 19% του δείγματος είναι άγαμοι, το 73% είναι έγγαμοι, το 7% είναι διαζευγμένοι – χήροι και 1% αρραβωνιασμένοι.

Σχετικά με την θέση των ατόμων στην οικογένεια, το 58% έχουν την θέση του πατέρα ή η μητέρα, το 23% είναι ο/η σύζυγος, το 5% είναι ο παππούς/ γιαγιά ή άλλο συγγενικό πρόσωπο και το 14% έχει την θέση του τέκνου της οικογένειας. Το 6% του δείγματος έχει πέντε παιδιά και άνω, το 9% έχει τέσσερα παιδιά, το 17% έχει τρία παιδιά, το 35% όσοι έχει δύο παιδιά, το 17% έχουν ένα παιδί και το 16% δεν έχει παιδιά.

Στο ποσοστό των αναλφάβητων φαίνεται ότι το 24% δεν γνωρίζει ανάγνωση και το 25% δεν γνωρίζει γραφή. Όσο αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 22% δεν έχει πάει

---

<sup>40</sup> Στοιχεία απογραφής 2012

καθόλου σχολείο, το 2% δημοτικό σχολείο χωρίς να το ολοκληρώσει, το 8% είναι απόφοιτοι δημοτικού, επίσης 8% έχει προχωρήσει στο γυμνάσιο χωρίς να το τελειώσει, το 16% είναι απόφοιτοι γυμνασίου και σε ανώτερες σπουδές έχει προχωρήσει το 44% του δείγματος.

Η μη σταθερή εργασία του δείγματος είναι σε ποσοστό 57%, ενώ η επαγγελματική απασχόληση αφορά τις αγροτικές εργασίες σε ποσοστό 2%, τους τεχνίτες/εργάτες/δημόσιους-δημοτικούς υπαλλήλους σε ποσοστό 10%, ελεύθερους επαγγελματίες 11%, συνταξιούχοι/οικιακά 24%, σε ποσοστό 43% είναι οι άνεργοι/μη ικανοί για εργασία και 10% αναφέρουν «άλλο» ως επαγγελματική απασχόληση.

Το δείγμα προέρχεται σε ποσοστό 18% από το ανατολικό δημοτικό διαμέρισμα, σε ποσοστό 27% από το αρκτικό, 26% από το κεντρικό και 29% από το νότιο δημοτικό διαμέρισμα. Το 96% αναφέρει σταθερή διαμονή τα τελευταία τρία χρόνια στο χώρο της κατοικίας του. Ως προς την κατοικία, το 40% μένει σε μονοκατοικία, το 59% ζει σε διαμέρισμα και το 1% ζει σε ξύλινη κατοικία. Σχετικά με το ιδιοκτησιακό καθεστώς, το 44% ζει σε ιδιόκτητη κατοικία, το 14% σε ιδιόκτητη με στεγαστικό δάνειο, το 27% σε ενοικιαζόμενη οικία, το 14% ζει σε παραχωρημένη κατοικία, το 1% αναφέρει ότι ζει σε καταυλισμό. Η ύπαρξη ηλεκτροδότησης και υδροδότησης αντιστοιχεί στο 100%, μπάνιο/αποχέτευση και ύπαρξη διαμορφωμένης κουζίνας σε ποσοστό 98%.

Το 15% του δείγματος αναφέρει ότι το μηνιαίο οικογενειακό του εισόδημα κυμαίνεται έως 200€ και το 33% αναφέρει ότι ζει με 201-500€ τον μήνα. Ως προς την πηγή του εισοδήματος, το 61% αναφέρει ότι προέρχεται από την εργασία, το 7% από επιδόματα πρόνοιας, το 6% από επιδόματα πολυτεκνίας, ενώ το 16% αναφέρει ότι τα μηνιαία οικογενειακά εισοδήματα προέρχονται από «άλλη» πηγή.

Από την Πρόνοια καλύπτεται ασφαλιστικά το 23% του δείγματος, ενώ το ΙΚΑ καλύπτει συντριπτικά το 48%. Μόνο το 3% του δείγματος παραμένει ανασφάλιστο.

Ο πίνακας 5.1 που ακολουθεί, απεικονίζει τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού του δείγματος.

**Πίνακας 5.1:** Περιγραφική ανάλυση κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών και υλικών αγαθών του δείγματος ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου Ξάνθης (n=100)

Κοινωνικά & Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Αριθμός Ερωτώμενων	Ποσοστό (%) επί του συνολικού δείγματος
<b>Φύλο</b>		
ΑΝΔΡΑΣ	49	49
ΓΥΝΑΙΚΑ	51	51
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Ηλικία</b>		
18-24 ΕΤΩΝ	9	9
25-34 ΕΤΩΝ	18	18
35-44 ΕΤΩΝ	31	31
45-54 ΕΤΩΝ	24	24
55-64 ΕΤΩΝ	9	9
65 ΕΤΩΝ & ΑΝΩ	9	9
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>		
ΑΓΑΜΟΣ/Η	19	19
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η – ΑΡΡΑΒΩΝΙΑΣΜΕΝΟΣ/Η	74	74
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η - ΧΗΡΟΣ/Α	7	7
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Θέση στην Οικογένεια</b>		
ΠΑΤΕΡΑΣ/ΜΗΤΕΡΑ	58	58
ΣΥΖΥΓΟΣ	23	23
ΠΑΠΠΟΥΣ/ΓΙΑΓΙΑ	2	2
ΤΕΚΝΟ	14	14
ΑΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	3	3
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Αριθμός Παιδιών</b>		
ΕΝΑ	17	17
ΔΥΟ	35	35
ΤΡΙΑ	17	17
ΤΕΣΣΕΡΑ	9	9
ΠΕΝΤΕ & ΑΝΩ	6	6
ΚΑΝΕΝΑ	16	16
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Γραμματικές Γνώσεις</b>		
ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟ	22	22
<i>(συνέχεια πίνακα 5.1): Περιγραφική ανάλυση κοινωνικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών και υλικών αγαθών του δείγματος ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου Ξάνθης (n=100)</i>		

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΤΟ ΤΕΛΕΙΩΣΩ	2	2
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	8	8
ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΤΟ ΤΕΛΕΙΩΣΩ	8	8
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	16	16
ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	44	44
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Γνώση Ανάγνωσης</b>		
ΝΑΙ	76	76
ΟΧΙ	24	24
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Γνώση Γραφής</b>		
ΝΑΙ	75	75
ΟΧΙ	25	25
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Σταθερό Επάγγελμα</b>		
ΝΑΙ	43	43
ΟΧΙ	57	57
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Είδος Επαγγέλματος</b>		
ΑΓΡΟΤΗΣ/ΚΑΛΛΙΕΡΓΗΤΗΣ/ΕΡΓΑΤΗΣ ΓΗΣ	2	2
ΤΕΧΝΙΤΗΣ/ΕΡΓΑΤΗΣ/ΔΗΜΟΤΙΚΟΣ-ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	10	10
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	11	11
ΟΙΚΙΑΚΑ/ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	24	24
ΑΝΕΡΓΟΣ/ ΜΗ ΔΥΝΑΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	43	43
ΆΛΛΟ	10	10
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Ασφαλιστικό Ταμείο</b>		
ΠΡΟΝΟΙΑ/ΑΠΟΡΙΑ	23	23
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	66	66
ΆΛΛΟ	8	8
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Σταθερή Διαμονή</b>		
ΝΑΙ	96	96
ΟΧΙ	4	4
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<i>(συνέχεια πίνακα 5.1): Περιγραφική ανάλυση κοινωνικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών και υλικών αγαθών του δείγματος ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου Ξάνθης (n=100)</i>		

<b>Τύπος Κατοικίας</b>		
Κανονική Οικοδομή (Διαμέρισμα)	59	59
Κανονική Οικοδομή (Μονοκατοικία)	40	40
Εύλινη Κατοικία	1	1
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Ιδιοκτησία Κατοικίας</b>		
Ιδιόκτητη	44	44
Ιδιόκτητη με Στεγαστικό Δάνειο	14	14
Ενοικιαζόμενη	27	27
Παραχωρημένη	14	14
Καταυλισμός	1	1
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα</b>		
0-200 ΕΥΡΩ	15	15
201-500 ΕΥΡΩ	33	33
501-800 ΕΥΡΩ	21	21
801 – 1000 ΕΥΡΩ	9	9
1000 ΕΥΡΩ & ΑΝΩ	22	22
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Ηλεκτροδότηση</b>		
ΝΑΙ	100	100
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Υδροδότηση</b>		
ΝΑΙ	100	100
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Ύπαρξη Μπάνιου/ Αποχέτευσης</b>		
ΝΑΙ	98	98
ΟΧΙ	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Ύπαρξη Κουζίνας</b>		
ΝΑΙ	98	98
ΟΧΙ	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 5.3 Χρήση Κοινωνικών Υπηρεσιών

Όσο αφορά την συχνότητα χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών, μπορεί να αναφερθεί ότι το 69% του δείγματος έχει χρησιμοποιήσει τις κοινωνικές υπηρεσίες, το 22% πηγαίνει στις υπηρεσίες τουλάχιστον 1 φορά τον μήνα, το 18% πηγαίνει 2-3 φορές τον χρόνο, ενώ το 27% όταν εμφανισθεί πρόβλημα υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τις κύριες υπηρεσίες στις οποίες καταφεύγουν τα άτομα. Το Νοσοκομείο/Κέντρο Υγείας δέχεται με ποσοστό 26%, ακολουθούν το Ιατροκοινωνικό Κέντρο Δροσερού με ποσοστό 18%, η Κοινωνική Πρόνοια του Δήμου με ποσοστό 10%, ο ιδιώτης ιατρός με ποσοστό 9%. Μικρότερα ποσοστά έχουν η μονάδα του Βοήθεια στο Σπίτι (3%), κάποια «άλλη» υπηρεσία με ποσοστό 3% και ο κοινωνικός φορέας της Εκκλησίας με ποσοστό 1%. Το 28% του δείγματος επισκέφθηκε κάποια κοινωνική υπηρεσία τον τελευταίο μήνα, το 17% τους τελευταίους 6 μήνες, το 8% την τελευταία εβδομάδα, το 5% έως πριν 1 έτος και το 12% έχει να επισκεφθεί κοινωνική υπηρεσία περισσότερο από 1 έτος.

Οι λόγοι της τελευταίας επίσκεψης αφορούν διάφορα προβλήματα υγείας/εξετάσεις 44%, συνταγογράφηση 13%, κοινωνικά προβλήματα 5%, παροχή κατευθύνσεων 3%, «άλλος» λόγος 5%. Ως προς τις ειδικότητες των επαγγελματιών, το 46% επισκέφθηκε ιατρό, ενώ αντίστοιχα 4% επισκέφθηκε κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο.

Από τους ερωτώμενους το 26% αναφέρει ότι έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, το 5% έχει πρόβλημα αναπηρίας με ποσοστό άνω του 67% με βεβαίωση από την πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή και το 32% αναφέρει ότι παίρνει συστηματική φαρμακευτική αγωγή. Σχετικά με την ύπαρξη βιβλιαρίου ασφαλιστικής κάλυψης, το 95% αναφέρει ότι διαθέτει βιβλιάριο υγείας. Τέλος, το 55% του δείγματος αναφέρει ότι πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις.

Ο Πίνακας 5.2.1 που ακολουθεί, απεικονίζει την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του πληθυσμού του δείγματος.

<b>Πίνακας 5.2.1: Περιγραφική ανάλυση της χρήσης κοινωνικών υπηρεσιών του δείγματος των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου Ξάνθης (n=100)</b>		
<b>Χρήση Υπηρεσιών Υγείας</b>	<b>Αριθμός Ερωτώμενων</b>	<b>Ποσοστό (%) επί του συνολικού δείγματος</b>
<b>Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ κάποια κοινωνική υπηρεσία</b>		
ΝΑΙ	69	69
ΟΧΙ	30	30
Σύνολο	99	99
Ελλείποντα Δεδομένα	1	1
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Συχνότητα επισκέψεων σε κοινωνικές υπηρεσίες</b>		
ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	3	3
ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 1 ΦΟΡΑ ΤΟΝ ΜΗΝΑ	22	22
ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 2-3 ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ – ΣΠΑΝΙΑ	18	18
ΠΙΟ ΣΠΑΝΙΑ, ΟΠΟΤΕ ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	27	27
Σύνολο	70	70
Ελλείποντα Δεδομένα	30	30
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Τελευταία Επίσκεψη</b>		
ΈΩΣ ΠΡΙΝ 1 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	8	8
ΈΩΣ ΠΡΙΝ 1 ΜΗΝΑ	28	28
ΈΩΣ ΠΡΙΝ 6 ΜΗΝΕΣ	17	17
ΈΩΣ ΠΡΙΝ 1 ΧΡΟΝΟ	5	5
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΧΡΟΝΟ	12	12
Σύνολο	70	70
Ελλείποντα Δεδομένα	30	30
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Είδος κοινωνικών υπηρεσιών κατά την τελευταία επίσκεψη</b>		
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	26	26
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΝΟΙΑ ΔΗΜΟΥ	10	10
ΜΟΝΑΔΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	3	3
ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΡΟΣΕΡΟΥ	18	18
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ	1	1
ΙΔΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	9	9
ΆΛΛΟ	3	3
Σύνολο	70	70
Ελλείποντα Δεδομένα	30	30
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>



*(συνέχεια πίνακα 5.2.1):* Περιγραφική ανάλυση της χρήσης κοινωνικών υπηρεσιών του δείγματος των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου Ξάνθης (n=100)

<b>Ειδικότητα επαγγελματία κατά την τελευταία επίσκεψη</b>		
ΙΑΤΡΟΣ	46	46
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ	4	4
ΨΥΧΟΛΟΓΟ	4	4
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	9	9
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	4	4
ΝΟΜΙΚΟ	1	1
ΑΛΛΟ	2	2
Σύνολο	70	70
Ελλείποντα Δεδομένα	30	30
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Λόγος τελευταίας επίσκεψης</b>		
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	5	5
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ -ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	44	44
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ	13	13
ΠΑΡΟΧΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΩΝ	3	3
ΑΛΛΟ	5	5
Σύνολο	70	70
Ελλείποντα Δεδομένα	30	30
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		
ΝΑΙ	5	5
ΟΧΙ	94	94
Σύνολο	99	99
Ελλείποντα Δεδομένα	1	1
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Αναπηρία άνω του 67% για χρόνια νόσημα</b>		
ΝΑΙ	5	5
ΟΧΙ	94	94
Σύνολο	99	99
Ελλείποντα Δεδομένα	1	1
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Λήψη φαρμάκων σε συστηματική βάση</b>		
ΝΑΙ	32	32
ΟΧΙ	67	67
Σύνολο	99	99
Ελλείποντα Δεδομένα	1	1

<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.1): Περιγραφική ανάλυση της χρήσης κοινωνικών υπηρεσιών του δείγματος των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου Ξάνθης (n=100)</i>		
Γενικό Σύνολο	100	100,0
<b>Ύπαρξη βιβλιαρίου υγείας</b>		
ΝΑΙ	95	95
ΟΧΙ	4	4
Σύνολο	99	99
Ελλείποντα Δεδομένα	1	1
Γενικό Σύνολο	230	100,0
<b>Διενέργεια προληπτικών ιατρικών εξετάσεων</b>		
ΝΑΙ	55	55
ΟΧΙ	44	44
Σύνολο	99	99
Ελλείποντα Δεδομένα	1	1
Γενικό Σύνολο	100	100,0

Στην συνέχεια ακολουθούν οι απόψεις των ερωτώμενων του δείγματος, σχετικά με την ικανοποίηση τους από χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών στις οποίες απευθύνθηκαν, την ύπαρξη διακρίσεων προς αυτούς, την οικονομική δυσκολία που έχουν για αγαθά και το αίσθημα ντροπής στη χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών.

Στον Πίνακα 5.2.2 φαίνεται ότι σε ποσοστό 29%, οι ερωτώμενοι είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από την χρήση των υπηρεσιών υγείας στις οποίες απευθύνθηκαν, σε ποσοστό 45% δεν βιώνουν διακρίσεις στις υπηρεσίες αυτές, σε ποσοστό 68% κατανοούν τις οδηγίες των επαγγελματιών, ενώ σε ποσοστό 89% δεν ντρέπονται να χρησιμοποιήσουν τις κοινωνικές υπηρεσίες. Σε ποσοστό 42% οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν συνδέονται με τον τρόπο ζωής που κάνουν, ενώ το 26% δεν έχει χρήματα για να αγοράσει φάρμακα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 12% θεωρεί απόλυτα ότι καμιά υπηρεσία δεν νοιάζεται πραγματικά για αυτούς.

**Πίνακας 5.2.2** Περιγραφική ανάλυση απόψεων της χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών του δείγματος (n=100)

	Αριθμός Ερωτώμενων	Ποσοστό (%) επί του συνολικού δείγματος
<b>Ικανοποίηση από την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών</b>		
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	8	8
ΔΙΑΦΩΝΩ	12	12
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ / ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	23	23
ΣΥΜΦΩΝΟ	27	27
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΠΟΛΥΤΑ	29	29
Σύνολο	99	99
Ελλείποντα Δεδομένα	1	1
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Ύπαρξη διακρίσεων στις κοινωνικές υπηρεσίες σε βάρος των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων</b>		
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	45	45
ΔΙΑΦΩΝΩ	14	14
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ / ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	18	18
ΣΥΜΦΩΝΟ	10	10
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΠΟΛΥΤΑ	11	11
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Δυσκολία κατανόησης οδηγιών από τους επαγγελματίες</b>		
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	68	68
ΔΙΑΦΩΝΩ	10	10
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ / ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	8	8
ΣΥΜΦΩΝΟ	6	6
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	6
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Επίδραση των συνθηκών διαβίωση</b>		
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	26	26

<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.2) Περιγραφική ανάλυση απόψεων της χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών του δείγματος (n=100)</i>		
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	7
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ / ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	10	10
ΣΥΜΦΩΝΟ	13	13
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΠΟΛΥΤΑ	42	42
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Οικονομική δυσκολία στην αγορά αγαθών</b>		
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	26	26
ΔΙΑΦΩΝΩ	3	3
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ / ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	21	21
ΣΥΜΦΩΝΟ	22	22
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΠΟΛΥΤΑ	26	26
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Ενδιαφέρον των υπηρεσιών για τα προβλήματα υγείας των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων</b>		
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	51	51
ΔΙΑΦΩΝΩ	14	14
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ / ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	16	16
ΣΥΜΦΩΝΟ	5	5
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΠΟΛΥΤΑ	12	12
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Αίσθημα ντροπής στην χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών</b>		
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	89	89
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	5
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	3
ΣΥΜΦΩΝΟ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	1
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Στην συνέχεια ακολουθούν οι απόψεις του πληθυσμού του δείγματος σχετικά με τον τρόπο ενημέρωσης που έχουν για τις υπηρεσίες του Δήμου, τον βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τον τρόπο αντιμετώπισης/ διευθέτησης τυχόν προβλημάτων που αντιμετωπίζουν κατά την επαφή τους με τις υπηρεσίες και τον βαθμός σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης. Συγκεκριμένα, στον πίνακα 5.2.3. που ακολουθεί, οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 31% ενημερώνονται πολύ συχνά από τις τοπικές εφημερίδες και τα περιοδικά, σε ποσοστό 65% από φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον, ενώ σε ποσοστό 63% αντίστοιχα δεν επιλέγει να ενημερωθεί από φυλλάδια που διανέμονται ή υπάρχουν στις υπηρεσίες του Δήμου (64%). Σε ποσοστό 68% οι ερωτώμενοι απευθύνονται στον αρμόδιο υπάλληλο όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις υπηρεσίες του Δήμου.

Όσο αφορά τον βαθμό ικανοποίησης των ερωτώμενων από τις υπηρεσίες του Δήμου μπορεί να αναφερθεί ότι σε ποσοστό 44% του δείγματος θεωρείται μέτριος ο αριθμός των κοινωνικών υπηρεσιών, σε ποσοστό 46% θεωρείται μέτριο το είδος των παρεχομένων υπηρεσιών, ενώ σε ποσοστό 33% θεωρείται καλή η συμπεριφορά των υπαλλήλων και μέτριος ο χρόνος εξυπηρέτησης (33%).

Τέλος, οι ερωτώμενοι θεωρούν σε ποσοστό 60% ότι η ανεργία είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τον οποίο ο Δήμος θα πρέπει να αναλάβει μέριμνα, ενώ σε ποσοστό 45% και 69% η κοινωνική πολιτική και η παιδεία/ εκπαίδευση του Δήμου, αντίστοιχα, θεωρείται πολύ σημαντική δραστηριότητα.

<b>Πίνακας 5.2.3 Περιγραφική ανάλυση τρόπου ενημέρωσης παρεχομένων υπηρεσιών του Δήμου Ξάνθης (n=100)</b>		
	<b>Αριθμός Ερωτώμενων</b>	<b>Ποσοστό (%) επί του συνολικού δείγματος</b>
<b>Τοπικές Εφημερίδες &amp; Περιοδικά</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	32	32
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	5	5
Σπάνια	13	13

Συχνά	7	7
Αρκετά Συχνά	10	10
Πολύ Συχνά	31	31
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Φυλλάδια που διανέμονται στις υπηρεσίες του Δήμου</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	63	63
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	8	8
Σπάνια	11	11
Συχνά	8	8
Αρκετά Συχνά	4	4
Πολύ Συχνά	3	3
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Φυλλάδια που βρίσκονται στις υπηρεσίες του Δήμου</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	64	64
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	11	11
Σπάνια	10	10
Συχνά	6	6
Αρκετά Συχνά	4	4
Πολύ Συχνά	2	2
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
	100	100,0
<b>Ανακοινώσεις και Αφίσες σε Δημόσιους Χώρους</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	51	51
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	1	1
Σπάνια	12	12
Συχνά	9	9
Αρκετά Συχνά	10	10

Πολύ Συχνά	14	14
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Συζητήσεις με Φιλικό – Οικογενειακό Περιβάλλον</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	10	10
Σπάνια	3	3
Συχνά	11	11
Αρκετά Συχνά	8	8
Πολύ Συχνά	65	65
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Επικοινωνία με Αρμόδια Υπηρεσία του Δήμου</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	52	52
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	13	13
Σπάνια	6	6
Συχνά	8	8
Αρκετά Συχνά	10	10
Πολύ Συχνά	8	8
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Επίσκεψη σε Υπηρεσία του Δήμου</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	42	42
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	15	15
Σπάνια	9	9
Συχνά	7	7
Αρκετά Συχνά	11	11
Πολύ Συχνά	13	13
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

**Πίνακας 5.2.4** Περιγραφική ανάλυση απόψεων του βαθμού σημαντικότητας των

δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης (n=100)		
	Αριθμός Ερωτώμενων	Ποσοστό (%) επί του συνολικού δείγματος
<b>Κοινωνικές Υπηρεσίες – Κοινωνική Πολιτική</b>		
Πολύ Σημαντικό	42	42
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	8	8
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	45	45
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	3	3
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Ύδρευση - Αποχέτευση</b>		
Πολύ Σημαντικό	21	21
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	14	14
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	57	57
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	5	5
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Περιβάλλον - Πράσινο</b>		
Πολύ Σημαντικό	23	23
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	11	11
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	57	57
<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.4)</i> Περιγραφική ανάλυση απόψεων του βαθμού σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης (n=100)		



Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	6	6
<b>Σύνολο</b>	<b>97</b>	<b>97</b>
<b>Ελλείποντα Δεδομένα</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Πολιτισμός</b>		
Πολύ Σημαντικό	46	46
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	10	10
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	37	37
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	4	4
<b>Σύνολο</b>	<b>97</b>	<b>97</b>
<b>Ελλείποντα Δεδομένα</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Δημοτικά Έργα</b>		
Πολύ Σημαντικό	20	20
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	8	8
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	63	63
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	6	6
<b>Σύνολο</b>	<b>97</b>	<b>97</b>
<b>Ελλείποντα Δεδομένα</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Συγκοινωνία</b>		
Πολύ Σημαντικό	38	38
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	12	12
<b>(συνέχεια πίνακα 5.2.4) Περιγραφική ανάλυση απόψεων του βαθμού σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης (n=100)</b>		

Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	41	41
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	6	6
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Εισφορές (Δημοτικά Τέλη)</b>		
Πολύ Σημαντικό	20	20
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	5	5
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	63	63
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	9	9
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Ανεργία</b>		
Πολύ Σημαντικό	60	60
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	4	4
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	27	27
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	6	6
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Αρχιτεκτονική - Υποδομές</b>		
Πολύ Σημαντικό	19	19
<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.4) Περιγραφική ανάλυση απόψεων του βαθμού σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης (n=100)</i>		

Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	11	11
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	62	62
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	5	5
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Κυκλοφορία</b>		
Πολύ Σημαντικό	39	39
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	13	13
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	37	37
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	8	8
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Δημοτική Αστυνόμευση</b>		
Πολύ Σημαντικό	45	45
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	12	12
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	33	33
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	7	7
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.4)</i> Περιγραφική ανάλυση απόψεων του βαθμού σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης (n=100)		

<b>Παιδεία /Εκπαίδευση</b>		
Πολύ Σημαντικό	69	69
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	7	7
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	19	19
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	2	2
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

**Πίνακας 5.2.5:** Περιγραφική ανάλυση του βαθμού ικανοποίησης από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες του Δήμου (n=100)

	Αριθμός Ερωτώμενων	Ποσοστό (%) επί του συνολικού δείγματος
<b>Αριθμός Κοινωνικών Υπηρεσιών</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	9	9
Κακή	7	7
Μέτρια	44	44
Καλή	24	24
Πολύ Καλή	14	14
Σύνολο	98	98
Ελλείποντα Δεδομένα	2	2
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Είδος Παρεχομένων Κοινωνικών Υπηρεσιών</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	4	4
Κακή	7	7
Μέτρια	46	46
<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.5)</i> Περιγραφική ανάλυση του βαθμού ικανοποίησης από τις		

παρεχόμενες Υπηρεσίες του Δήμου (n=100)		
Καλή	28	28
Πολύ Καλή	12	12
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Χρησιμότητα Παρεχόμενων Κοινωνικών Υπηρεσιών		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	4	4
Κακή	4	4
Μέτρια	13	13
Καλή	23	23
Πολύ Καλή	53	53
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Προσβασιμότητα		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	4	4
Κακή	8	8
Μέτρια	29	29
Καλή	29	29
Πολύ Καλή	27	27
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Ωράριο Λειτουργίας		
Κακή	13	13
Μέτρια	20	20
Καλή	33	33
Πολύ Καλή	31	31
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Χώρος Παρεχομένων Υπηρεσιών		
Κακή	3	3
Μέτρια	28	28
Καλή	37	37
Πολύ Καλή	29	29
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.5) Περιγραφική ανάλυση του βαθμού ικανοποίησης από τις</i>		

παρεχόμενες Υπηρεσίες του Δήμου (n=100)		
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Συμπεριφορά Υπαλλήλων</b>		
Κακή	10	10
Μέτρια	31	31
Καλή	33	33
Πολύ Καλή	23	23
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Πρόθεση Εξυπηρέτησης</b>		
Κακή	7	7
Μέτρια	29	29
Καλή	43	43
Πολύ Καλή	18	18
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Επαγγελματικές Δεξιότητες Προσωπικού</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	3	3
Κακή	8	8
Μέτρια	31	31
Καλή	37	37
Πολύ Καλή	18	18
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Διευκόλυνση Πολιτών (από τους υπαλλήλους)</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	2	2
Κακή	7	7
Μέτρια	30	30
Καλή	41	41
Πολύ Καλή	17	17
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Προσοχή στα αιτήματα/ανάγκες πολιτών</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	1	1
<i>(συνέχεια πίνακα 5.2.5) Περιγραφική ανάλυση του βαθμού ικανοποίησης από τις</i>		

παρεχόμενες Υπηρεσίες του Δήμου (n=100)		
Κακή	7	7
Μέτρια	36	36
Καλή	35	35
Πολύ Καλή	18	18
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Εξυπηρέτηση από τους Υπαλλήλους		
Κακή	8	8
Μέτρια	28	28
Καλή	42	42
Πολύ Καλή	19	19
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Χρόνος Εξυπηρέτησης		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	4	4
Κακή	12	12
Μέτρια	33	33
Καλή	41	41
Πολύ Καλή	7	7
Σύνολο	97	97
Ελλείποντα Δεδομένα	3	3
<b>Γενικό Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

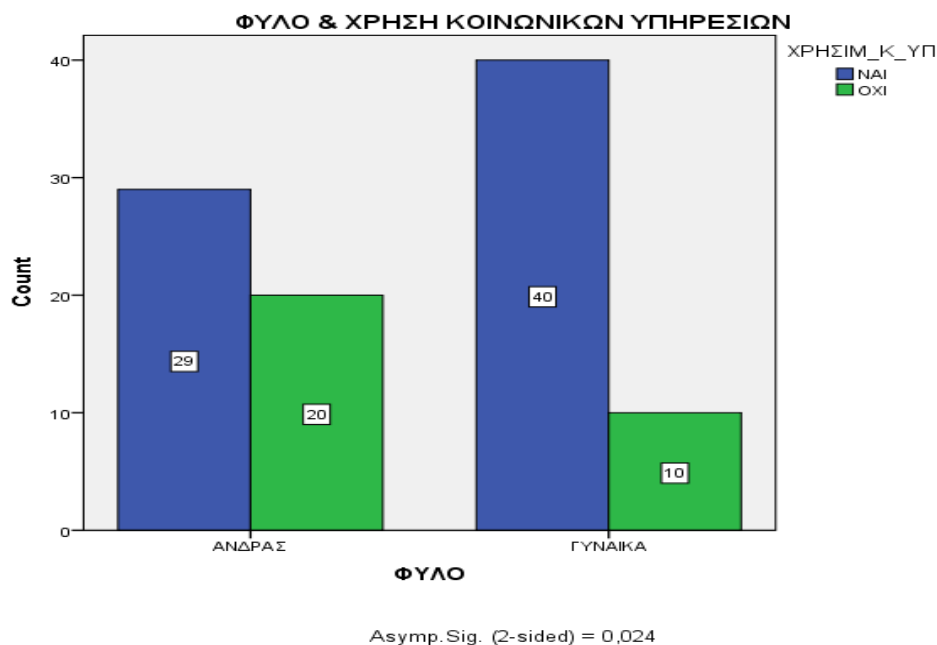
## 5.4 Διερεύνηση της Χρήσης Κοινωνικών Υπηρεσιών

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι να παρουσιάσει τις διαφορές στην χρήση των υπηρεσιών υγείας. Για την εκτίμηση των κοινωνικών - δημογραφικών χαρακτηριστικών, των υλικών αγαθών και της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και αναπηρίας 67%, στην χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ  $\chi^2$ .

### 5.4.1 Χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών

Από τις γυναίκες του δείγματος, οι 40 (80%) έχουν επισκεφθεί τουλάχιστον μία φορά κάποια κοινωνική υπηρεσία για να διευθετήσουν προσωπικό τους ζήτημα. Όσο αφορά τους άνδρες φαίνεται ότι οι 29 (72.5%) επισκέφθηκαν κάποια κοινωνική υπηρεσία. Η στατιστική σημαντικότητα είναι  $p=0,024$  (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1)

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1**

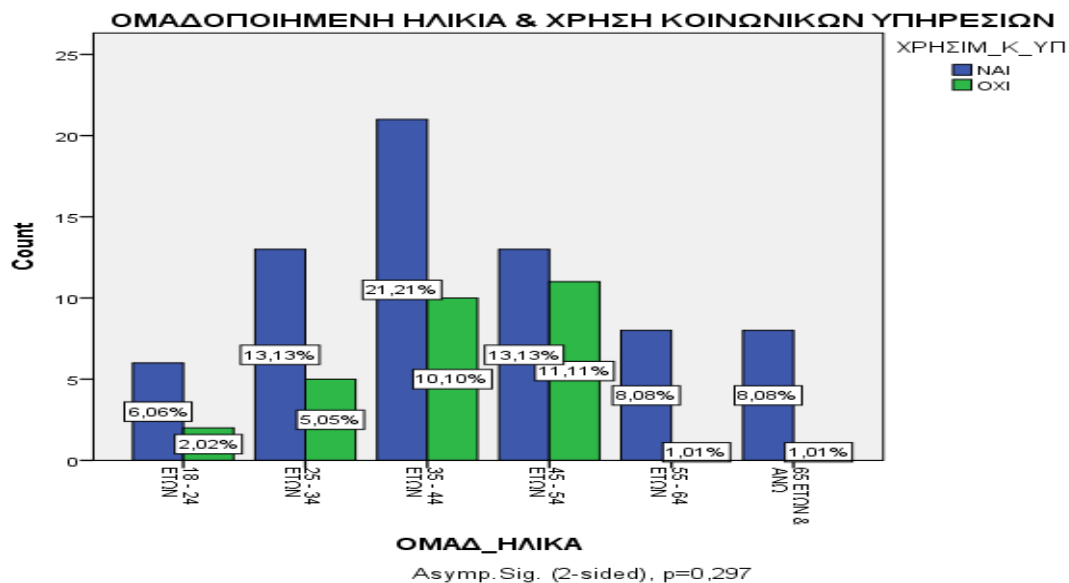




Όσο αφορά την ηλικία του δείγματος φαίνεται ότι την λιγότερη χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας την κάνουν τα άτομα που είναι 18 – 24 ετών (6,06%) και την μεγαλύτερη τα άτομα ηλικίας 35-54 ετών (21,21%), ενώ δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ ηλικίας και χρήσης υπηρεσιών υγείας,  $p= 0,297$ . Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα,  $p= 0,267$ . Οι έγγαμοι/αρραβωνιασμένοι κάνουν μεγαλύτερη χρήση κοινωνικών υπηρεσιών (49,49%) σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Οι γραμματικές γνώσεις ( $p=0,023$ ) εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα στην χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ( $p=0,487$ ) δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα με την χρήση υπηρεσιών υγείας. Τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 201-500€ χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας σε ποσοστό 21,21%, ενώ ακολουθούν τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα >1000€ με ποσοστό 17,17%.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2**



Η χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών σε μια οικογένεια,  $p = 0,154$ . Την μεγαλύτερη χρήση κάνουν όσοι έχουν δύο παιδιά (22,22%) και την μικρότερη χρήση κάνουν όσοι έχουν τέσσερα παιδιά (4,04%). Επίσης, στατιστική σημαντικότητα δεν υπάρχει όσο αφορά το είδος του επαγγέλματος,  $p=0,379$ . Την μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας κάνουν οι άνεργοι/ μη δυνάμενοι για εργασία (25%) και οι συνταξιούχοι (20,20%), ενώ την μικρότερη χρήση υπηρεσιών υγείας οι αγρότες ( 2,02%).

Όσο αφορά τον τύπο κατοικίας, όσοι κατοικούν σε διαμέρισμα έχουν υψηλότερο ποσοστό (37,37%) και μικρότερο ποσοστό όσοι κατοικούν σε μονοκατοικία (32,32%). Δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα, καθώς  $p = 0,066$ .

Δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στην χρήση κοινωνικών υπηρεσιών υγείας και της ύπαρξης υλικών αγαθών όπως: ηλεκτροδότηση, υδροδότηση, μπάνιο/ αποχέτευση ( $p=0,346$ ), ύπαρξη κουζίνας ( $p=0,540$ ). Η χρήση κοινωνικών υπηρεσιών με την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα ( $p=0,015$ ), με τα ποσοστά των ατόμων που κάνουν χρήση κοινωνικών υπηρεσιών και έχουν χρόνια νόσημα στο 23,23%, ενώ όσοι δεν έχουν χρόνια νόσημα και κάνουν χρήση κοινωνικών υπηρεσιών στο 46,46%. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας με την ύπαρξη αναπηρίας 67% δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα,  $p=0,607$ . Τα άτομα που δεν έχουν αναπηρία κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας (65,66%) σε σχέση με άτομα που έχουν αναπηρία (4,04%).

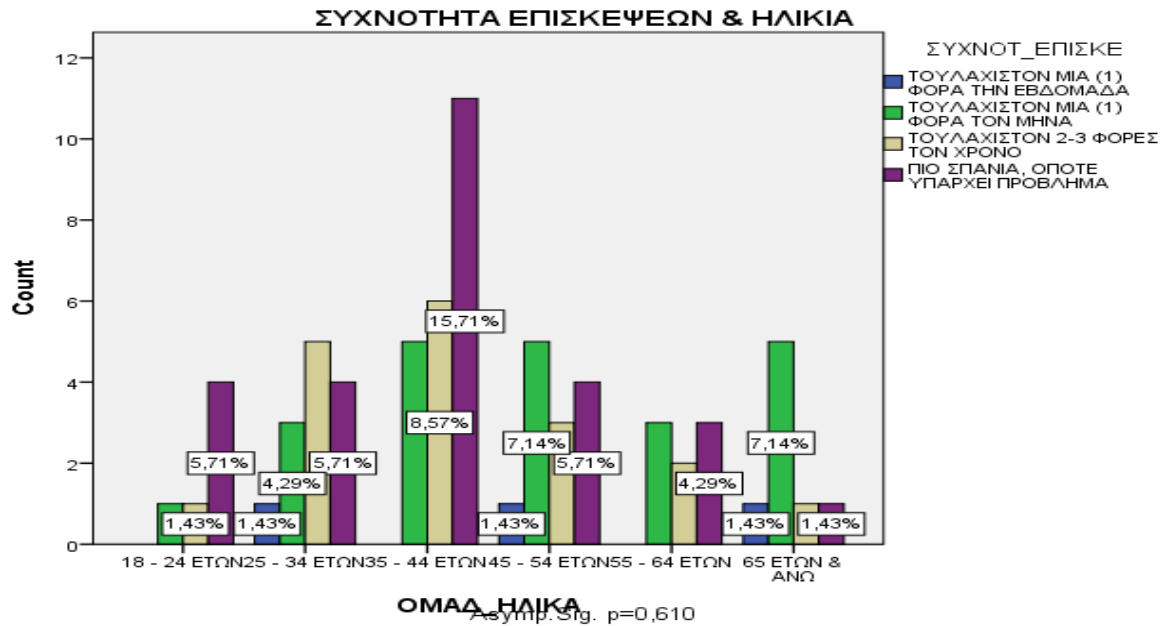
### **5.5 Συχνότητα επισκέψεων σε κοινωνικές υπηρεσίες και κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, υλικά αγαθά, χρόνια νόσημα και αναπηρία 67%.**

Στην συγκεκριμένη ενότητα διερευνάτε η συχνότητα των επισκέψεων στις κοινωνικές υπηρεσίες με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα υλικά αγαθά, την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και αναπηρίας σε ποσοστό 67%.

Η συχνότητα επισκέψεων στις υπηρεσίες υγείας με βάση το φύλο, εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα,  $p=0,013$ . Τα μεγαλύτερα ποσοστά συχνότητας επισκέψεων σε υπηρεσίες είναι στις γυναίκες, είτε επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας τουλάχιστον 1 φορά τον μήνα είτε σπάνια όποτε εμφανισθεί πρόβλημα υγείας (22,86%).

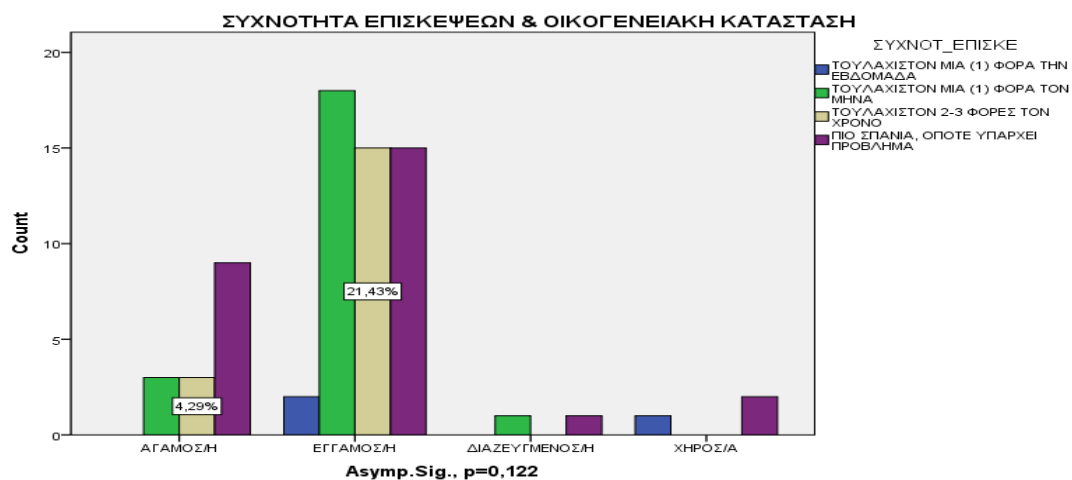
Η συχνότητα επισκέψεων σε υπηρεσίες με βάση την ηλικία δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα, καθώς  $p=0,610$ . Τα άτομα 35-44 ετών πηγαίνουν σε υπηρεσίες υγείας σπάνια όποτε εμφανισθεί κάποιο πρόβλημα (15,71%).

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3



Στο Διάγραμμα 4 που ακολουθεί φαίνεται ότι η συχνότητα επισκέψεων σε υπηρεσίες με βάση την οικογενειακή κατάσταση δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα,  $p=0,122$ . Οι έγγαμοι επισκέπτονται τις κοινωνικές υπηρεσίες με μεγαλύτερη συχνότητα (σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες) είτε πρόκειται για συχνότητα επισκέψεων 1 φορά τον μήνα είτε 2-3 φορές τον χρόνο ή σπάνια όποτε εμφανισθεί πρόβλημα υγείας.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



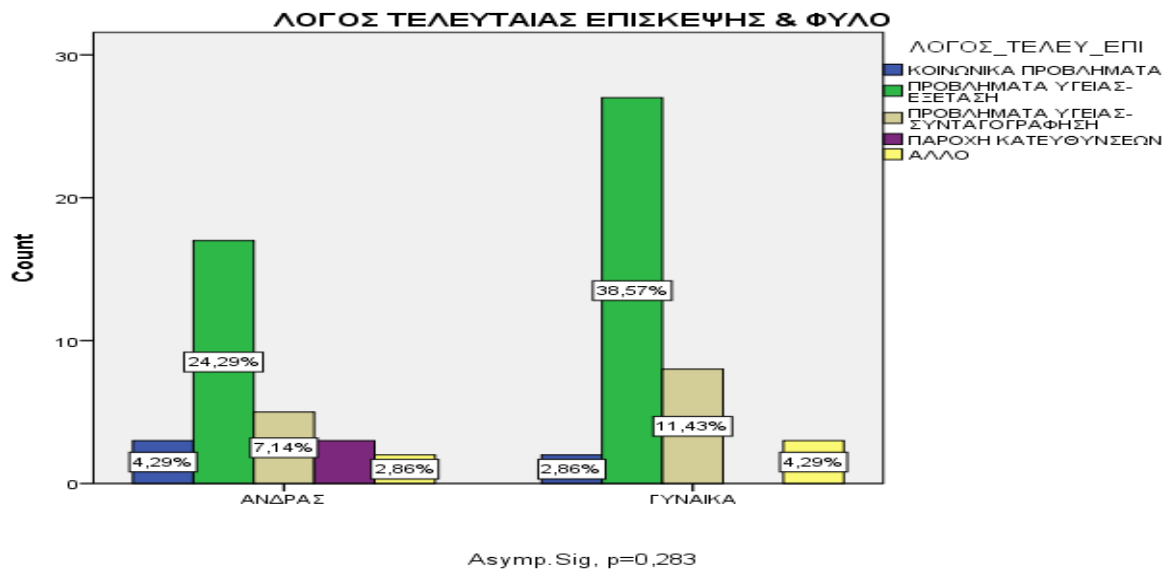
Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα δεν συνδέεται στατιστικά με την συχνότητα των επισκέψεων στις υπηρεσίες υγείας,  $p=0,065$ . Τα άτομα με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα έως 200€ έχουν υψηλότερη συχνότητα επισκέψεων (1 φορά τον μήνα 11,43%). Στατιστική σημαντικότητα εμφανίζεται με βάση τον αριθμό παιδιών,  $p=0,001$ . Τα άτομα που έχουν δύο παιδιά έχουν υψηλότερη συχνότητα επισκέψεων στις υπηρεσίες σπάνια ή όποτε υπάρχει πρόβλημα (17,14 %). Τα άτομα που δεν έχουν κανένα παιδί επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας σπάνια όταν εμφανισθεί πρόβλημα υγείας (8,57%).

Οι γραμματικές γνώσεις εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα στην συχνότητα χρήση υπηρεσιών υγείας,  $p=0,000$ . Τα άτομα που δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο έχουν υψηλότερη συχνότητα επισκέψεων 1 φορά τον μήνα (22,86%), ενώ όσοι έχουν ανώτερες σπουδές πηγαίνουν στις υπηρεσίες σπάνια ή όταν εμφανισθεί πρόβλημα (27,14%). Επίσης, δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ( $p=0,180$ ) στην συχνότητα επισκέψεων στις υπηρεσίες και στο είδος του επαγγέλματος. Οι συνταξιούχοι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας τουλάχιστον 1 φορά τον μήνα, ενώ οι άνεργοι όποτε υπάρχει πρόβλημα. Σχετικά με τον τύπο κατοικίας υπάρχει στατιστική σημαντικότητα  $p=0,001$ , τα άτομα που κατοικούν σε διαμέρισμα επισκέπτονται τις υπηρεσίες όποτε υπάρχει πρόβλημα (28,57%) σε σχέση με τα άτομα που κατοικούν σε μονοκατοικία (10%).

## **5.6 Λόγος επίσκεψης σε κοινωνικές υπηρεσίες και κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, υλικά αγαθά, ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και αναπηρία 67%.**

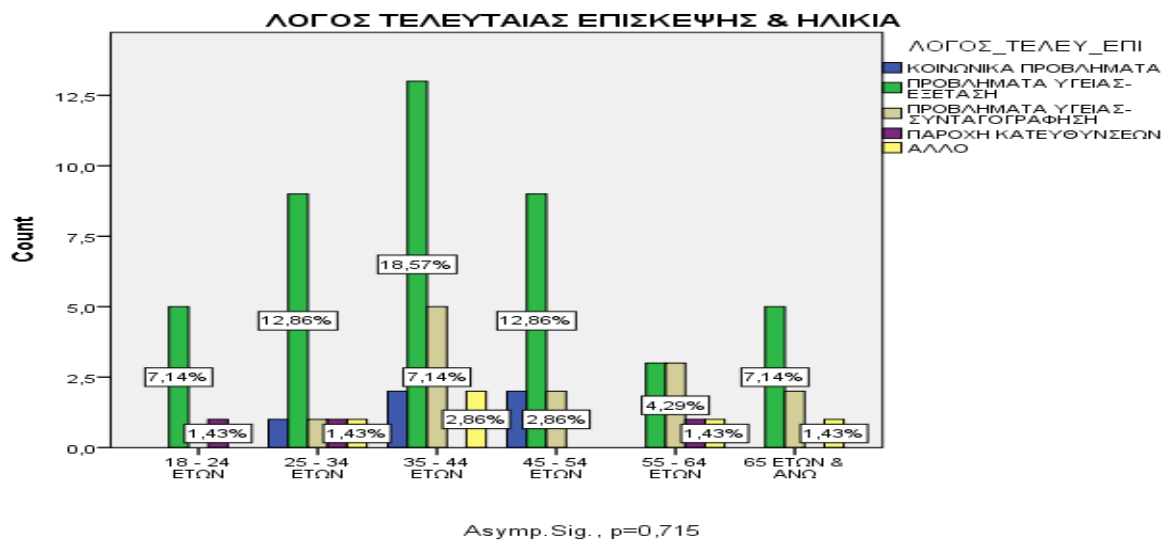
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5 που ακολουθεί η πραγματοποίηση εξετάσεων αποτελεί τον πρώτο λόγο επίσκεψης σε υπηρεσίες και για τα δύο φύλα. Δευτερεύοντες λόγοι επίσκεψης σε υπηρεσίες υγείας και για τα δύο φύλα είναι τα διάφορα προβλήματα υγείας/ συνταγογράφηση. Δεν εμφανίζεται στατιστική σημαντικότητα, καθώς  $p=0,283$ .

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5



Στο Διάγραμμα 6 που ακολουθεί φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ του λόγου της τελευταίας επίσκεψης σε υπηρεσίες υγείας και της ηλικίας,  $p=0,715$ . Όλες οι ηλικιακές κατηγορίες έχουν ως κυρίαρχο λόγο επίσκεψης σε υπηρεσίες τα προβλήματα υγείας/ εξέταση.

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6



Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα,  $p=0,671$ . Οι έγγαμοι και οι άγαμοι αναφέρουν ως αίτιο τελευταίας επίσκεψης τις εξετάσεις (αντίστοιχα 40% και 17,14%). Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα,  $p=0,229$ . Σε όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες η πραγματοποίηση εξετάσεων συγκεντρώνει τα υψηλότερα ποσοστά, μεταξύ αυτών υπερτερούν τα άτομα με εισόδημα 1000€ και άνω, με ποσοστό 18,57%. Ο λόγος της τελευταίας επίσκεψης με βάση τον αριθμό των παιδιών δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα,  $p=0,374$ . Τα άτομα του δείγματος, ανεξαρτήτως αριθμού παιδιών, σε υψηλότερο ποσοστό επισκέφθηκαν τελευταία φορά υπηρεσία υγείας για την πραγματοποίηση εξετάσεων. Οι γραμματικές γνώσεις δεν συνδέονται σημαντικά στατιστικά με τον λόγο της τελευταίας επίσκεψης,  $p=0,268$ . Όλες οι κατηγορίες γραμματικών γνώσεων «υπερείχαν» σε ποσοστό στην πραγματοποίηση εξετάσεων κατά την διάρκεια της τελευταίας επίσκεψης.

Το είδος του επαγγέλματος δεν συνδέεται στατιστικά σημαντικά με τον λόγο τελευταίας επίσκεψης,  $p=0,353$ . Σε όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες οι πραγματοποίηση εξετάσεων αποτελεί λόγο τελευταίας επίσκεψης. Ο τύπος κατοικίας δεν συνδέεται στατιστικά σημαντικά,  $p=0,332$ . Τα άτομα του δείγματος επισκέφθηκαν τελευταία φορά υπηρεσία υγείας για πραγματοποίηση εξετάσεων, ανεξάρτητα από τον τύπο κατοικίας τους. Όσο αφορά τα υλικά αγαθά, δεν εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα με τον λόγο τελευταίας επίσκεψης η ηλεκτροδότηση και η υδροδότηση, το μπάνιο/αποχέτευση ( $p=0,0600$ , κουζίνα ( $p=0,095$ )).

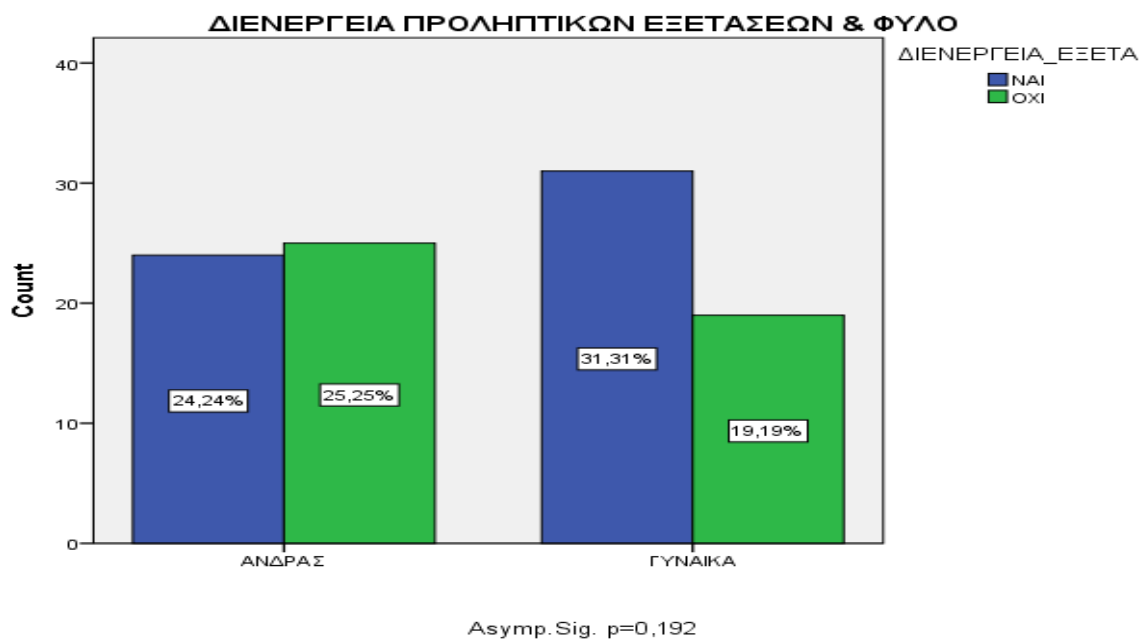
Τέλος, δεν εμφανίζεται στατιστική σημαντικότητα και στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και λόγου τελευταίας επίσκεψης σε υπηρεσίες υγείας,  $p=0,057$ . Σχετικά με την αναπηρία 67% δεν συνδέεται στατιστικά σημαντικά με τον λόγο τελευταίας επίσκεψης,  $p=0,229$ .

### 5.7 Διενέργεια προληπτικών εξετάσεων και κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, υλικά αγαθά, ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και αναπηρίας.

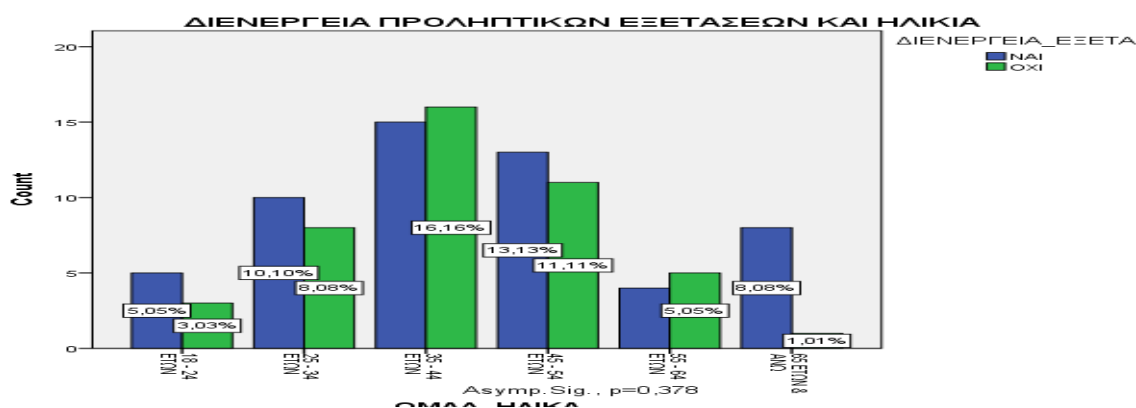
Η διενέργεια προληπτικών εξετάσεων δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα με το φύλο,  $p=0,192$ . Οι άνδρες έχουν ίδια ποσοστά είτε διενεργούν είτε όχι προληπτικές εξετάσεις (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7).

Στο Διάγραμμα 8 που ακολουθεί φαίνεται πως η ηλικιακή κατηγορία 35-44 ετών πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις σε υψηλότερο ποσοστό από τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες, ενώ υπερέχει και στην περίπτωση της μη πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων (16,16%). Δεν εμφανίζεται στατιστική σημαντικότητα,  $p=0,378$

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

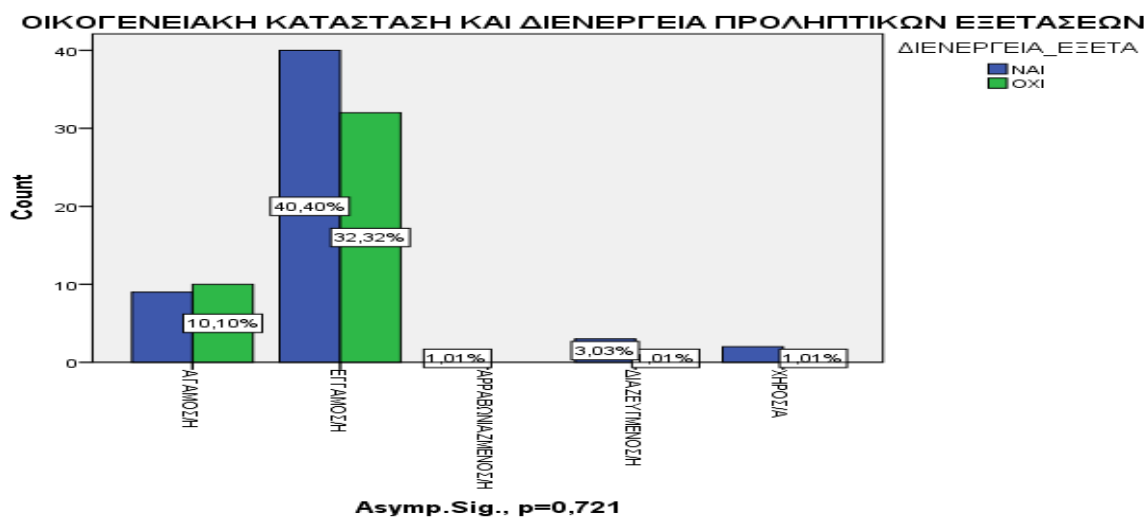


## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8



Η διενέργεια προληπτικών εξετάσεων δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα,  $p=0,812$ . Η οικογενειακή κατάσταση, επίσης, δεν εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα με την διενέργεια προληπτικών εξετάσεων,  $p=0,721$ . Ακόμη, οι γραμματικές γνώσεις συνδέονται σημαντικά στατιστικά, καθώς  $p=0,051$ . Η πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων υπερέχει στα άτομα που έχουν ανώτερες σπουδές (28,28%), ενώ στους απόφοιτους γυμνάσιου υπερέχει το ποσοστό μη πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων (10,10%).

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9



Σχετικά με την πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων και τον αριθμό των παιδιών δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα,  $p = 0,600$ . Τα άτομα που έχουν δύο υπερέχουν σε ποσοστό τόσο στην πραγματοποίηση (21,21%) όσο και στην μη πραγματοποίηση σε ποσοστό 14,14%.

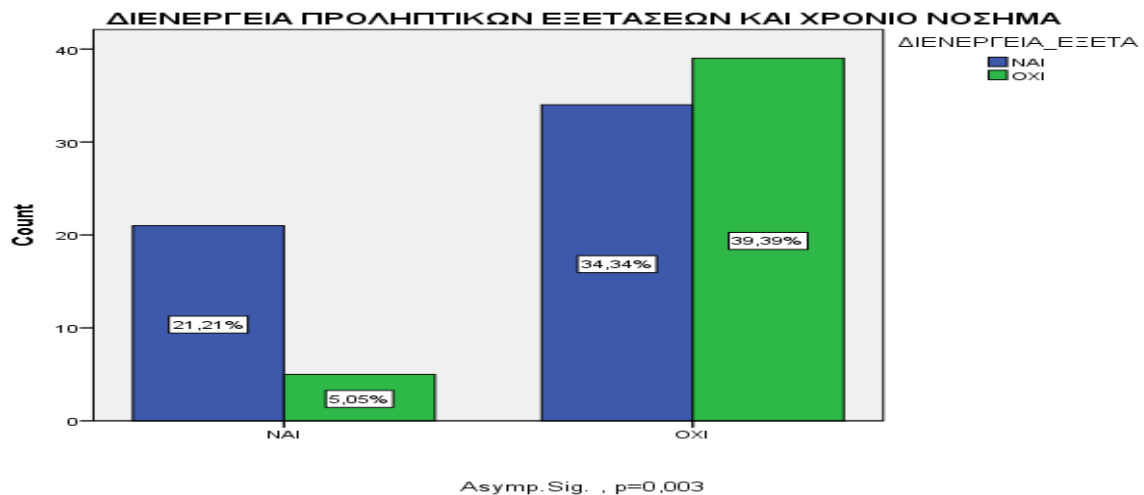
Το είδος του επαγγέλματος δεν συνδέεται στατιστικά σημαντικά με την διενέργεια προληπτικών εξετάσεων,  $p=0,345$ . Ο τύπος κατοικίας δεν συνδέεται



στατιστικά σημαντικά με την προληπτικές εξετάσεις,  $p=0,252$ . Επίσης, δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα και στην ηλεκτροδότηση και στην υδροδότηση σε σχέση με την συγκεκριμένη μεταβλητή, μπάνιο/αποχέτευση  $p= 0,201$ , κουζίνα  $p= 0,201$ .

Όσο αφορά τις προληπτικές εξετάσεις και το χρόνιο νόσημα υπάρχει στατιστική σημαντικότητα καθώς,  $p=0,003$ . Στο Διάγραμμα 10, που ακολουθεί φαίνεται ότι τα άτομα που δεν έχουν χρόνιο πρόβλημα δεν διενεργούν προληπτικές εξετάσεις (39,39%) και πραγματοποιούν προληπτικές εξετάσεις (34,34%). Υπάρχει στατιστική σημαντικότητα με την ύπαρξη αναπηρίας 67%,  $p=0,040$ . Στην τελευταία παράμετρο τα άτομα που έχουν αναπηρία πραγματοποιούν προληπτικές εξετάσεις σε ποσοστό 5,05%.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10



## 5.8 Σύγκριση αποτελεσμάτων

Τα δεδομένα της παρούσης έρευνας είναι ενδιαφέροντα και απεικονίζουν την εικόνα της κοινωνικής - οικονομικής κατάστασης, καθώς και της υγείας των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου Ξάνθης που κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών. Προκειμένου να υπάρξει μια συνολική εικόνα για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα και την ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών, στην συνέχεια θα συγκριθούν τα δεδομένα με την έρευνα της Σκριβάνου (2005). Στην έρευνα της Σκριβάνου το δείγμα αφορά 200 κατοίκους του Δήμου Κορυδαλλού.

<b>Πίνακας 5.7.1: Ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος</b>		
	<b>Δήμος Κορυδαλλού</b>	<b>Δήμος Ξάνθης</b>
<b>Τοπικές Εφημερίδες &amp; Περιοδικά</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	15	32
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	1,5	5
Σπάνια	32,5	13
Συχνά	35,5	7
Αρκετά Συχνά	8	10
Πολύ Συχνά	7,5	31
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>98</b>
<b>Φυλλάδια που διανέμονται στις υπηρεσίες του Δήμου</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	15,5	63
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	6	8
Σπάνια	32,5	11
Συχνά	32,5	8
Αρκετά Συχνά	8,5	4
Πολύ Συχνά	5	3
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

(Συνέχεια πίνακα 5.7.1) Ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος

**Φυλλάδια που βρίσκονται στις υπηρεσίες του Δήμου**

Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	21	64
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	12,5	11
Σπάνια	37	10
Συχνά	23,5	6
Αρκετά Συχνά	4,5	4
Πολύ Συχνά	1,5	2
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

**Ανακοινώσεις και Αφίσες σε Δημόσιους Χώρους**

Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	9,5	51
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	9,5	1
Σπάνια	21,5	12
Συχνά	43,5	9
Αρκετά Συχνά	12	10
Πολύ Συχνά	4	14
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

**Συζητήσεις με Φιλικό – Οικογενειακό Περιβάλλον**

Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	8	10
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	10,5	-
Σπάνια	27,5	3
Συχνά	37,5	11
Αρκετά Συχνά	15	8
Πολύ Συχνά	1,5	65
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

**Επικοινωνία με Αρμόδια Υπηρεσία του Δήμου**

Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	18	52
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	31,5	13

<b>(Συνέχεια πίνακα 5.7.1) Ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος</b>		
Σπάνια	26	6
Συχνά	17,5	8
Αρκετά Συχνά	4,5	10
Πολύ Συχνά	2,5	8
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Επίσκεψη σε Υπηρεσία του Δήμου</b>		
Ποτέ δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο	11	42
Ποτέ δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	38	15
Σπάνια	29,5	9
Συχνά	14,5	7
Αρκετά Συχνά	4,5	11
Πολύ Συχνά	2,5	13
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

Στον πίνακα 5.7.1, φαίνεται ότι τα δείγματα και των δύο ερευνών προτιμούν να ενημερώνονται συχνά και πολύ συχνά από τις τοπικές εφημερίδες. Όσο αφορά τα φυλλάδια που διανέμονται από τις υπηρεσίες δεν αποτελούν ποτέ τρόπο ενημέρωσης για τους ερωτώμενους του Δήμου Ξάνθης (63%), ενώ για τον πληθυσμό του Δήμου Κορυδαλλού αποτελεί σπάνιο ή συχνό τρόπο ενημέρωσης (32,5%). Οι ανακοινώσεις δεν αποτελούν ποτέ τρόπο ενημέρωσης στην έρευνα του Δήμου Ξάνθης (51%), ενώ είναι συχνό στην έρευνα της Σκριβάνου (43,5%).

**Πίνακας 5.7.2:** Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος

	<b>Δήμος Κορυδαλλού</b>	<b>Δήμος Ξάνθης</b>
<b>Αριθμός Υπηρεσιών</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	13	9
Κακή	2,5	7
Μέτρια	9	44
Καλή	62,5	24
Πολύ Καλή	13	14
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>98</b>
<b>Είδος Παρεχομένων Υπηρεσιών</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	12	4
Κακή	2,5	7
Μέτρια	15,5	46
Καλή	59	28
Πολύ Καλή	11	12
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Χρησιμότητα Παρεχομένων Υπηρεσιών</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	9,5	4
Κακή	3	4
Μέτρια	13	13
Καλή	61,5	23
Πολύ Καλή	13	53
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Προσβασιμότητα</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	16,5	4
Κακή	7	8
Μέτρια	25,5	29
Καλή	43	29
Πολύ Καλή	8	27
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Ωράριο Λειτουργίας</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	16	-
Κακή	2,5	13
Μέτρια	12	20
Καλή	62,5	33
Πολύ Καλή	7	31
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Χώρος Παρεχομένων Υπηρεσιών</b>		

<b>(συνέχεια πίνακα 5.7.2): Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	13	-
Κακή	9	3
Μέτρια	27,5	28
Καλή	43,5	37
Πολύ Καλή	7	29
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Συμπεριφορά Υπαλλήλων</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	6,3	-
Κακή	4,5	10
Μέτρια	14,04	31
Καλή	54,66	33
Πολύ Καλή	20,5	23
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Πρόθεση Εξυπηρέτησης</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	5,5	-
Κακή	4	7
Μέτρια	24,5	29
Καλή	44,5	43
Πολύ Καλή	21,5	18
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Επαγγελματικές Δεξιότητες Προσωπικού</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	17	3
Κακή	5	8
Μέτρια	19,5	31
Καλή	43,5	37
Πολύ Καλή	15	18
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Διευκόλυνση Πολιτών (από τους υπαλλήλους)</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	8	2
Κακή	5	7
Μέτρια	25,5	30
Καλή	47,5	41
Πολύ Καλή	14	17
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Προσοχή στα αιτήματα/ανάγκες πολιτών</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	10	1

<b>(συνέχεια πίνακα 5.7.2): Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος</b>		
Κακή	5,5	7
Μέτρια	27,5	36
Καλή	44,5	35
Πολύ Καλή	12,5	18
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Εξυπηρέτηση από τους Υπαλλήλους</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	4	-
Κακή	3,5	8
Μέτρια	16,5	28
Καλή	59	42
Πολύ Καλή	17	19
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Χρόνος Εξυπηρέτησης</b>		
Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ	3,5	4
Κακή	6,5	12
Μέτρια	19,5	33
Καλή	56	41
Πολύ Καλή	14,5	7
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.7.2, η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες έδειξε ότι για τον Δήμο Κορυδαλλού οι ερωτώμενοι έχουν καλό ποσοστό ικανοποίησης απο όλες υπηρεσίες, ενώ οι ερωτώμενοι του Δήμου Ξάνθης διαφοροποιούνται με μέτριο βαθμό ικανοποίησης στον αριθμό (44%) και το είδος (46%) των παρεχομένων υπηρεσιών

**Πίνακας 5.7.3:** Βαθμός σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος

	<b>Δήμος Κορυδαλλού</b>	<b>Δήμος Ξάνθης</b>
<b>Κοινωνικές Υπηρεσίες – Κοινωνική Πολιτική</b>		
Πολύ Σημαντικό	24,5	42
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	5,5	8
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	22	45
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	48	3
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>98</b>
<b>Υδρευση - Αποχέτευση</b>		
Πολύ Σημαντικό	10	21
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	7	14
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	10	57
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	73	5
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Περιβάλλον - Πράσινο</b>		
Πολύ Σημαντικό	46,5	23
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	9,5	11
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	26,5	57
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	17,5	6
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Πολιτισμός</b>		



<b>(συνέχεια πίνακα 5.7.3) Βαθμός σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος</b>		
Πολύ Σημαντικό	12,5	46
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	7	10
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	20,5	37
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	60	4
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Δημοτικά Έργα</b>		
Πολύ Σημαντικό	33	20
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	12,5	8
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	13,5	63
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	41	6
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Συγκοινωνία</b>		
Πολύ Σημαντικό	-	38
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	-	12
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	-	41
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	-	6
<b>Σύνολο</b>	<b>-</b>	<b>97</b>
<b>Εισφορές (Δημοτικά Τέλη)</b>		
Πολύ Σημαντικό	9	20
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	9,5	5

<b>(συνέχεια πίνακα 5.7.3) Βαθμός σημαντικότητας των δραστηριοτήτων του Δήμου σε έρευνες για τον πληθυσμό – Ποσοστό % επί του συνολικού δείγματος</b>		
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	8,5	63
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	73	9
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Ανεργία</b>		
Πολύ Σημαντικό	39	60
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	8,5	4
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	9,5	27
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	43	6
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Αρχιτεκτονική – Υποδομές</b>		
Πολύ Σημαντικό	8	19
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	10	11
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	6	62
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	76	5
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Κυκλοφορία</b>		
Πολύ Σημαντικό	55,5	39
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	10,5	13
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	9,5	37
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν	24,5	8

απαιτείται περισσότερη προσοχή		
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Δημοτική Αστυνόμευση</b>		
Πολύ Σημαντικό	36,5	45
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	10,5	12
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	17,5	33
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	35,5	7
<b>Σύνολο</b>	<b>100</b>	<b>97</b>
<b>Παιδεία /Εκπαίδευση</b>		
Πολύ Σημαντικό	24	69
Τομέας στον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	7,5	7
Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	14	19
Όχι ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν απαιτείται περισσότερη προσοχή	54	2
<b>Σύνολο</b>	<b>99,5</b>	<b>97</b>

Στον πίνακα 5.7.3 φαίνεται ότι το αίσθημα σημαντικότητας των δραστηριοτήτων είναι υψηλότερο ως ιδιαίτερα σημαντική δραστηριότητα που απαιτεί περισσότερη προσοχή ή πολύ σημαντική δραστηριότητα στους ερωτώμενους του Δήμου Ξάνθης για την κοινωνικής πολιτική, την παιδεία, τον πολιτισμό, την ανεργία, τους φόρους/τέλη. Οι ερωτώμενοι του Δήμου Κορυδαλλού θεωρούν τους παραπάνω τομείς δραστηριοτήτων ως όχι ιδιαίτερα σημαντικούς για τους οποίους δεν απαιτείται περαιτέρω προσοχή. Σημαντική είναι να αναφερθεί ότι στον παραπάνω πίνακα αποτυπώνεται η εκ διαμέτρου αντίθετη άποψη των ερωτώμενων για την σημαντικότητα των δραστηριοτήτων των Δήμων που κατοικούν.

## 5.9 Συμπεράσματα

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο έγινε προσπάθεια να παρουσιάσθουν τα αποτελέσματα της έρευνας για τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες του Δήμου Ξάνθης, που κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου. Με βάση τα δεδομένα που προέκυψαν, φαίνεται ότι:

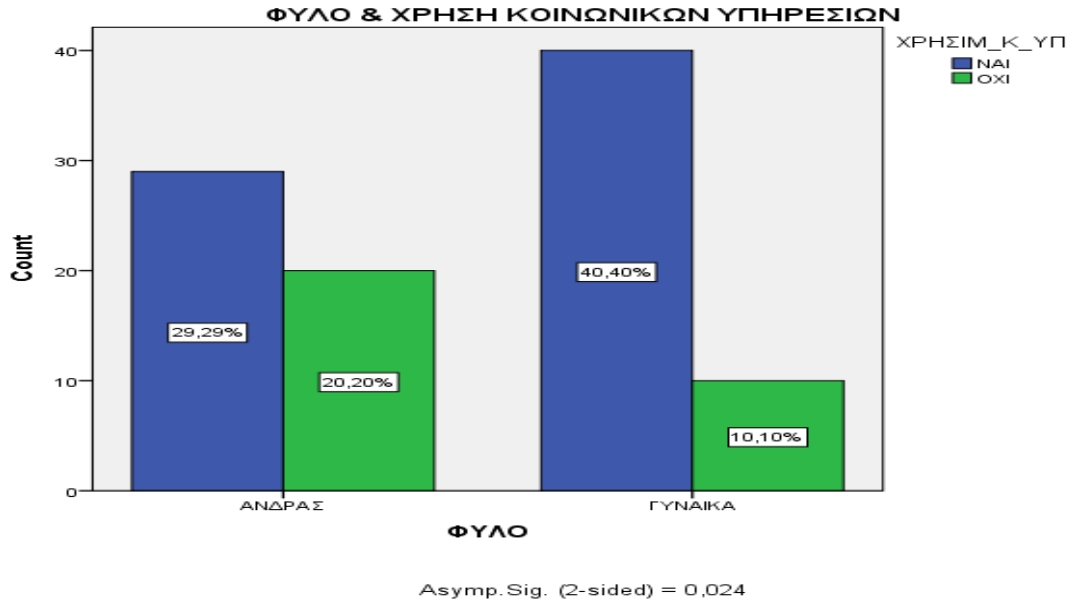
- Όσο αφορά την συχνότητα χρήσης των κοινωνικών υπηρεσιών από τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες του Δήμου Ξάνθης μπορεί να αναφερθεί ότι το 69% του δείγματος έχει χρησιμοποιήσει τις κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ το 27% κάνει χρήση όταν εμφανισθεί πρόβλημα υγείας.
- Οι λόγοι της τελευταίας επίσκεψης αφορούν διάφορα προβλήματα υγείας/εξετάσεις, σε ποσοστό 44%.
- Όσο αφορά τον βαθμό ικανοποίησης των ερωτώμενων από τις υπηρεσίες του Δήμου μπορεί να αναφερθεί ότι σε ποσοστό 44% του δείγματος θεωρείται μέτριος ο αριθμός των κοινωνικών υπηρεσιών, σε ποσοστό 46% θεωρείται μέτριο το είδος των παρεχομένων υπηρεσιών, ενώ σε ποσοστό 33% θεωρείται καλή η συμπεριφορά των υπαλλήλων και μέτριος ο χρόνος εξυπηρέτησης (33%).
- Οι ερωτώμενοι θεωρούν σχετικά με την σημαντικότητα των δραστηριοτήτων του Δήμου Ξάνθης σε ποσοστό 60% ότι η ανεργία είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τον οποίο ο Δήμος θα πρέπει να αναλάβει μέριμνα.
- Σε ποσοστό 29%, οι ερωτώμενοι είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών στις οποίες απευθύνθηκαν.
- Όσο αφορά την χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών, φαίνεται να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα με το φύλο ( $p=0,024$ ), τις γραμματικές γνώσεις ( $p=0,023$ ) και την ύπαρξη χρόνιο νοσήματος ( $p=0,015$ ). Ενώ δεν προκύπτει η χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών να συνδέεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία ( $p=0,297$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,267$ ), το μηναίο οικογενειακό εισόδημα ( $p=0,487$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,154$ ), το είδος επαγγέλματος ( $p=0,379$ ) και την αναπηρία ( $p=0,379$ ).
- Σχετικά με την συχνότητα επισκέψεων στις κοινωνικές υπηρεσίες φαίνεται να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα σε σχέση με το φύλο ( $p=0,013$ ), τον αριθμό παιδιών ( $p=0,001$ ) και τις γραμματικές γνώσεις ( $p=0,000$ ). Δεν φαίνεται να συνδέεται στατιστικά σημαντικά η συχνότητα επισκέψεων στις κοινωνικές υπηρεσίες με την ηλικία ( $p=0,610$ ),

την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,122$ ), το μηναίο οικογενειακό εισόδημα ( $p=0,065$ ) και το είδος επαγγέλματος ( $p=0,180$ ).

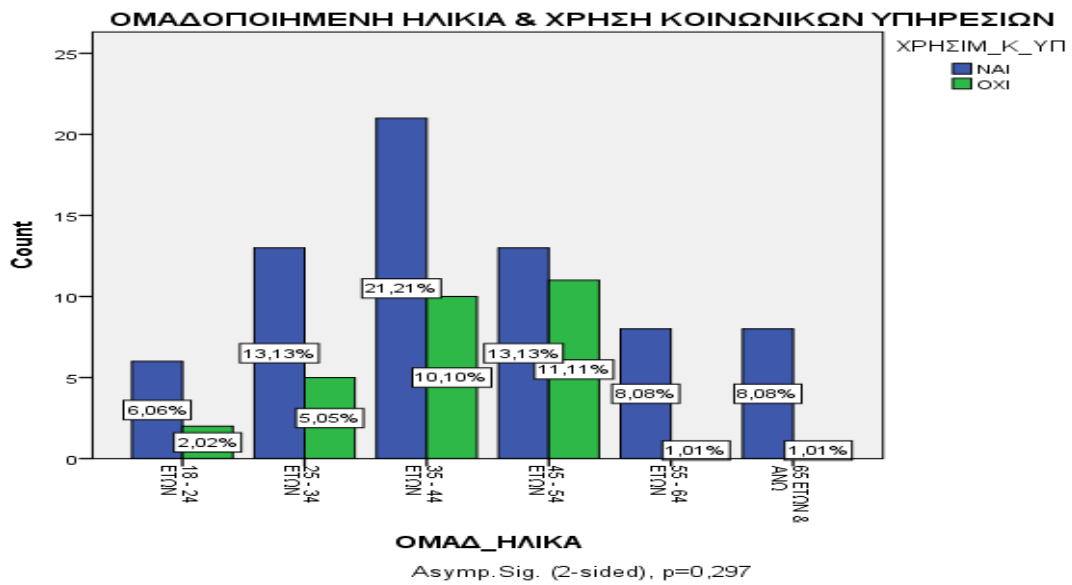
- Όσο αφορά τον λόγο τελευταίας επίσκεψης, φαίνεται ότι δεν συνδέεται στατιστικά σημαντικά με κάποιο κοινωνικό – δημογραφικό χαρακτηριστικό.
- Τέλος, η διενέργεια προληπτικών εξετάσεων συνδέεται στατιστικά σημαντικά με τις γραμματικές γνώσεις ( $p=0,051$ ), με την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ( $p= 0,003$ ) και με την ύπαρξη αναπηρίας ( $p=0,040$ ).

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

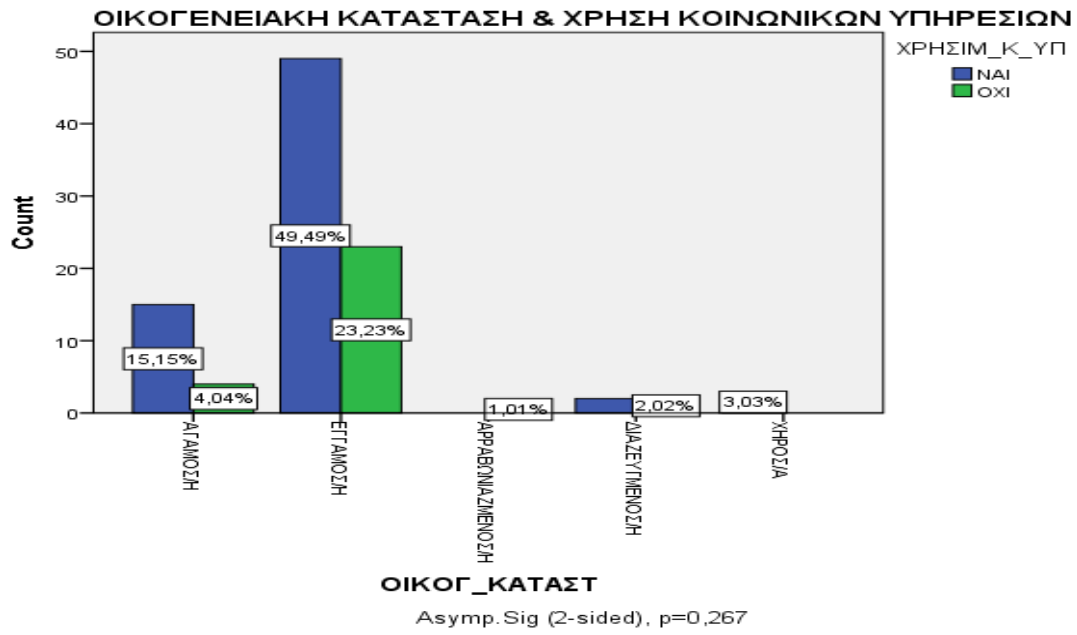
Διάγραμμα 1



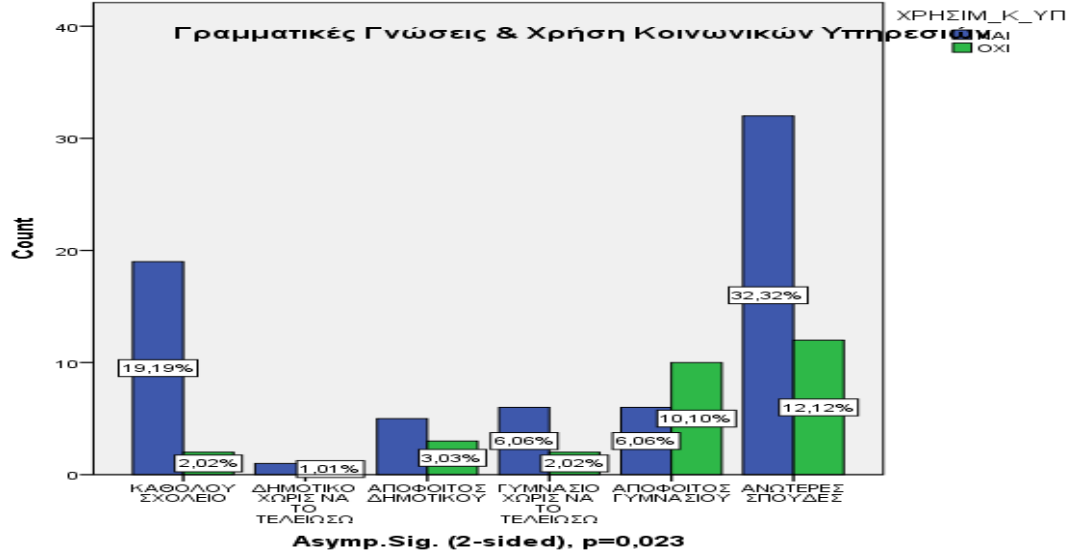
Διάγραμμα 2



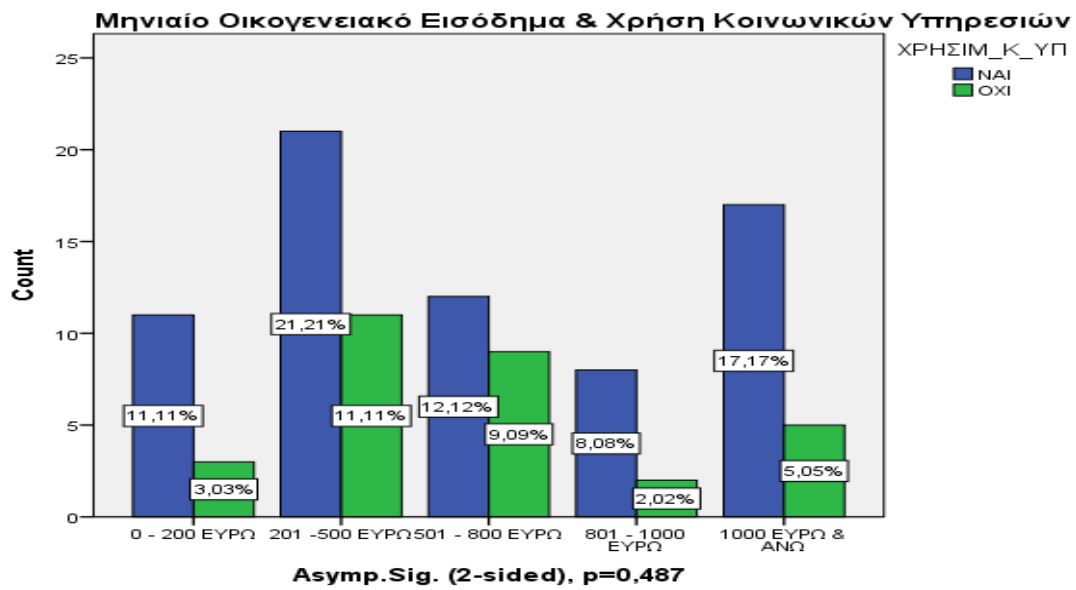
Διάγραμμα 3



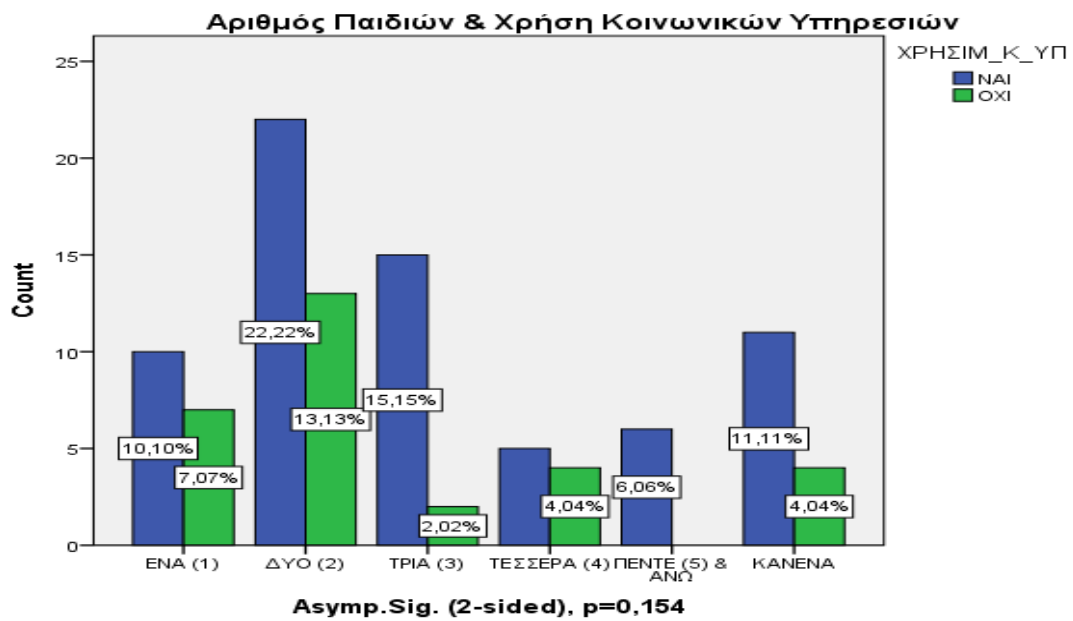
Διάγραμμα 4



**Διάγραμμα 5**

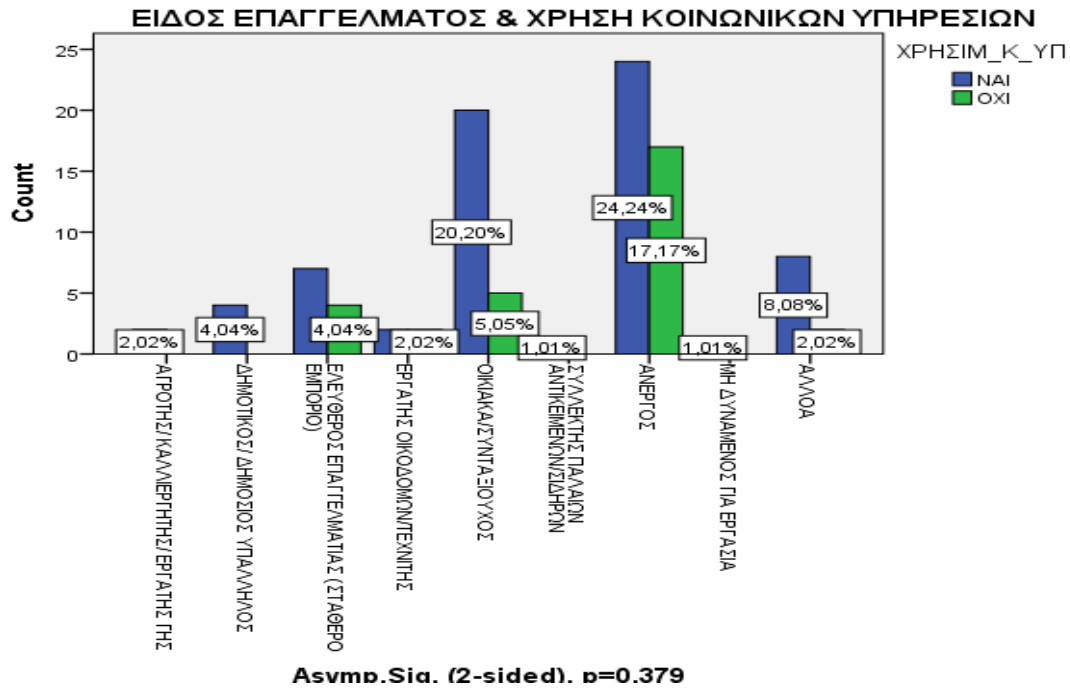


**Διάγραμμα 6**

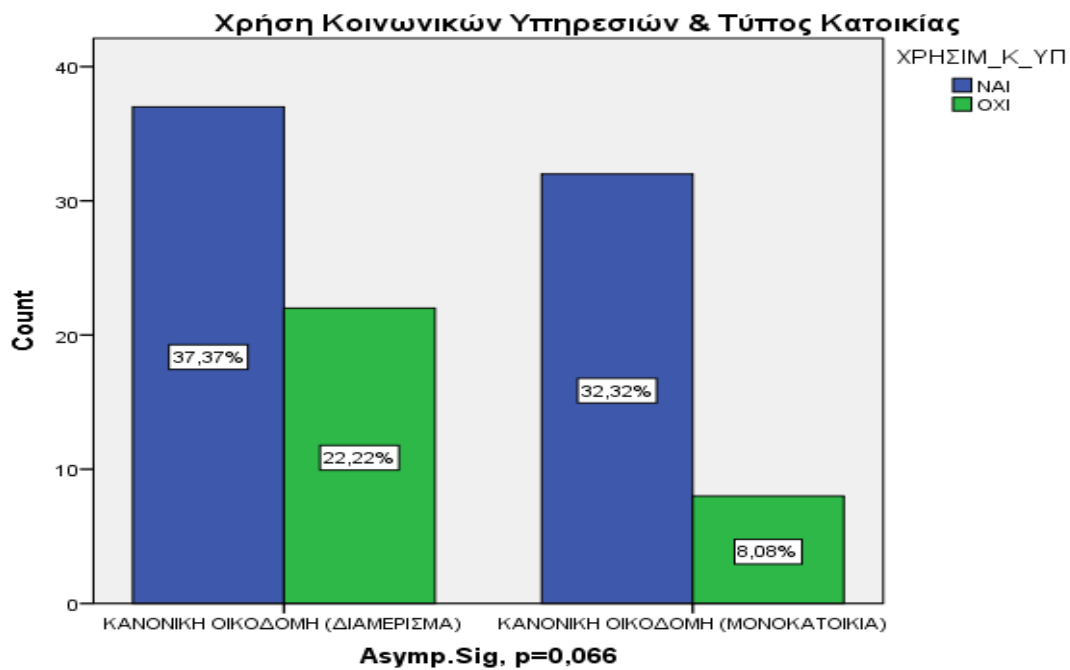




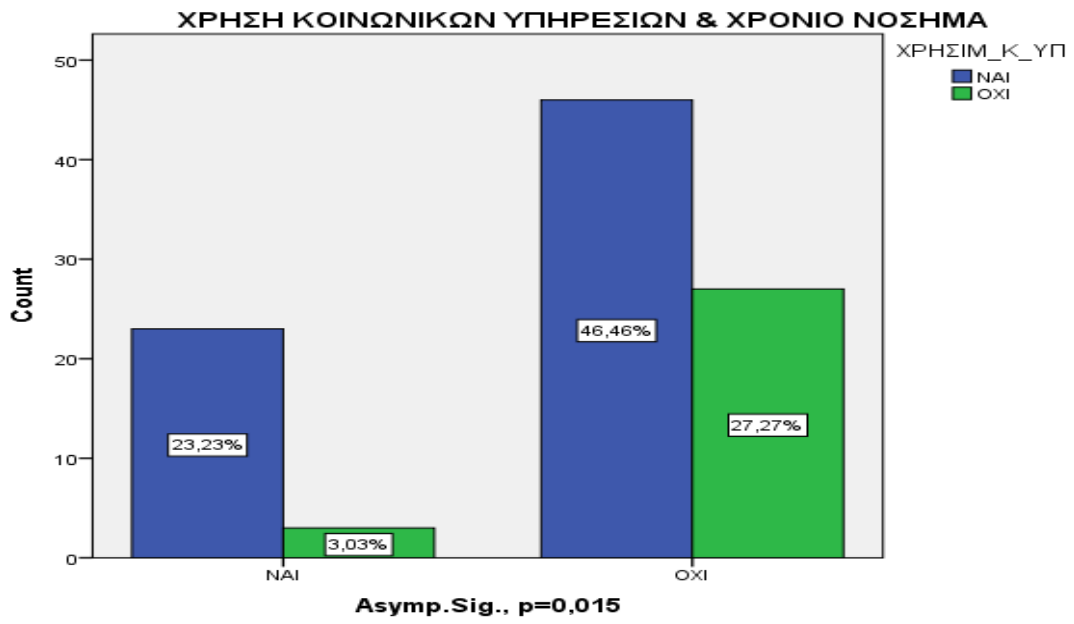
Διάγραμμα 7



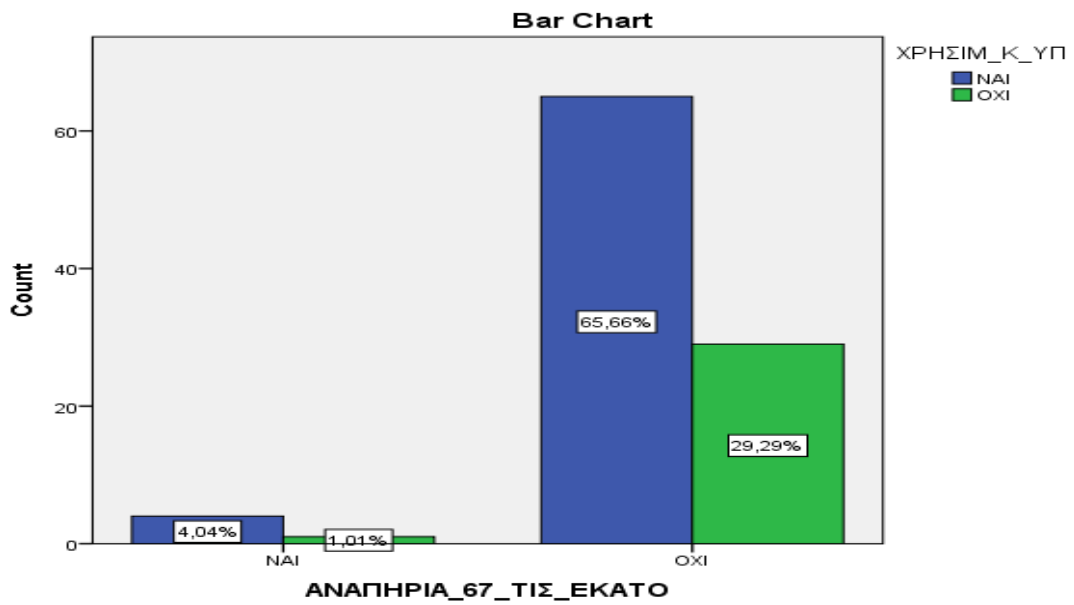
Διάγραμμα 8



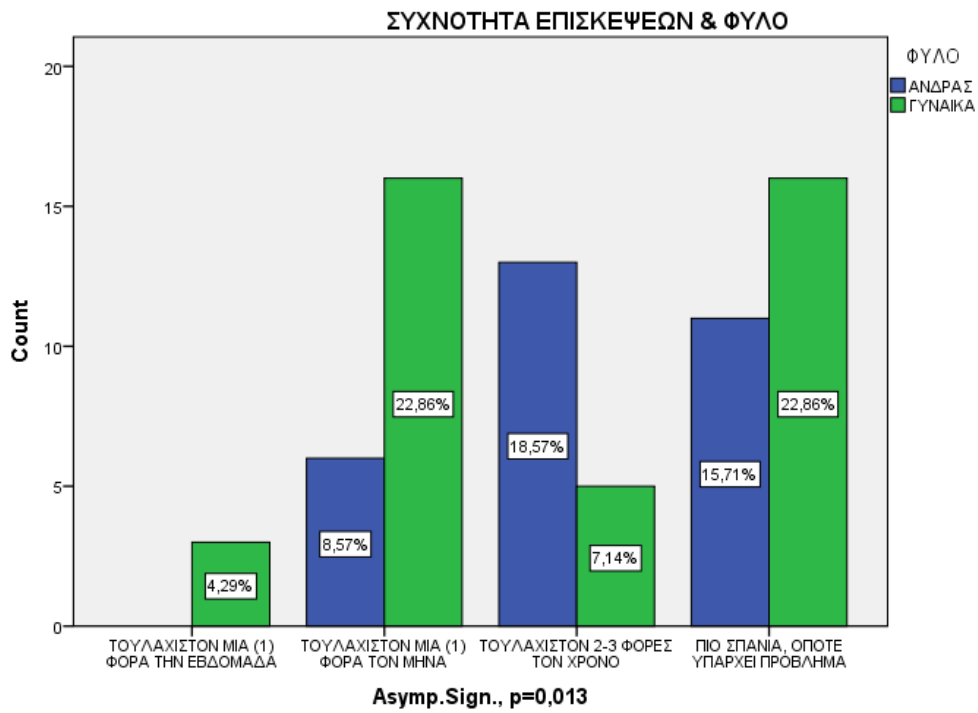
Διάγραμμα 9



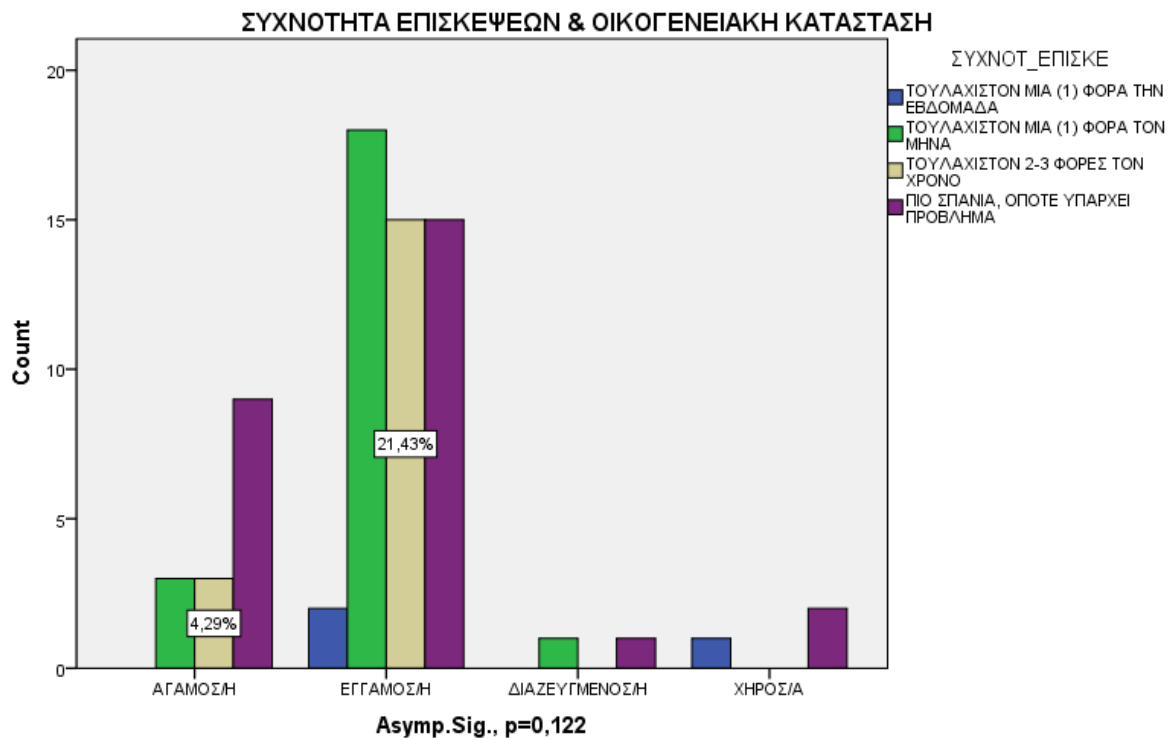
Διάγραμμα 10



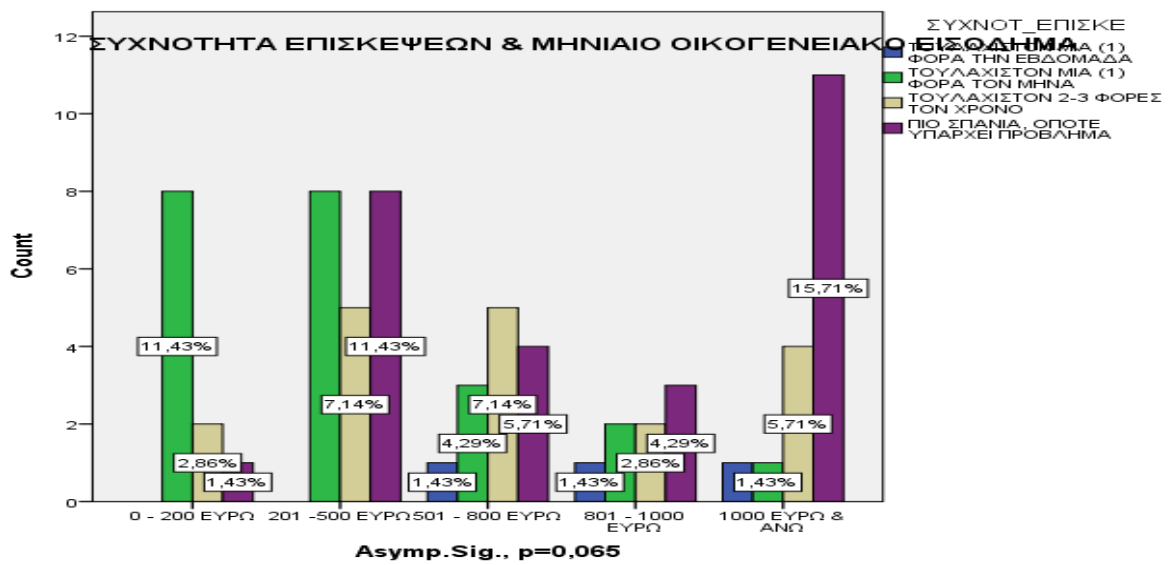
**Διάγραμμα 11**



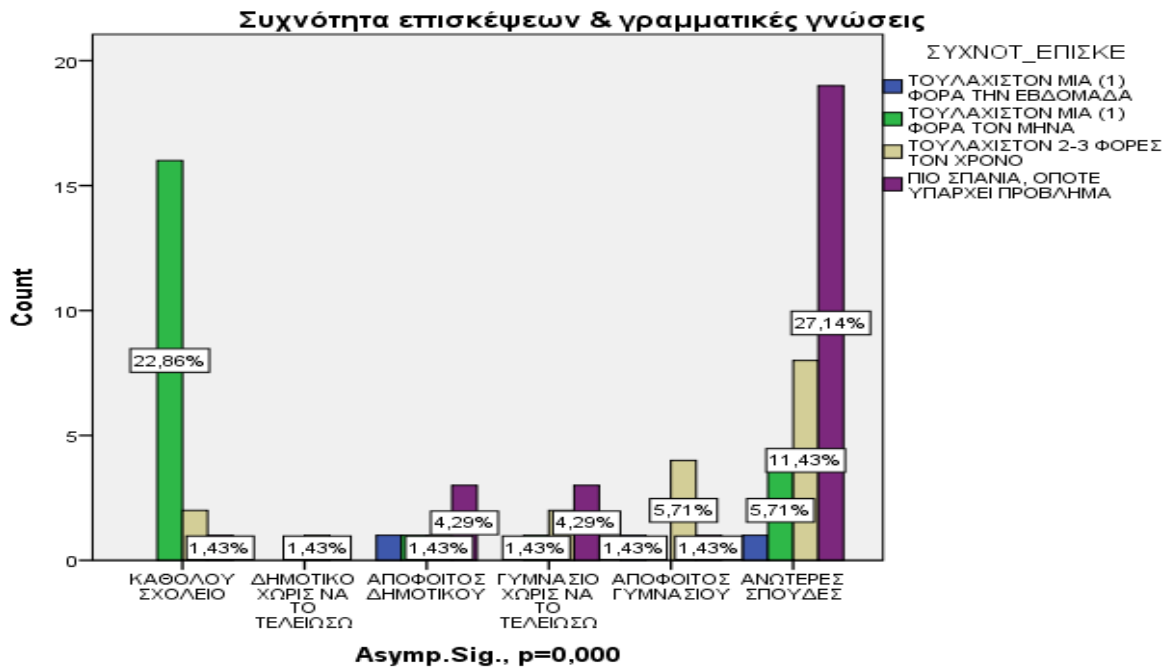
**Διάγραμμα 12**



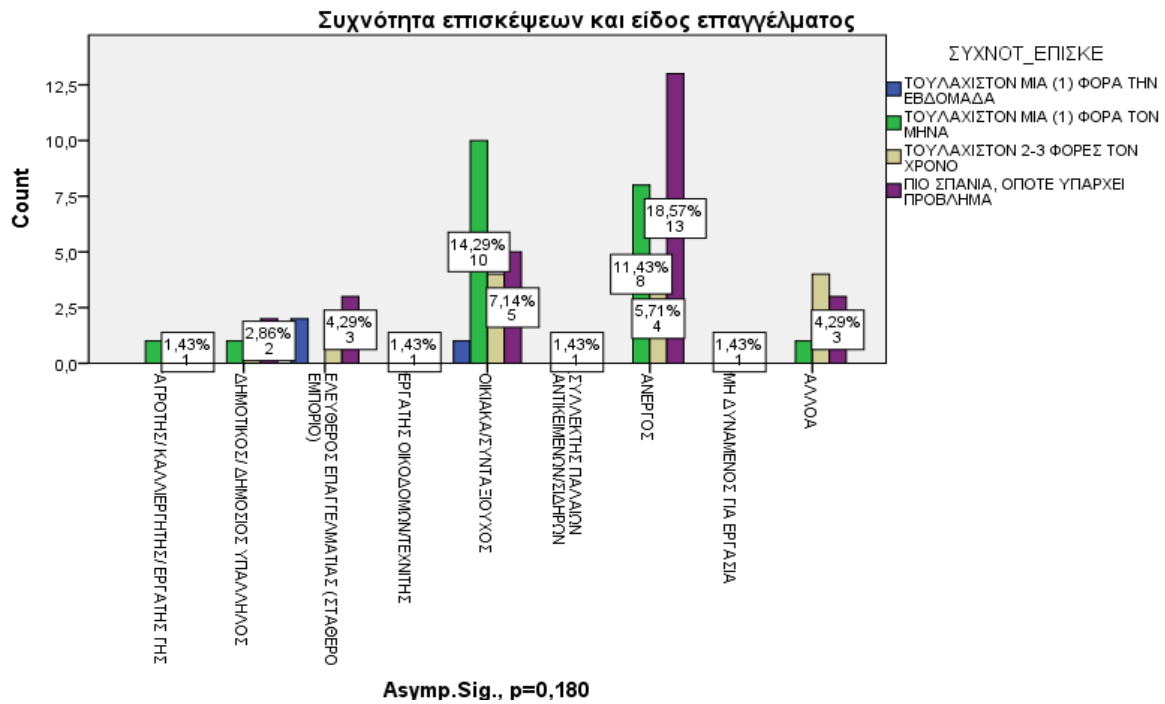
Διάγραμμα 13



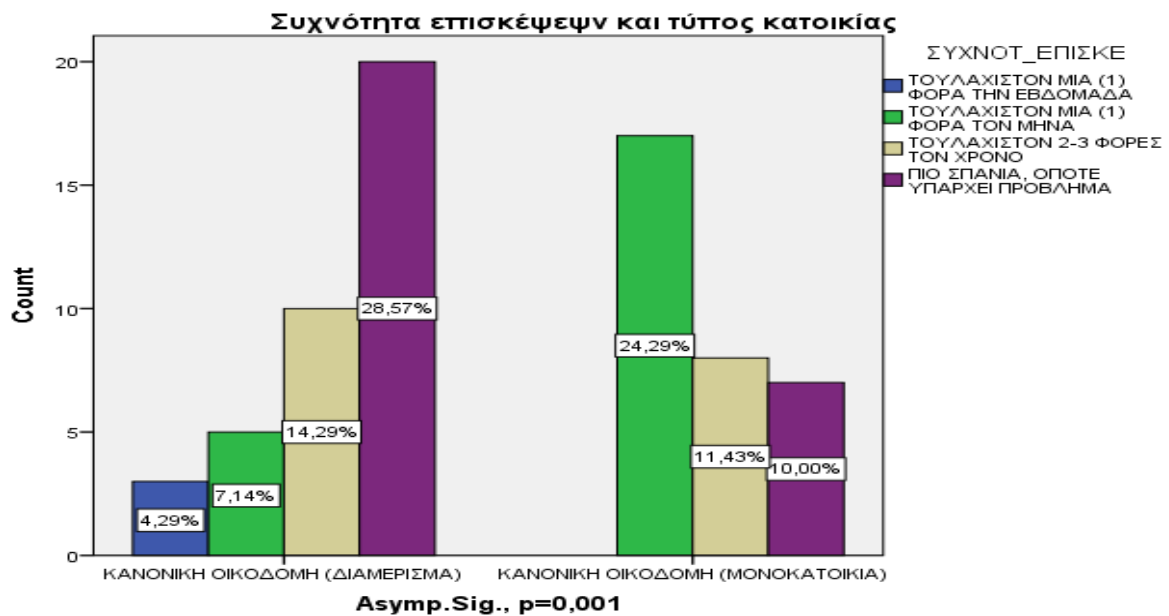
Διάγραμμα 14



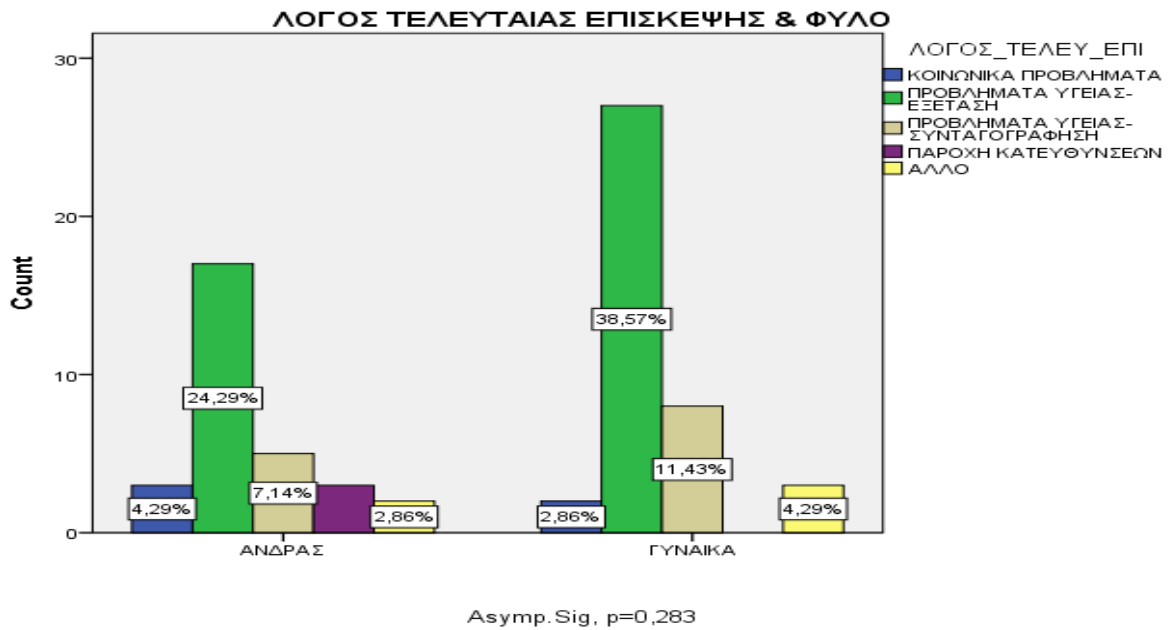
Διάγραμμα 15



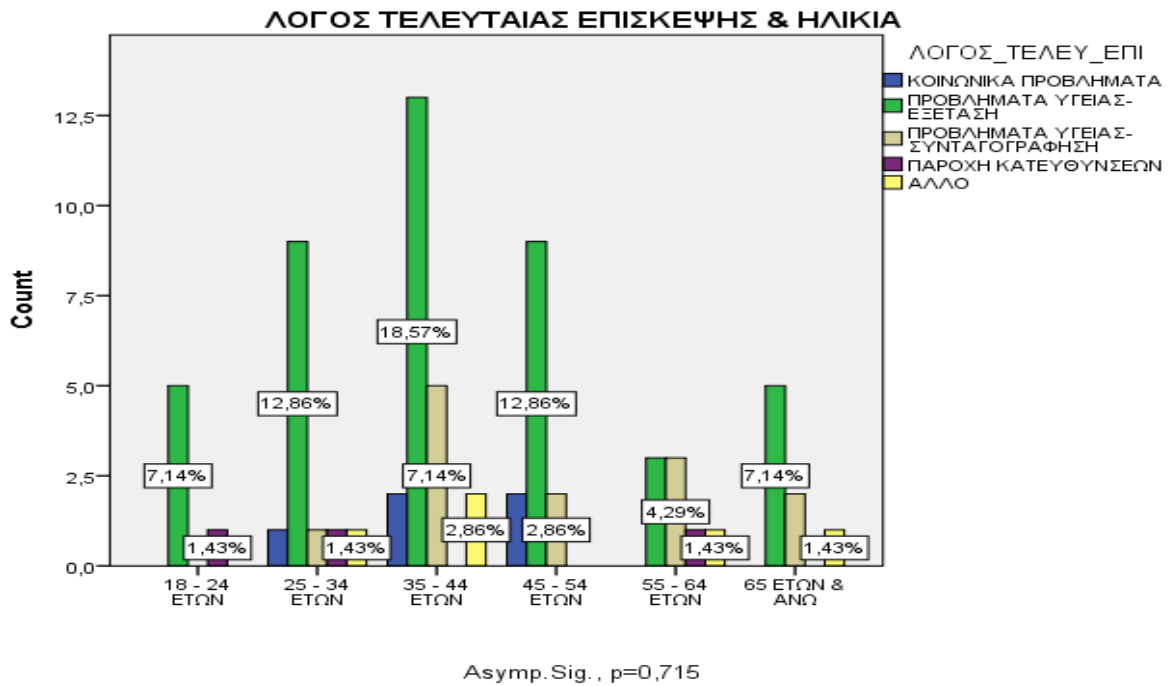
Διάγραμμα 16



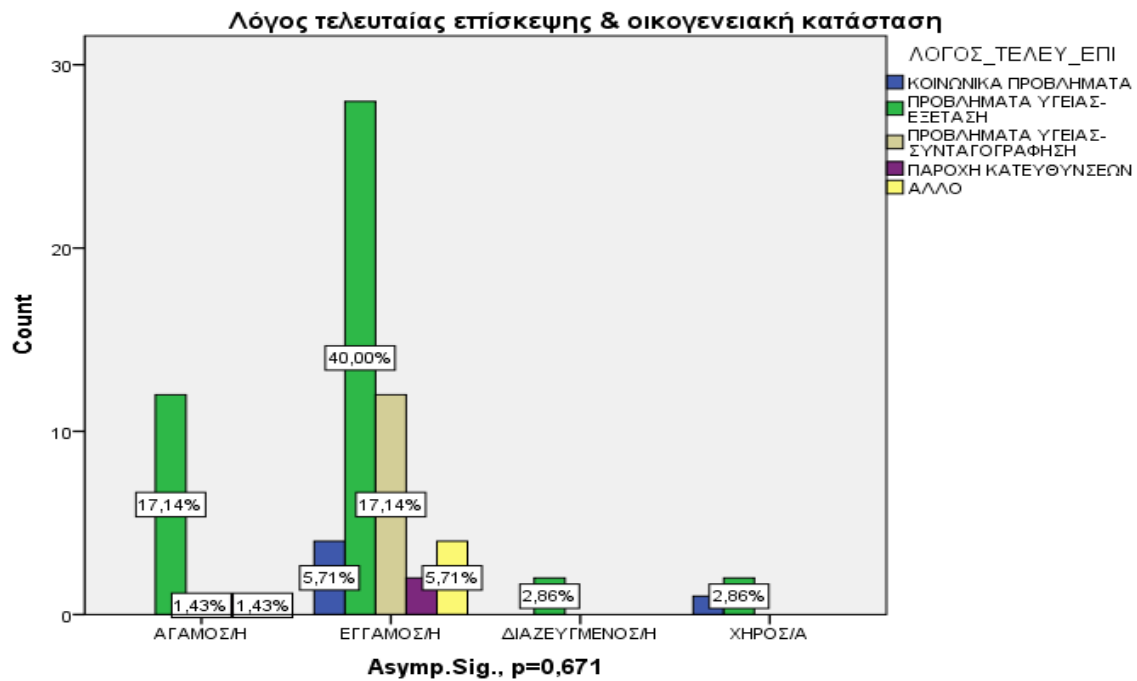
Διάγραμμα 17



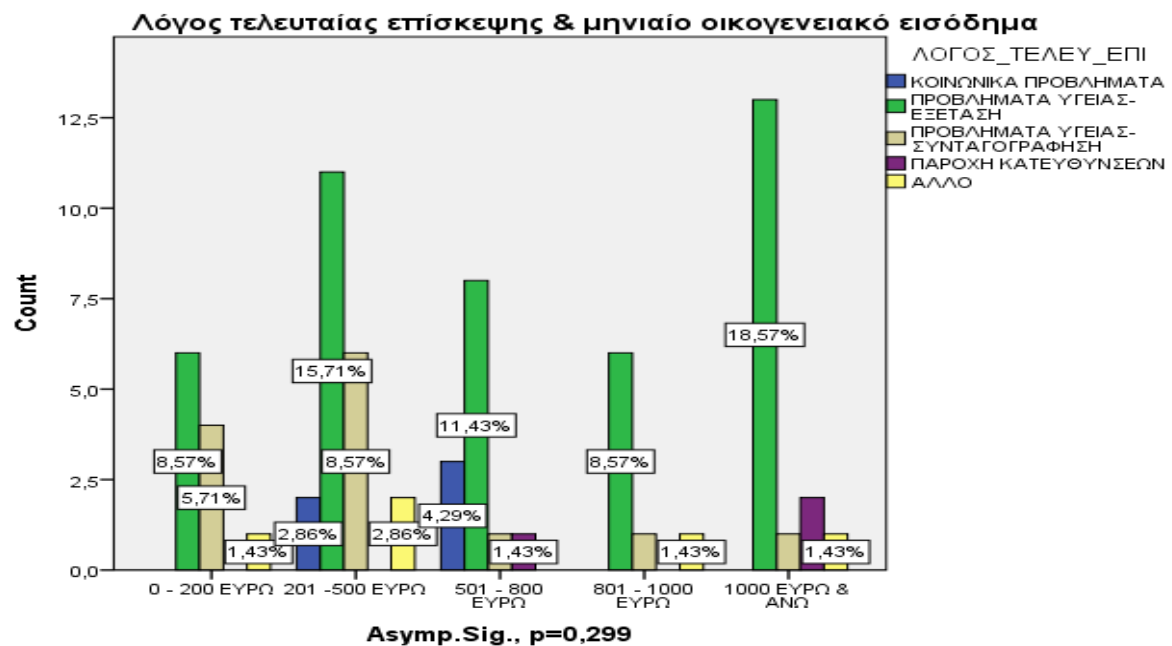
Διάγραμμα 18



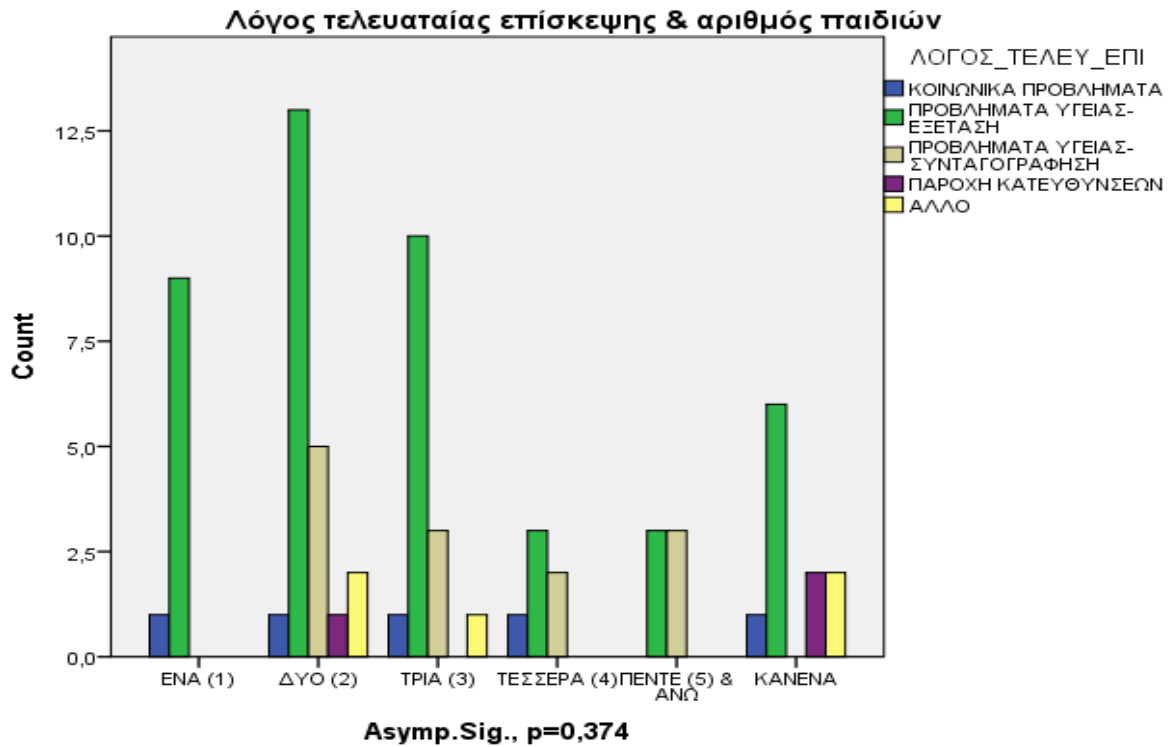
**Διάγραμμα 19**



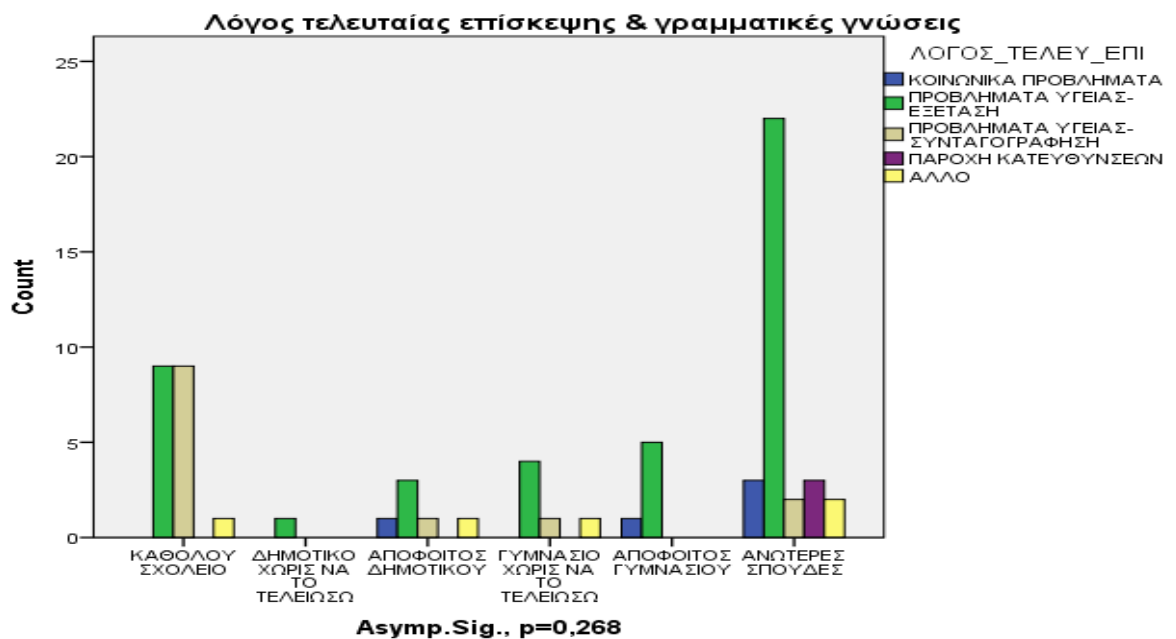
**Διάγραμμα 20**



**Διάγραμμα 21**



**Διάγραμμα 22**

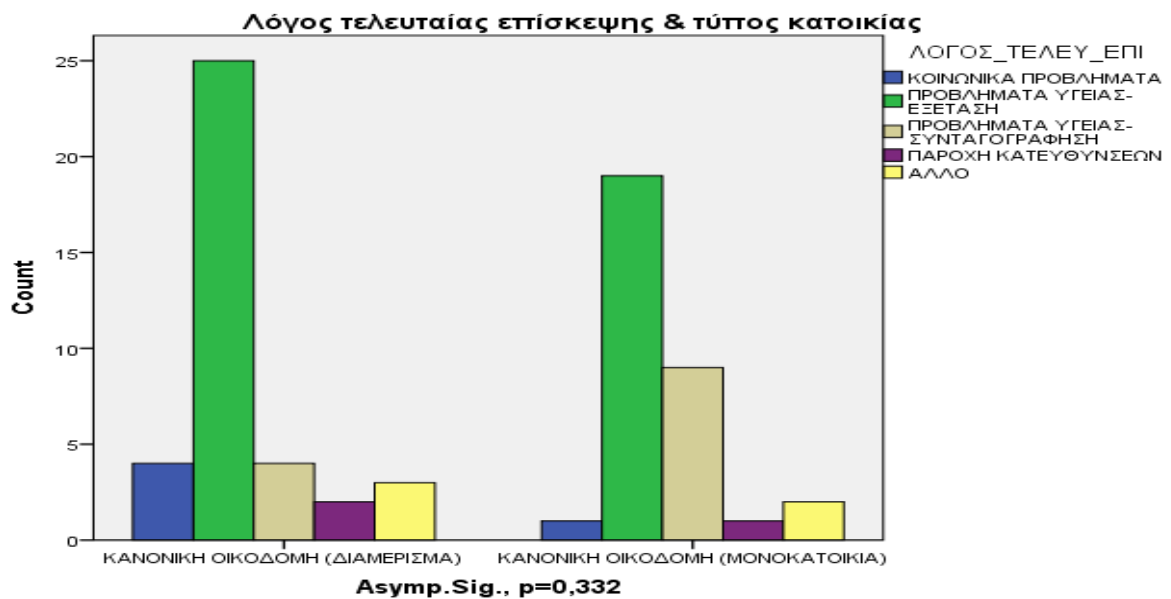




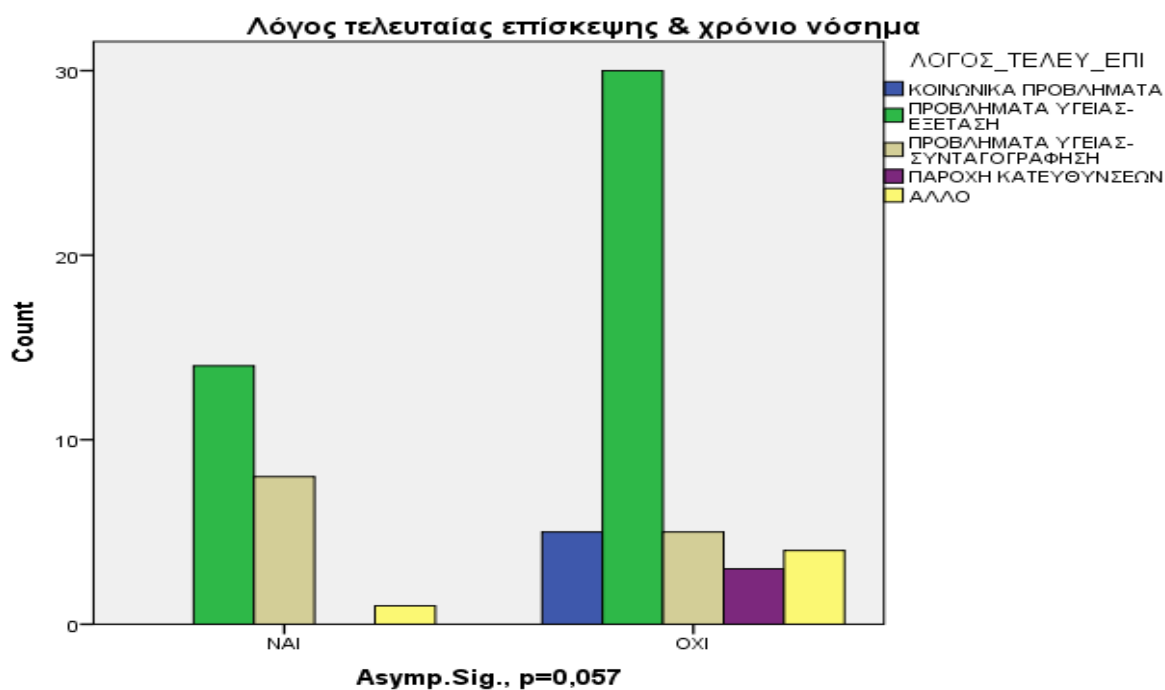
Διάγραμμα 23



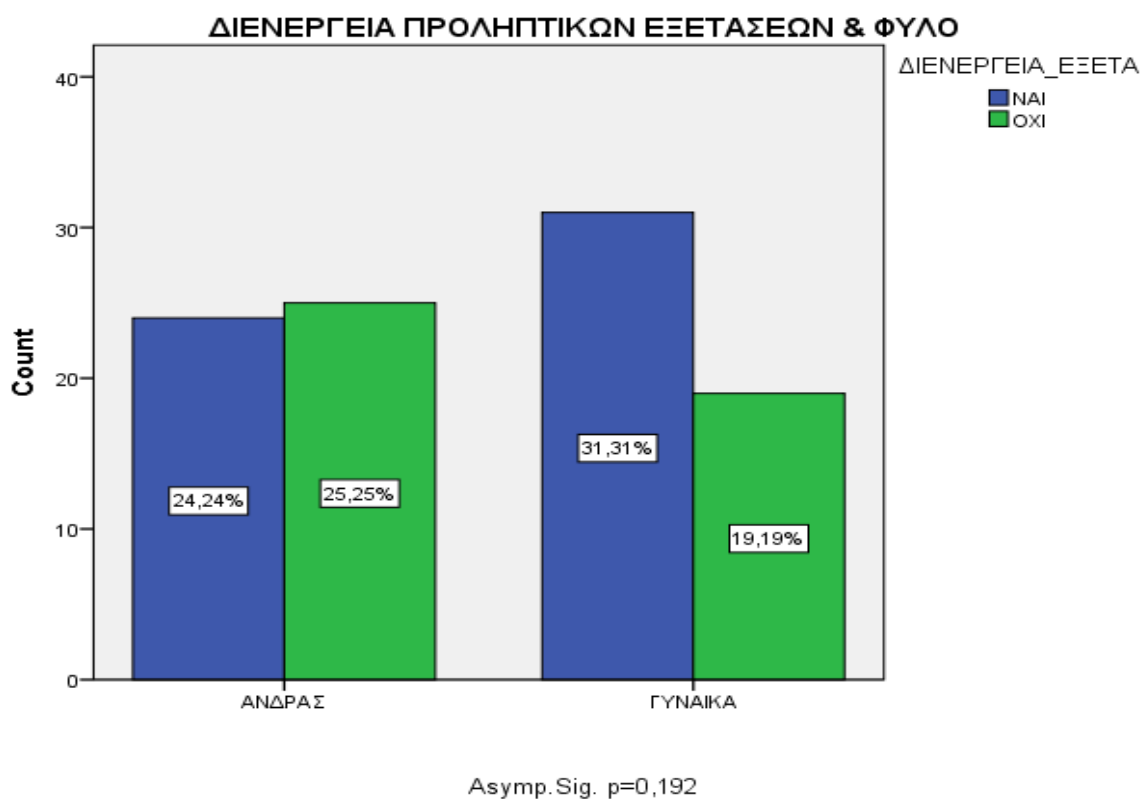
Διάγραμμα 24



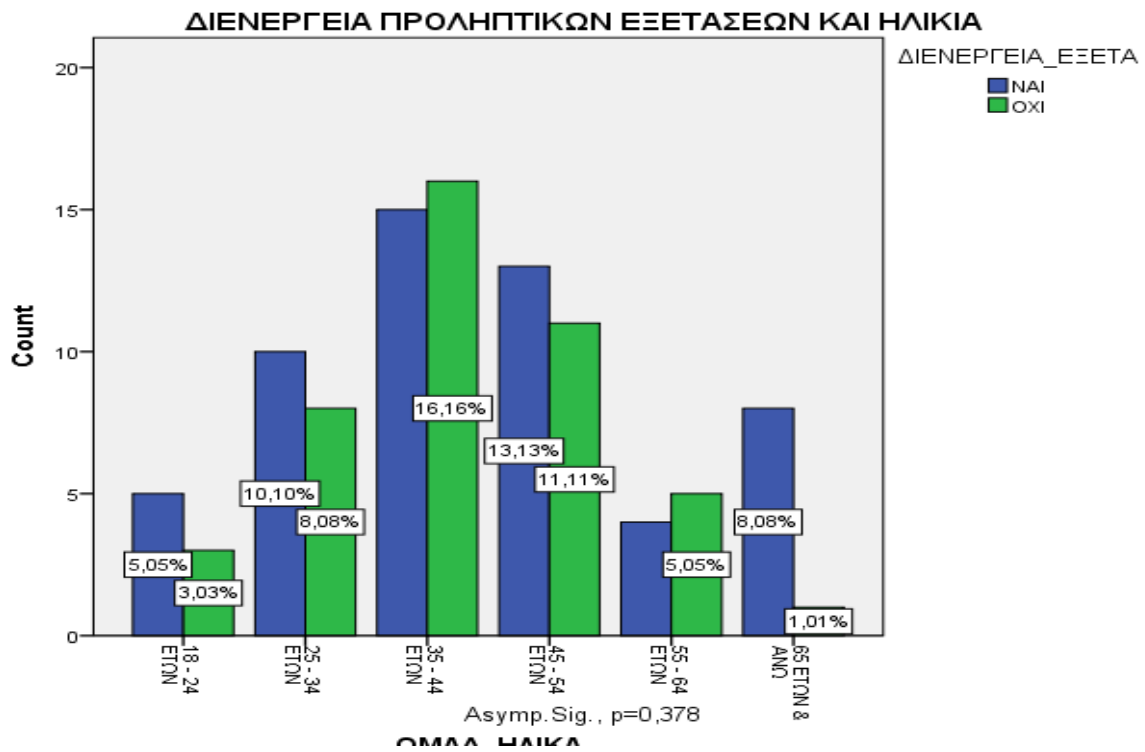
Διάγραμμα 25



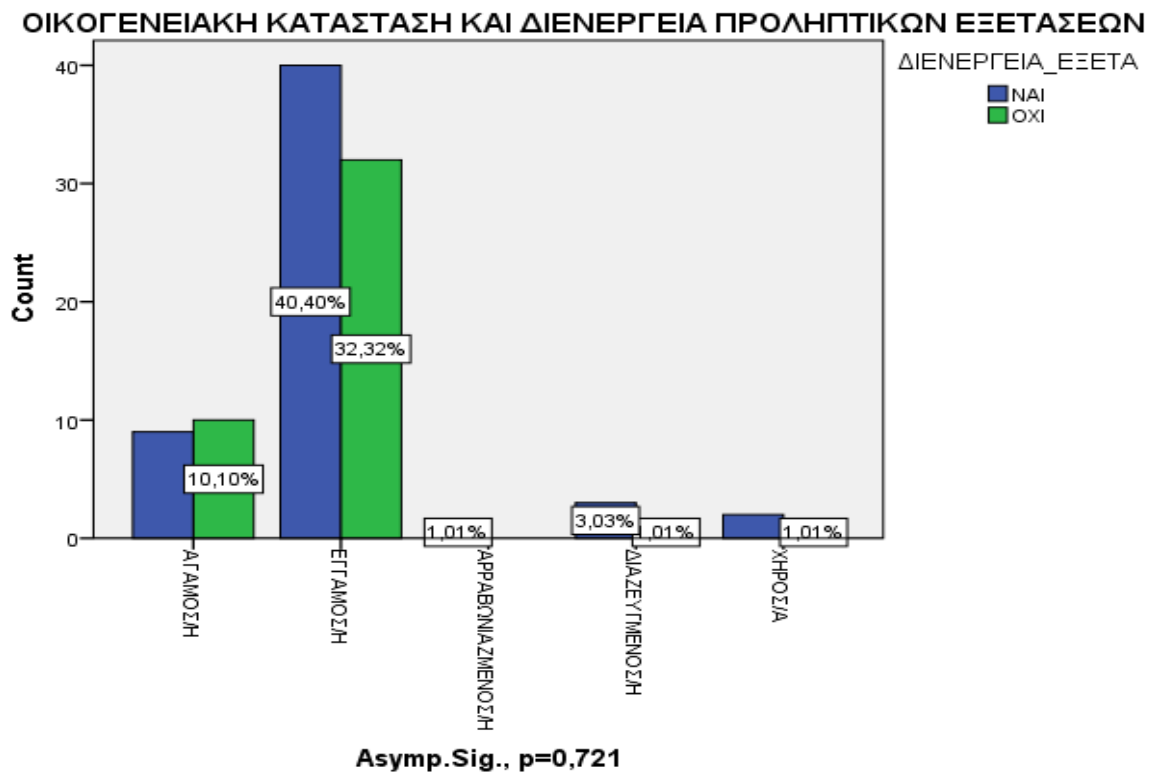
Διάγραμμα 26



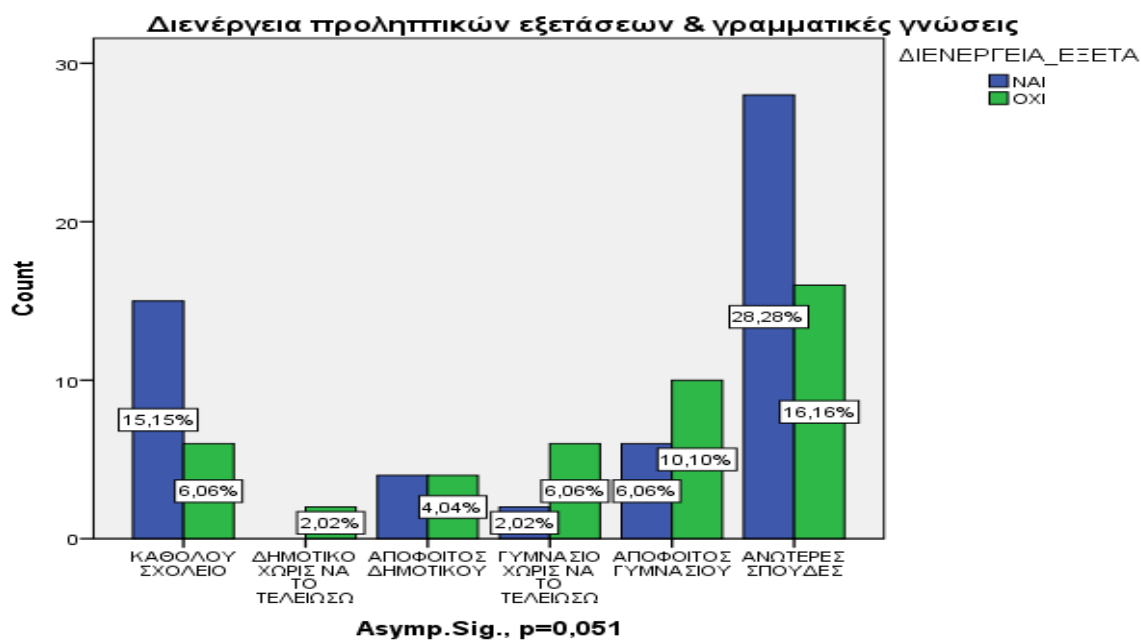
Διάγραμμα 27



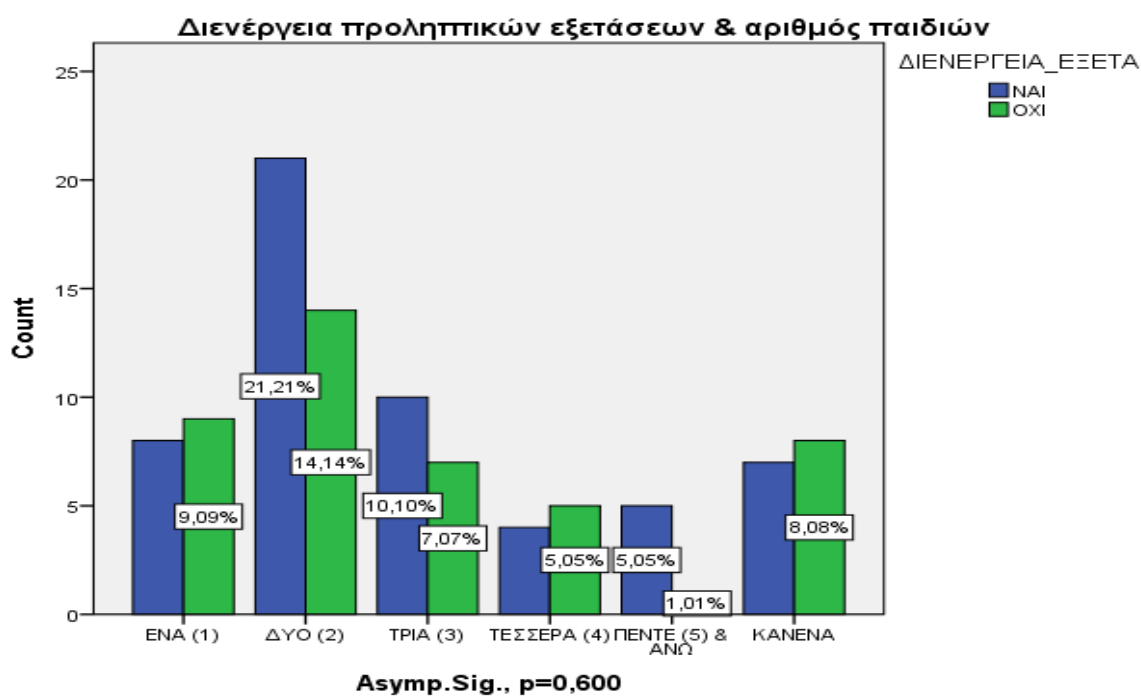
Διάγραμμα 28



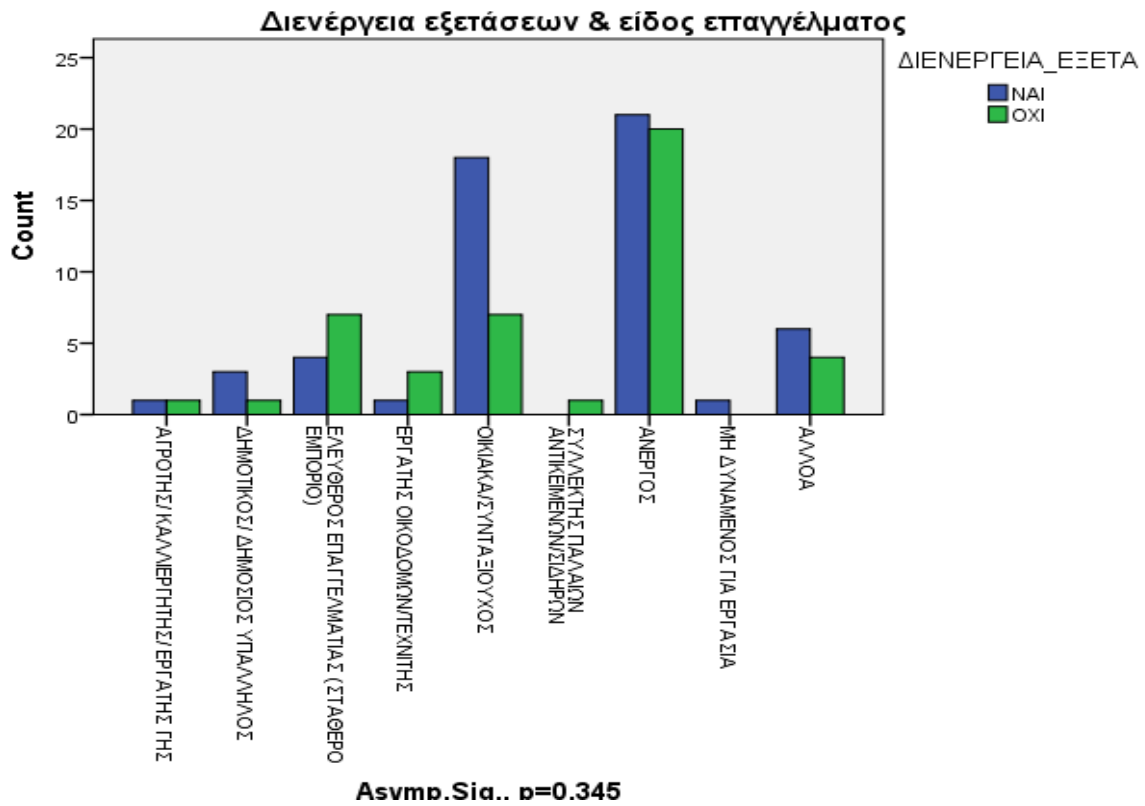
Διάγραμμα 29



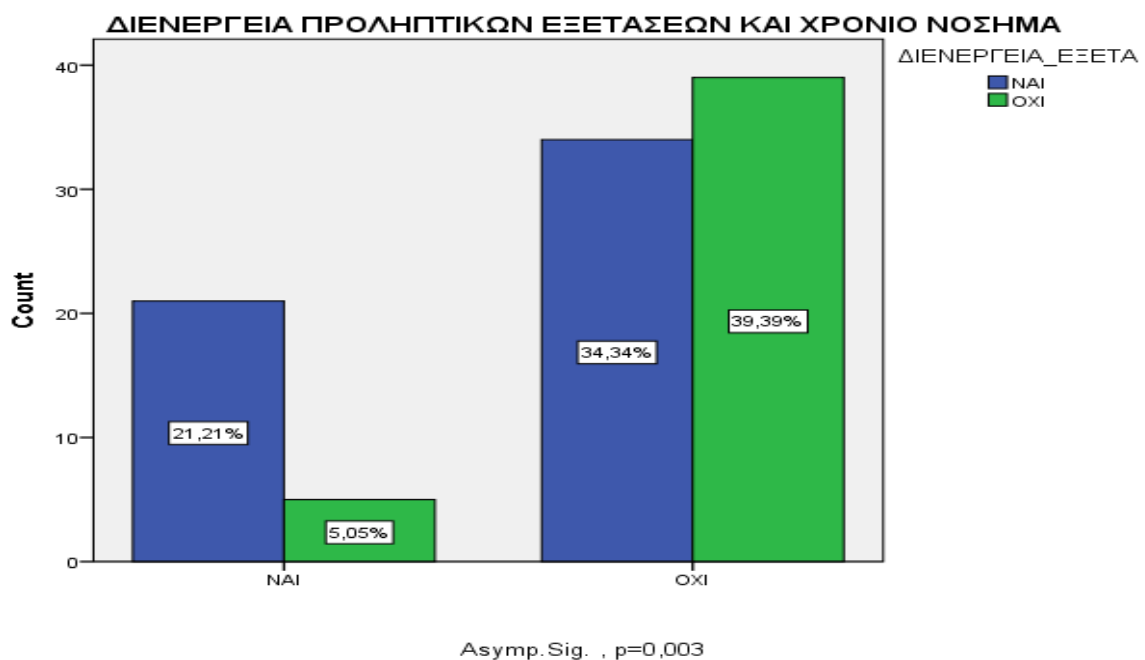
Διάγραμμα 30



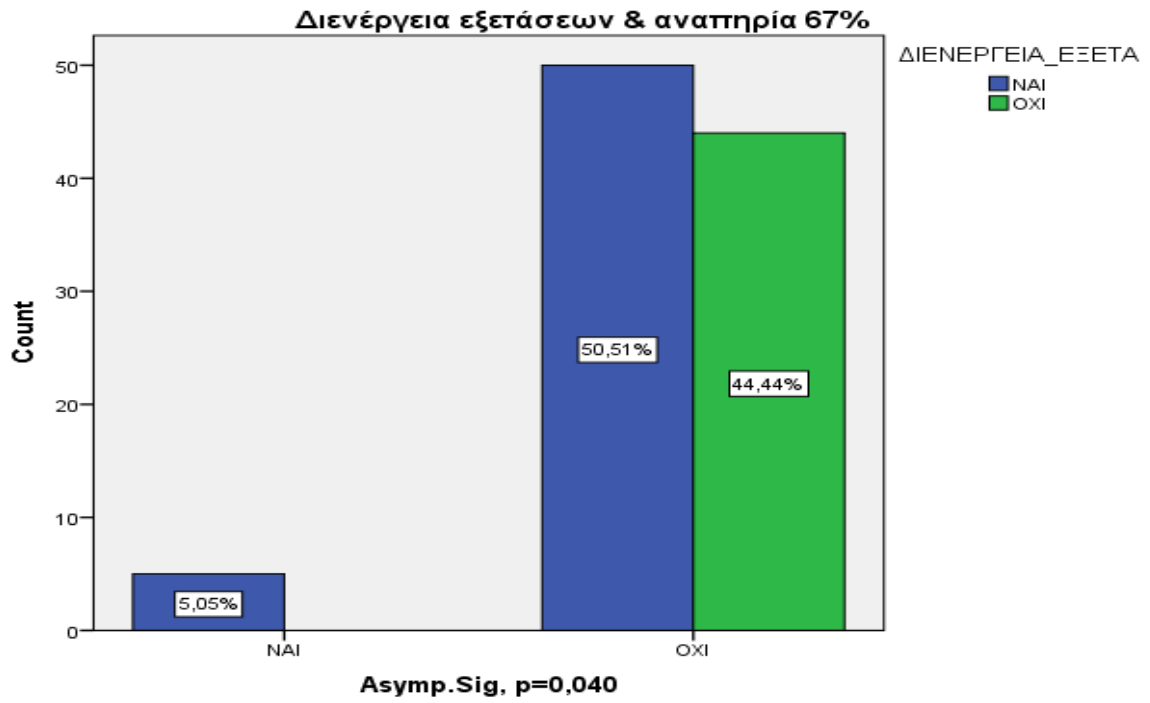
Διάγραμμα 31



Διάγραμμα 32



Διάγραμμα 33



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

### **ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΞΑΝΘΗΣ**

*Παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν.  
Η Συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα βοηθήσει σημαντικά στην εξαγωγή  
χρήσιμων συμπερασμάτων για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.  
Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο.  
Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Η συμμετοχή σας στη μελέτη  
είναι προαιρετική.*

.....

Ημερομηνία συμπλήρωσης: ...../...../.....

#### **A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

*(Η ενότητα αυτή αφορά σε ερωτήσεις ανάδειξης των κοινωνικοδημογραφικών  
χαρακτηριστικών των ερωτώμενων)*

##### **A1. Φύλο:**

1.  Άνδρας      2.  Γυναίκα

##### **A2. Ηλικία: .....**

##### **A3. Οικογενειακή κατάσταση:**

1.  Άγαμος / η  
2.  Έγγαμος / η  
3.  Αρραβωνιασμένος / η  
4.  Διαζευγμένος / η  
5.  Χήρος / α  
6.  Εθιμικός Γάμος / Άτυπη Συμβίωση

##### **A4. Θέση στην οικογένεια:**

1.  Πατέρας / Μητέρα  
2.  Σύζυγος  
3.  Παππούς / Γιαγιά  
4.  Τέκνο  
5.  Άλλος συγγενής

##### **A5. Αριθμός παιδιών:**

1.  Ένα (1)  
2.  Δύο (2)  
3.  Τρία (3)  
4.  Τέσσερα (4)  
5.  Πέντε (5) και άνω  
6.  Κανένα

##### **A6. Γραμματικές γνώσεις:**

1.  Καθόλου σχολείο  
2.  Δημοτικό χωρίς να το τελειώσω  
3.  Απόφοιτος δημοτικού  
4.  Γυμνάσιο χωρίς να το τελειώσω

- 5.  Απόφοιτος γυμνασίου
- 6.  Ανώτερες σπουδές

**A7. Γνώση ανάγνωσης:**

- 1.  Ναι
- 2.  Όχι

**A8. Γνώση γραφής:**

- 1.  Ναι
- 2.  Όχι

**A9. Σταθερό επάγγελμα:**

- 1.  Ναι
- 2.  Όχι

**A10. Είδος επαγγέλματος:**

- 1.  Αγρότης / Καλλιεργητής / Εργάτης γης
- 2.  Δημοτικός / Δημόσιος Υπάλληλος
- 3.  Ελεύθερος επαγγελματίας (σταθερό εμπόριο)
- 4.  Ελεύθερος επαγγελματίας (πλανόδιο εμπόριο)
- 5.  Εργάτης οικοδομών / τεχνίτης
- 6.  Οικιακά / Συνταξιούχος
- 7.  Οργανοπαίκτης / Τραγουδιστής / Μουσικός
- 8.  Συλλέκτης παλαιών αντικειμένων / σιδήρων
- 9.  Άνεργος
- 10.  Μη δυνάμενος για εργασία
- 11.  Άλλο (προσδιορίστε).....

**A11. Δημοτικό διαμέρισμα που κατοικείτε:**

- 1.  Ανατολικό
- 2.  Αρκτικό
- 3.  Κεντρικό
- 4.  Νότιο

**A12. Σταθερή διαμονή (τα τελευταία τρία έτη) :**

- 1.  Ναι
- 2.  Όχι

**A13. Τύπος κατοικίας:**

- 1.  Κανονική οικοδομή (διαμέρισμα)
- 2.  Κανονική οικοδομή (μονοκατοικία)
- 3.  Ξύλινη κατασκευή
- 4.  Λυόμενο (κοντέινερ)
- 5.  Πρόχειρη κατασκευή (παράπηγμα)
- 6.  Σκηνή
- 7.  Τροχόσπιτο / Αυτοκίνητο / Φορητό
- 8.  Άλλος (προσδιορίστε).....

**A14. Ιδιοκτησία κατοικίας:**

- 1.  Ιδιόκτητη
- 2.  Ιδιόκτητη με στεγαστικό δάνειο
- 3.  Ενοικιαζόμενη
- 4.  Παραχωρημένη
- 5.  Καταυλισμός
- 6.  Καταπατημένη
- 7.  Άλλη (προσδιορίστε).....

**A15. Αριθμός διαμενόντων / συγκατοίκων:**

- 1.  Ένας (1)
- 2.  Δύο (2)
- 3.  Τρεις (3)
- 4.  Τέσσερις (4)



5.  Πέντε (5) και άνω

**A16. Ύπαρξη ηλεκτροδότησης:**

1.  Ναι 2.  Όχι

**A17. Ύπαρξη ύδρευσης:**

1.  Ναι 2.  Όχι

**A18. Ύπαρξη μπάνιου / αποχέτευσης:**

1.  Ναι 2.  Όχι

**A19. Ύπαρξη κουζίνας:**

1.  Ναι 2.  Όχι

**A20. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα:**

1.  0 - 200 ευρώ  
2.  201 - 500 ευρώ  
3.  501 - 800 ευρώ  
4.  801 - 1000 ευρώ  
5.  1000 ευρώ και άνω

**A21. Πηγή εισοδήματος:**

1.  Εργασία  
2.  Επίδομα Πρόνοιας  
3.  Επίδομα Πολυτεκνίας  
4.  Επίδομα Ανεργίας  
5.  Επαιτεία  
6.  Δύο (2) ή και περισσότερες από τις ανωτέρω πηγές  
7.  Άλλο (προσδιορίστε).....

**A22. Ασφαλιστικό Ταμείο:**

1.  Πρόνοια / Απορία  
2.  ΟΓΑ  
3.  ΙΚΑ  
4.  ΟΑΕΕ – ΤΕΒΕ / ΤΑΕ  
5.  Άλλο (προσδιορίστε).....  
6.  Ανασφάλιστος /η

**B. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

*(Η ενότητα αυτή αφορά σε ερωτήσεις για την χρήση κοινωνικών υπηρεσιών των ερωτώμενων)*

**B23. Έχετε χρησιμοποιήσει κοινωνικές υπηρεσίες:**

1.  Ναι 2.  Όχι (Αν απαντήσατε ΟΧΙ προχωρήστε στην ερώτηση B29)

**B24. Συχνότητα επισκέψεων σε κοινωνικές υπηρεσίες :**

1.  Τουλάχιστον μία (1) φορά την εβδομάδα  
2.  Τουλάχιστον μία (1) φορά τον μήνα  
3.  Τουλάχιστον 2-3 φορές τον χρόνο  
4.  Πιο σπάνια, όποτε υπάρχει πρόβλημα/ανάγκη

**B25. Τελευταία επίσκεψη σε κοινωνική υπηρεσία:**

1.  Έως πριν μία (1) εβδομάδα  
2.  Έως πριν ένα (1) μήνα  
3.  Έως πριν έξι (6) μήνες  
4.  Έως πριν ένα (1) χρόνο  
5.  Περισσότερο από ένα (1) χρόνο

**B26. Είδος κοινωνικών υπηρεσιών κατά την τελευταία επίσκεψη:**

1.  Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας
2.  Κοινωνική Πρόνοια Δήμου
3.  Μονάδα Βοήθειας στο Σπίτι
4.  Ιατροκοινωνικό Κέντρο Δροσερού
5.  Εθελοντική Κοινωνική Ομάδα
6.  Κοινωνικός Φορέας της Εκκλησίας
7.  Ιδιώτης γιατρός
8.  Ιδιωτική κλινική
9.  Άλλο (προσδιορίστε).....

**B27. Ειδικότητα επαγγελματία υγείας κατά την τελευταία επίσκεψη:**

1.  Ιατρό
2.  Κοινωνικό Λειτουργό
3.  Ψυχολόγο
4.  Νοσηλευτικό Προσωπικό
5.  Διοικητικό Προσωπικό
6.  Νομικό
7.  Κοινωνιολόγο
8.  Εκπαιδευτικό
9.  Άλλος (προσδιορίστε).....

**B28. Λόγος τελευταίας επίσκεψης σε υπηρεσία υγείας:**

1.  Κοινωνικά προβλήματα
2.  Προβλήματα Υγείας - Εξέταση
3.  Προβλήματα Υγείας - Συνταγογράφηση
4.  Οικονομικά προβλήματα
5.  Νομικά προβλήματα
6.  Παροχή κατευθύνσεων
7.  Άλλος (προσδιορίστε).....

**B29. Χρόνιο νόσημα:**

1.  Ναι (Είδος.....)
2.  Όχι

**B30. Αναπηρία άνω του 67% για χρόνια νόσημα:**

1.  Ναι
2.  Όχι

**B31. Λήψη φαρμάκων σε συστηματική βάση:**

1.  Ναι (Είδος.....)
2.  Όχι

**B32. Ύπαρξη βιβλιαρίου υγείας:**

1.  Ναι
2.  Όχι

**B33. Διενέργεια τακτικών προληπτικών εξετάσεων:**

1.  Ναι
2.  Όχι

**B34. Βαθμός συμφωνίας σε προτάσεις που αφορούν τις κοινωνικές υπηρεσίες:**

*A. Γενικά είμαι ικανοποιημένος / η από τις υπηρεσίες που χρειάστηκε να επισκεφτώ*  
Διαφωνώ απόλυτα    1    2    3    4    5    Συμφωνώ απόλυτα

*Β. Αισθάνομαι ότι οι υπηρεσίες μου συμπεριφέρονται με διακρίσεις*

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

*Γ. Συχνά δεν μπορώ να ακολουθήσω τις οδηγίες των επαγγελματιών γιατί δεν καταλαβαίνω*

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

*Δ. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζω οφείλονται στον τρόπο που ζω*

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

*Στ. Δεν έχω χρήματα για να αγοράσω τα απαραίτητα αγαθά*

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

*Ζ. Καμία υπηρεσία δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για μένα*

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

*Η. Ντρέπομαι να χρησιμοποιήσω τις κοινωνικές υπηρεσίες*

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

### **B.35 Βαθμός Ενημέρωσης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Δήμου Ξάνθης:**

A. Πώς ενημερώστε για τις υπηρεσίες που παρέχει ο Δήμος Ξάνθης & πόσο συχνά:

	Πολύ Συχνά	Αρκετά Συχνά	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ,δεν έχω ενδιαφερθεί να ενημερωθώ με αυτόν τον τρόπο	Ποτέ,δεν έχω ενημερωθεί με αυτόν τον τρόπο
Τοπικές Εφημερίδες & Περιοδικά	6	5	4	3	2	1
Φυλλάδια που διανέμονται από τις υπηρεσίες του Δήμου	6	5	4	3	2	1
Ενημερωτικά Φυλλάδια που βρίσκονται στις υπηρεσίες του Δήμου	6	5	4	3	2	1
Ανακοινώσεις & αφίσες σε Δημόσιους χώρους	6	5	4	3	2	1

Συζητήσεις με φιλικό – οικογενειακό περιβάλλον	6	5	4	3	2	1
Επικοινωνία με αρμόδια υπηρεσία του Δήμου	6	5	4	3	2	1
Επίσκεψη σε υπηρεσία του Δήμου	6	5	4	3	2	1

**B.36 Βαθμός Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Δήμου Ξάνθης:**

	<b>Πολύ Καλή</b>	<b>Καλή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Κακή</b>	<b>Δεν Ξέρω/ Δεν Απαντώ</b>
Αριθμός κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχονται	5	4	3	2	1
Είδος κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχονται	5	4	3	2	1
Χρησιμότητα κοινωνικών υπηρεσιών που παρέχονται	5	4	3	2	1
Πρόσβαση των πολιτών στις κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχονται	5	4	3	2	1
Ωράριο Λειτουργίας Υπηρεσιών	5	4	3	2	1
Χώρος Παρεχόμενων Υπηρεσιών	5	4	3	2	1

Συμπεριφορά Υπαλλήλων	5	4	3	2	1
Πρόθεση Υπαλλήλων για εξυπηρέτηση	5	4	3	2	1
Επαγγελματικές δεξιότητες – ικανότητες των υπαλλήλων	5	4	3	2	1
Διευκόλυνση των πολιτών από τους υπαλλήλους	5	4	3	2	1
Προσοχή στα αιτημάτα/ ανάγκες των πολιτών	5	4	3	2	1
Εξυπηρέτηση από τους υπαλλήλους	5	4	3	2	1
Χρόνος εξυπηρέτησης	5	4	3	2	1

**B.37 Σε περίπτωση που αντιμετωπίζεται κάποιο πρόβλημα με τις υπηρεσίες του Δήμου, που απευθύνεστε:**

1.  Αρμόδιο Υπάλληλο
2.  Προϊστάμενο Υπηρεσίας
3.  Διευθυντή Υπηρεσίας
4.  Αρμόδιο Αντιδήμαρχο
5.  Δήμαρχο
6.  Ιεραρχικά σε όλους
7.  Σε κανέναν, δεν με απασχολεί
8.  Σε κανέναν, δεν πιστεύω ότι θα αλλάξει κάτι
9.  Σε κανέναν, δεν θα μπορέσω να βρω αρμόδιο
10.  Δεν έχω αντιμετωπίσει κάποιο σοβαρό πρόβλημα μέχρι τώρα
11.  Δεν έχω αντιμετωπίσει κανένα σοβαρό πρόβλημα μέχρι τώρα
12.  Άλλο (προσδιορίστε).....

**B38. Σημαντικότητα Δραστηριοτήτων Δήμου Ξάνθης:**

	Πολύ	Τομέας για τον οποίο α	Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας	Όχι Ιδιαίτερα σημαντικός τομέας για τον οποίο δεν
--	------	------------------------	-----------------------------	---

	Σημαντικό	απαιτείται περισσότερη προσοχή	για τον οποίο απαιτείται περισσότερη προσοχή	απαιτείται περισσότερη προσοχή
Κοινωνικές Υπηρεσίες – Κοινωνική Πολιτική	4	3	2	1
Ύδρευση - Αποχέτευση	4	3	2	1
Περιβάλλον - Πράσινο	4	3	2	1
Πολιτισμός	4	3	2	1
Δημοτικά Έργα	4	3	2	1
Συγκοινωνία	4	3	2	1
Εισφορές (Δημοτικά τέλη )	4	3	2	1
Ανεργία	4	3	2	1
Αρχιτεκτονική - Υποδομές	4	3	2	1
Κυκλοφορία	4	3	2	1
Δημοτική Αστυνόμευση	4	3	2	1
Παιδεία/ Εκπαίδευση	4	3	2	1

***Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολίου***

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Αθανασάκης Κ. και συν. (2009), *Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία*. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης – Ε.Σ.Δ.Υ.

Αλεξίου Θ. (1999), *Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση. Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης*, Παπαζήση, Αθήνα

Αράπογλου Π.Β. (2005), *Καθεστώτα αποκλεισμού και οι παραλλαγές τους. Διάγραμμα μελετών του Ελληνικού καθεστώτος αποκλεισμού. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Π8/Γ*

Βαρακλιώρη Α. και Χαλκιά Β. (2015), *Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην Ε.Ε. -15. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(5), 546 - 555*

Βουγιούκα Α. (2008), *Νέες κοινωνικές ανάγκες, νέες προσεγγίσεις κοινωνικής πολιτικής: Συμμετοχή και ενδυνάμωση των κοινωνικών και προνοιακών υποκειμένων, Αναπτυξιακή Σύμπραξη «Συγκλίσεις»*

Γάκης Κ. (2016), *Τοπική αυτοδιοίκηση: Δράσεις και συμπεριφορά σε συνθήκες ευρωπαϊκής δημοσιονομικής κρίσης*, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Γιανασμίδης Α. και Τσιαούση Μ. (2012), *Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980 - 2008) και η εμπειρία του Βρετανικού και του Σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), 106 – 115*

Γιατροί του Κόσμου (2010), *Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες: Δικαιώματα – υποχρεώσεις*, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης,

Γράβαλου Α. (2003), *Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου συστήματος Κοινωνικής Προστασίας: Πρόσκληση και Προοπτικές*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα

Δημουλάς Κ. (2002), *Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό: Διαδικασίες και χαρακτηριστικά του κοινωνικού αποκλεισμού στον νομό Κυκλάδων*, Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.- Α.Δ.Ε.Δ.Υ., Αθήνα



Ελληνοπούλου Ε. και Κουβάτα Σ. (2013), *Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες ως αιτία κοινωνικού αποκλεισμού. Η επίδραση στην ψυχική υγεία, Διπλωματική εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη*

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C306, 17 Δεκεμβρίου 2007

Esping - Andersen G. (2006), *Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος πρόνοιας, Διώνικος, 41–74*

Ζαϊμάκης Γ. (2005), Κοινωνικός αποκλεισμός και δίκτυα προστασίας στην σύγχρονη πόλη, Στο Ζαϊμάκης Γ. και Κανδυλάκη Α. (επιμ.) *Δίκτυα κοινωνικής προστασίας, μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και πολυπολιτισμικές κοινότητες, Κριτική, Αθήνα*

Θεοδωρόπουλος Χ. (2013), Ο κοινωνικός αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης, *Ελευθεροτυπία, 11 Οκτωβρίου 2013*

Καζάκη Σ. (2015), *Η φτώχεια και η ανισότητα μέσα στις τοπικές κοινωνίες και ο θεσμός του Καλλικράτη, Διπλωματική Εργασία, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Καραγιάννη Σ. (2002), *Το Ελληνικό Πρόνοιακό Σύστημα, ΙΓ΄ Εκπαιδευτική Σειρά, Ε.Σ.Δ.Δ., Αθήνα*

Καραμήτρη Ι. (2011), *Απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την προσβασιμότητα των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας. Μια προσέγγιση με την μέθοδο Delphi, Διπλωματική εργασία, Ε.Α.Π.*

Καρκατσούλης Π. (2000), Κοινότητα, κοινοτισμός, κοινωνία, κοινωνική θεωρία: Από αυτονομία στην αυτό – αναφορά. *Επιστήμη και Κοινωνία, 4*

Καρκατσούλης Π. (2001), Η διακυβέρνηση ως περιεχόμενο και διαδικασία λήψης απόφασης για τις δημόσιες υποθέσεις. *Επιστήμη και Κοινωνία, τ.7*

Κατσούλης Δ. (2001), *Τα δικαιώματα των πολιτών στην καθημερινή ζωή και η αποδοχή τους από την Δημοτική Αυτοδιοίκηση, Αυτοδιοίκηση και Πολιτικό Σύστημα, Δημερίδα 12-13 Μαρτίου 1999, Εταιρία Πολιτικού Προβληματισμού, Νίκος Πουλατζάς, Αθήνα*

Κρεμάλης Κ. (1991), *Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια. Συμβολή στον νομικό προσδιορισμό των κοινωνικών υπηρεσιών, Σάκκουλα, Αθήνα*

Κυριόπουλος Γ. (2011), *Η υγεία στην δίνη της οικονομικής κρίσης. Τομέας οικονομικών της υγείας*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Λιαρόπουλος Λ. (2007), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, τόμος Α', Βήτα, Αθήνα

Μανιώ Μ. και Ιακωβίδου Ε. (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 8, τεύχος 4.

Μάρδας Γ. (1993), *Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης*, Το Οικονομικό, Αθήνα

Ματσαγγάνης Μ. (2011), *Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς*, Κριτική, Αθήνα

Μιχαήλ Σ. (2008), Παγκοσμιοποίηση και ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ιούλιος – Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2002, vol. 79

Μούκου Δ. και Λιόκα Κ. (2015), *Η κοινωνική πολιτική υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση για άτομα με αναπηρίες: Η περίπτωση του Νομού Δράμας*, Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Κρήτης

Μπένος Α. (1999), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το 2000: Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. *Ιατρικά θέματα*, 16: 12-14

Μπούτσιου Σ. και Σαράφης Π. (2013), Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5:147–161

Μωραΐτης Ε. και συν. (1995), *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα

Νικολακόπουλος – Στεφάνου Η. (2006), Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική, *Στο Στεφάνου Κ. (επιμ.) Εισαγωγή στις Ευρωπαϊκές Σπουδές, Οικονομική Ολοκλήρωση και Πολιτικές. Το ρυθμιστικό πλαίσιο*, τόμος Γ', Σαββάλα, Αθήνα

Νίκου Δ. (2000), *Μια πρώτη προσέγγιση της κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, ΙΒ' Εκπαιδευτική Σειρά, Ε.Σ.Δ.Δ., Αθήνα

Ντούσας Δ. (1997), *Ρομ και φυλετικές διακρίσεις*, Gutenberg, σελ. 143 – 145

- Nugent N. (2004), *Πολιτική και διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή ένωση*, Σαββάλα, Αθήνα
- Παπαδημητρίου Δ. (2002), *Μεταμοντέρνα αδιέξοδα: κείμενα κοινωνικού προβληματισμού*, Παρατηρητής, Αθήνα
- Πάνου Α. (2006), *Το κοινωνικό κράτος*, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Παπαγεωργίου Ν. και Τσιρώνης Χρ. (2013) *Φύλο, μετανάστευση και οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Η τρέχουσα συζήτηση*, τ.2, σελ. 101-120. Διαθέσιμο στο: [ejournals.lib.auth.gr](http://ejournals.lib.auth.gr)
- Παπαδάκη – Γιώτη Ο. (2004), *Ευρωπαϊκή πολιτική ολοκλήρωση και πολιτικές αλληλεγγύης*, Κριτική, Αθήνα,
- Παπαϊωάννου Σ. (2008), Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός. *Κοινωνία και ψυχική υγεία*, τεύχος 6
- Παπαϊωάννου Σ. (2010), Κοινωνική οικονομία, συμβουλευτική και δικτύωση για την απασχόληση και την βιώσιμη ανάπτυξη. *Κοινωνία και ψυχική υγεία*, τεύχος 10
- Ροζανβαλόν Π. (2003), *Το νέο κοινωνικό ζήτημα. Επανεξετάζοντας το κράτος πρόνοιας*, Μεταίχμιο, Αθήνα
- Ρομπόλης Σ. (1999), Σύγχρονες τάσεις στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση: οι θέσεις του συνδικαλιστικού κινήματος, Στο *Ματσαργάνης Μ.*, (επιμ.), *Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 177-195.).
- Σαρκόπουλος Γ. (1993), *Η τοπική αυτοδιοίκηση σε συνάρτηση με την διοικητική αποκέντρωση στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Σικλαρίδου Δ. (2001), *Ο ρόλος και η σημασία της τοπικής αυτοδιοίκησης στην ανάπτυξη της Θράκης*, Τ.Ε.Ι. Καβάλας, Καβάλα
- Σκριβάνου Σ. (2005), *Διοίκηση ολικής ποιότητας στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης: Η μέτρηση της ικανοποίησης των δημοτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες*

αυτών. *Η περίπτωση του οργανισμού τοπικής αυτοδιοίκησης Κορυδαλλού*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά

Σταυροπούλου Κ. (2014), *Δίκτυα και τοπική ανάπτυξη στην περιοχή της Γορτυνίας*, Διπλωματική εργασία, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τάτσου Ν. (1986), *Τοπική Αυτοδιοίκηση και Οικονομική Ανάπτυξη: Δυνατότητες και περιορισμοί*. Εισήγηση στο συνέδριο για την ανάπτυξη της Ελλάδος, Τ.Ε.Ε., 25 – 30 Μαΐου 1986

Τούντας Γ. (2003), *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών*. *Αρχ. Ελλ Ιατρ*, **20**: 76 – 87

Τσουκαλάς Κ. «Το μέλλον της εργασίας», *Το Βήμα*, 2 Ιουλίου 2000

Τσουνής Α. (2012), *Η όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην Ελλάδα στην εποχή αποδόμησης του κοινωνικού κράτους*. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, **119**:4–10

Υφαντόπουλος Γ. και συν. (2005), *Το βρετανικό σύστημα υγείας*. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, **22**: 73 – 96

Φατσέας Μ. και Καπότη Μ. (2013), *Σύγχρονες τάσεις – προοπτικές της δημόσιας διοίκησης*. *Κεντρική διοίκηση – Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Διπλωματική εργασία Τ.Ε.Ι. Πειραιά, Αθήνα

Φιλαλήθης Α. (2008), *30 χρόνια μετά την Άλμα –Άτα: Ένα νέο ξεκίνημα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, **20**, 108 – 110

Φωκιανού Μ. (2013), *Το νομικό πλαίσιο της φροντίδας υγείας και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων στην Ελλάδα*, Διπλωματική εργασία, Τ.Ε.Ι. Πειραιά

Χατζηπαντελής Θ. και συν. (2008), *Η πρόσκληση μιας νέας μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας τοπικής αυτοδιοίκησης*. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Αθήνα

Χαραλάμπους Π. Και Κλεισιάρης Χ. (χ.χ.) *Η συνεισφορά της αγωγής υγείας στην ψυχική υγεία: Μιά βιβλιογραφική ανασκόπηση*. *Επιστήμη και Τεχνολογία*

Χριστοδουλάκης Ν. (1999), Κοινωνική πολιτική, δικαιοσύνη και αποτελεσματικότητα. *Κοινωνία Πολιτών*, **3**, 16

Χρυσάφης Χ. (2006), *Εφαρμογή της Agenda 21 της συνδιασκέψης των Ηνωμένων Εθνών για το περιβάλλον και την ανάπτυξη (Rio de Janeiro), στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, Η περίπτωση του Δήμου Χίου*, Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Χίος

Weber M. (2007), *Οικονομία και κοινωνία – κοινότητες*, τόμος 2, Σαββάλα, Αθήνα

## Ξένη Βιβλιογραφία

Aday L.A. (1993), At risk in America: the health and care needs of vulnerable populations in the United States. *Jossey – Bas*, San Francisco

Aday L.A. (1994), Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health*, **15**: 487 – 509

Ahgren B. (2010), Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy*, **96**: 96 – 97

Albin B. et al (2010), Health care system in Sweden and China: Legal and formal organizational aspects. *Health Res Policy Syst*, **8**:20

Allan P. J. and Scruggs L. (2004) Political partnership and welfare state reform, In Advanced Industrial Societies. *American Journal of Political Science*, vol. **48**, no 3, 496 – 512

Arts W. and Gelissen J. (2002), Three worlds of welfare capitalism or more? A state of the art report. *Journal of European Social Policy*, **12** (2): 137 – 158, London

Australian National Audit Office (1999), *Corporate Governance in Commonwealth Authorities and Companies*. [www. Anao.gov.au](http://www.anao.gov.au)

Bahle T. (2008), Family policy patterns in the enlarged E.U. In *Handbook of Quality of Life in the enlarged European Union*, eds. Alber J., Fahley T., Saraceno C., Routledge, London, 100-25

Baylor Health Care System (2003), Baylor University Medical Center then and now. *BUMC Proc*, **16**, 70 – 72

Bevir M. and Rhode R.A.W. (2001), A decentered theory of governance: Rational choice, institutionalism and interpretation, In *Institute of Governance Studies*: University of California

Blumenthal D. et al (1995), The efficacy of primary care of vulnerable population groups. *Health Services Research*, **30**:1=

Brennan J. et al (2000), *The financing of primary health care in Ireland*. The Society of Actuaries, Dublin, Ireland

Brenner M.H. (1979), Mortality and the national economy. A review and the experience of England and Wales 1936 – 1976, *Lancet*, **2** (8142): 568 -73

CEMR, Council of European Municipalities and Regions (2013), *Decentralization at a crossroads, Territorial reforms in Europe in time of crisis*, 16-17

Chartered Institute of Public Finance and Accountancy (1995), *Corporate Governance: A framework for public sector bodies*, London: CIPFA

Cueto M. (2004), The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, **94**: 1864 – 1874

Daly M. (2011), What adult worker model? A critical look at recent social policy reform in Europe. From a gender and family perspective. *Social Politics*, vol. **18**, number 1.

Department of Health (2002), *Liberating the talents: Helping primary care trusts and nurses to deliver the NHS plan*, U.K.

De Vosp Malaise G. et all (2009) Participation and empowerment in Primary Health Care: from Alma – Ata to the era of globalization. *SocMed*, **4**, 121 - 127

Doran C.M. et all (2010) Alcohol policy reform in Australia: what can we learn from the evidence? *Med J Aust*, **192**(8): 468-70

Duffy G. (2010) Family friendly: Brazil's scheme to tackle poverty. *BBC News*, May 25<sup>th</sup> 2010

Esping – Andersen C. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Polity, Cambridge

European Commission Flash Eurobarometer 338 (2012), Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union (wave 6) REPORT.

European Commission (2013), EU Employment and social situations, Quarterly review, Special Edition: Annual overview, 7-9

Ferrera M. (1999), The reform of social state in Southern Europe, *In Matsaganis N. (ed) Perspectives of the Social State in Southern Europe*, Ellinika Grammata, Athens

Ferrera M. and Hemerijck A. (2001), The future of Social Europe: Recasting work and welfare in the new economy, *In Giddens A. The third way debate*.

Foukiolas R. and Maratou - Alimpranti L. (2000), Foreign female immigrants in Greece, *In Papers: Revista de Sociologia*, 60: 103

Gard G. et all (2005), *Health care systems in transitions: Sweden, European Observatory on health systems and policies*. W.H.O. Regional Office for Europe, Copenhagen

Godber G. (1987), Crisis in the NHS. *Lancet*, **ii**:14

Green A. et all (2007), Primary health care and England: The coming of age of Alma-Ata? *Health Policy*, **80**: 11 -31

Hanning M. (1996), Maximum waiting – time guarantee - an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy*, **36**: 17-35

Harlow C. (2000), General report to the IIAS Bologna Governance, In *Public Administration and Globalization: International and Supranational Administration*, Brussels: IIAS

Harrison A. et al (1997), Can the NHS cope in the future? *Br Med*, **314**:296-298

Kai – Lit Phua (2011), Can we learn from History? Policy responses and strategies to meet health care needs in times of severe economic crisis. *The Open Public Health Journal*, **4**, 1-5

Kawachi I. et al (1997), Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, vol.87, no 9

Knack S. and Manning N. (2000), *Towards consensus on Governance Indicators*.

Koutsouris A. (2002), ICTS and rural development: critical remarks. The impact of ICT, In *Sideridis A. and Yialouris C. (eds.) Agriculture, food and environment (Proceedings of the 1<sup>st</sup> HAICTA Conference)*, Athens, 504 – 513

Jagger C. et al (2008), Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross – national meta regression analysis. *The Lancet*, Available at: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

Lee J.M. et al (2010), Effect of cigarette taxes on consumption of cigarettes, alcohol, tea and coffee in Taiwan. *Public Health*, **124** (8):429-436

Leiyu Shi (2000), Vulnerable Populations and health insurance, *Medical Health Research and Review*, John Hopkins School of Public Health and Hygiene, **Vol. 57**, No1, 110-134

Levy D.J. (1999), Vice into virtue? Progressive politics and welfare reform in continental Europe. *Politics and Society*, vol. **27**, no 2

Levy B.S. and Sidel V.W. (2006), *Social Injustice and public health*, Oxford University Press, New York

Lewis J. (2001), The decline of the male breadwinner model: Implication for work and care. *Social Politics*, **8** (2): 152 – 69

Lewis J. and Giullari S. (2005), The adult worker model family, gender equality and care: The search for new policy principles and the possibilities and problems of capabilities approach. *Economy and Society*, **34** (1): 76 – 104

Lister J. (2008), *The NHS after 60 for patients or profits?* 1<sup>st</sup> ed., Middlesex University Press, London, 267 - 289

Mac Vean M. (2009), Victory gardens sprout up again, *Los Angeles Times*, January 10<sup>th</sup> 2009



- Matsaganis M. (2011), The welfare state and the crisis: The case of Greece. *J Eur Soc Policy*, **21**: 501 - 512
- McCue M.L. (2007), *Domestic Violence*, 2<sup>nd</sup> ed., Santa Barbara, California: ABC\_CLIO 2007
- Midgley J. (1997), *Social welfare in global context*, N. Delhi, London
- Morris J.K. et all (1994), Loss of employment and mortality. *BMJ*, **308**, 1135 – 9
- Murray, A. M. (2000), Social capital formation and healthy communities: insights from the Colorado Healthy Communities Initiatives. *Community Development Journal*, **35** (2), 99-108
- Murphy G.C. and Atahanasou J.A. (1999), The effect of unemployment on mental health. *J Occu Organ Phychol*, **72**, 83 – 89
- Offe C. (1984), *Contradictions of the welfare state*, MIT Press, Cambridge
- Papadopoulos F. and Tsakloglou P. (2005), *Social exclusion in the E.U., A capacity – based approach*, working paper, 4 -7
- Petmezidou M. (1998), Social change and the risk of social exclusion in Greece: How do the middle class fare, *In Stein B, Berting J. and Long M-J. (eds.), Economic restructuring and the growing uncertainty of the middle class*, Kluwer, Dordrecht
- Plumptre T. and Graham J. (1999), *Governance and good governance: International and Aboriginal perspectives*, Institute of Governance: London
- Pollock A.M. (2004), *NHS Plc.: The privatization of our health care, 1<sup>st</sup> ed.*, Versa, London: 125 – 156
- Power C. (1994), Health and social inequality in Europe. *BMJ*, vol. **308**
- Saracenco C. (2010), Social inequalities in facing old – age dependency: a bi – generational perspective. *Journal of European Social Policy*, **20**;32 sage
- Shertrampf E. and Cortes F. (2008), National food fortification program with folic acid in Chile. *Food Nutr Bull*; **29** (2 Suppl): 5231 -7
- Stewart J. (2003), *Modernizing British local Government*, Palgrave: MacMillan, London
- Stoke G. (1999), *The new management of British Local Governance*, MacMillan, London
- Strake P. (2006), The politics of welfare state retrenchment: A literature review. *Social Policy and Administration*, **40**, 104 - 120

- Tastoglou E. and Papadopoulos F. (2002), Aggregate level and determining factors of social exclusion in twelve European countries. *Journal of European Social Policy*, **12** (3): 211 - 225
- Tastoglou E. et al. (2003), Gender and international migration: focus on Greece. *The Greek Review of Social Research*, Special Issue. Vol. 110/A
- Terluin I. and Post J. (2001), Key messages and employment dynamic in leading and lagging rural regions of the E.U. Paper for the workshop «European development: Problems, chances, research needs», Poland, 7 -9 May 2001
- Terluin I. (2003), Differences in economic development in rural regions of advanced countries: Overview and critical analysis of theories. *Journal of Rural Studies*, **19** (3), 327-344
- The Technical Steering Committee (2009), *GP earnings and expanses 2007/08 – Provisional Report*, London
- Toth F. (2010), Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter reforms. *Health Policy*, **95**: 82 – 89
- Townsend P. (2002), Human rights, transnational corporation and the World Bank, *In Townsend P., Gordon D. (eds.), World poverty: new policies to defeat an old enemy*, Bristol, The Policy Press, 351-376
- Varelidis N. (2000), *Social Public Services: Quality of working life and quality of service in Greece. European foundation for the improvement of living and working conditions*. Office for official publications of the European Communities: Luxeburg
- Vitek C.R. and Wharton M. (1998), Diphtheria in the former Soviet Union: reemergence of a pandemic disease. *Emerging Infect Diseases*; **4** (4)
- Werner D. and Sanders D. (1997), *Questioning the solution: The politics of primary health care and civil survival with in – depth critique of oral rehydration therapy*. Health Rights, Palo – Alto, CA, 18-19
- Wilkin D. et al (2001), Modernizing primary and community health services. *Br Med J*, **322**:1522 - 1524
- World Health Organization (1981), *Strategy for health for all by the year 2000*, W.H.O., Geneva
- World Health Organization (1999), *Health care systems in transition United Kingdom*, European Observatory in Health Care Systems, U.K.
- World Health Organization (2003), *WHO framework convention on tobacco control*, W.H.O., Geneva

Yfantopoulos J. (2000), *Social protection for dependency in old age*, Commission of the European Communities