

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**



**ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**



**ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΤΟΥ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ

ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ»

ΑΝΔΡΙΑΝΑ ΜΕΞΑ

A.M. 21011

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

Δρ. ΜΑΡΙΑ-ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



**DEPARTMENT
BUSSINESS
ADMINISTRATION**

DIVISION

SOCIAL POLICE



**MSc
in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT**

DiplomaThesis

**«EVALUATION OF THE QUALITY OF THE SERVICES
PROVIDED BY THE MUNICIPALITY OF ATHENS
HOMELESS SHELTER»**

Student name and surname:

ANDRIANA MEXA

Registration Number:21011

Supervisor

MARIA -AGGELIKI STAMOULI

ATHENS

MARCH 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΟΥ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ
ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ»**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	ΜΑΡΙΑ - ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ	ΜΕΛΟΣ ΕΔΙΠ	
	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ανδριάνα Μέξα του Μιλτιάδη, με αριθμό μητρώου 21011, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι τις 28/02/2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



(Υπογραφή)

*** Ονοματεπώνυμο/Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του I.A. (σελ. 6):*

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%69%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

• Ευχαριστίες.....	7
• Περίληψη.....	8
• Abstract.....	9
• Εισαγωγή.....	11

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ «ΑΣΤΕΓΙΑ» - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

• Κεφάλαιο Πρώτο

1.1. Ιστορική αναδρομή	16
1.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός	19
1.2.1. Κοινωνικός Αποκλεισμός.....	20
1.3. Ορισμός κατά FEANTSA.....	23
1.3.1. Τυπολογία ΕΤΗΟΣ.....	24
1.4. Αναφορά νομοθετικού πλαισίου.....	27

• Κεφάλαιο Δεύτερο

2.1 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	29
2.2 Επικρατούσα κατάσταση στην Ελλάδα.....	32
2.3 Επικρατούσα κατάσταση σε ΗΠΑ& Ευρώπη.....	38
2.4 Αναφορά σε υπάρχουσες υπηρεσίες και δομές.....	39

• Κεφάλαιο Τρίτο

3.1 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις από την έλλειψη στέγης.....	45
3.2 Σύνδεση αστεγίας με προβλήματα υγείας.....	47
3.3 Καθημερινά προβλήματα αστέγων.....	50

• Κεφάλαιο Τέταρτο

4.1 Στάδια αντιμετώπισης της έλλειψης στέγης.....	51
4.2 Προσέγγιση της αντιμετώπισης του φαινομένου.....	53
4.3 Μοντέλα πολιτικών πρόληψης και αντιμετώπισης	55

• Κεφάλαιο Πέμπτο

5.1 Αντιμετώπιση του φαινομένου της στεγαστικής αποστέρησης.....	57
5.2 Κοινωνική πολιτική για την αστεγία.....	58
5.3 Συστάσεις και μέτρα για την εξάλειψη της αστεγίας.....	61
5.4 Πολιτικές κοινωνικής προστασίας.....	64
5.4.1 Δράσεις για την αστεγία στην Ελλάδα.....	65

• **Κεφάλαιο Έκτο**

6.1 Ελληνόγλωσσες και ξενόγλωσσες σχετικές έρευνες.....68

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ « ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ»

• **Κεφάλαιο Πρώτο «ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ»**

1.1 Ειδικό ερευνητικό μέρος.....76
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα..... 77
1.3 Κύρια ερευνητική υπόθεση.....78
1.4 Ερευνητικός σκοπός και επιμέρους στόχοι.....78
1.5 Επιλογή μεθόδου έρευνας.....79
1.6 Οριοθέτηση πληθυσμού και επιλογή δείγματος..... 79
1.7 Συλλογή δεδομένων και όργανο μέτρησης.....80
1.8 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.....83
1.9 Είδος δειγματοληψίας.....84
1.10 Ηθική και δεοντολογία.....84
1.11 Στατιστική ανάλυση.....84

• **Κεφάλαιο Δεύτερο «ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ»**

Ενότητα 1

2.1 Περιγραφική στατιστική.....90
2.1.1 Περιγραφή δείγματος90
2.1.2 Έλλειψη στέγης.....94
2.1.3 Κατάσταση υγείας.....97

Ενότητα 2

2.2 Επαγωγική στατιστική-Διερεύνηση ερευνητικών ερωτημάτων.....100
2.2.1 Αποτύπωση των μέσω επιπέδων των πέντε διαστάσεων.....100
2.2.2 Αποτύπωση της εικόνας των δυο συνολικών ερωτημάτων.....101
2.2.3 Διερεύνηση του επιπέδου των πέντε διαστάσεων.....102

Ενότητα 3

2.3 Διερεύνηση των πέντε διαστάσεων ως προς το Φύλο.....109
2.3.1 Διάσταση Απτότητας ως προς το Φύλο.....109
2.3.2 Διάσταση Αξιοπιστίας ως προς το Φύλο.....110
2.3.3 Διάσταση Ανταπόκρισης ως προς το Φύλο.....111
2.3.4 Διάσταση Διασφάλισης ως προς το Φύλο.....111
2.3.5 Διάσταση Ενσυναίσθησης ως προς το Φύλο.....112

Ενότητα 4

2.4 Διερεύνηση των πέντε διαστάσεων ως προς την Ηλικία.....	113
2.4.1 Διάσταση Απτότητας ως προς την Ηλικία.....	113
2.4.2 Διάσταση Αξιοπιστίας ως προς την Ηλικία.....	114
2.4.3 Διάσταση Ανταπόκρισης ως προς την Ηλικία.....	114
2.4.4 Διάσταση Διασφάλισης ως προς την Ηλικία.....	115
2.4.5 Διάσταση Ενσυναίσθησης ως προς την Ηλικία.....	115

Ενότητα 5

2.5 Διερεύνηση των πέντε διαστάσεων ως προς το Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	116
2.5.1 Διάσταση Απτότητας ως προς Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	116
2.5.2 Διάσταση Αξιοπιστίας ως προς Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	117
2.5.3 Διάσταση Ανταπόκρισης ως προς Εκπαιδευτικό Επίπεδο	118
2.5.4 Διάσταση Διασφάλισης ως προς Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	119
2.5.5 Διάσταση Ενσυναίσθησης ως προς Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	120

Ενότητα 6

2.6 Διερεύνηση του «βαθμού που το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	121
2.6.1 Διερεύνηση συνάφειας της μεταβλητής του Φύλου με τη μεταβλητή «σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	121
2.6.2 Διερεύνηση συνάφειας της μεταβλητής του Εκπαιδευτικού επιπέδου με τη μεταβλητή «σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	122
2.6.3 Διερεύνηση συνάφειας της μεταβλητής της Ηλικίας με τη μεταβλητή «σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	123

•Κεφάλαιο Τρίτο «ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ»

3.1 Συζήτηση.....	125
3.2 Συμπεράσματα.....	134
3.3 Περιορισμοί της έρευνας.....	135
3.4 Προτάσεις.....	135
• Βιβλιογραφικές αναφορές.....	137
• Παραρτήματα.....	149

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Η Τυπολογία ETHOS της FEANTSA.....	25
Πίνακας 2. Τύποι Κοινωνικών Υπηρεσιών για τους Αστέγους.....	39

Πίνακας 3. Δομές για αστέγους στους κεντρικούς Δήμους της Αθήνας.....	41
Πίνακας 4. Δομές για αστέγους στον Πειραιά και τους όμορους Δήμους.....	41
Πίνακας 5. Δομές για αστέγους στην Υπόλοιπη Ελλάδα.....	42
Πίνακας 6. Σχετικές έρευνες.....	74
Πίνακας 7. Έλεγχος κανονικότητας των πέντε διαστάσεων.....	85
Πίνακας 8. Έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου για τις πέντε διαστάσεις	88
Πίνακας 9. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την Ηλικία.....	91
Πίνακας 10. Πίνακας συχνοτήτων για την Οικογενειακή Κατάσταση.....	91
Πίνακας 11. Πίνακας συχνοτήτων για την ύπαρξη παιδιών.....	92
Πίνακας 12. Πίνακας συχνοτήτων για το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	92
Πίνακας 13. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα διάρκειας διαμονής στο δρόμο/δομή.....	95
Πίνακας 14. Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «έχετε αναπηρία;».....	98
Πίνακας 15. Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «έχετε χρόνια πρόβλημα υγείας;»..	98
Πίνακας 16. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις διαστάσεις ποιότητας.....	100
Πίνακας 17. «Σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	101
Πίνακας 18. Πως θα αξιολογούσατε συνολικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	102
Πίνακας 19. Αποτελέσματα One- sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Απτότητα.....	102
Πίνακας 20. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Αξιοπιστία.....	104
Πίνακας 21. Αποτελέσματα One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Ανταπόκριση.....	105
Πίνακας 22. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Διασφάλιση.....	106
Πίνακας 23. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Ενσυναίσθηση.....	107
Πίνακας 24. Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test για τη διάσταση της Απτότητας ως προς το Φύλο.....	108
Πίνακας 25. Αποτελέσματα του Mann-Whitney U test για τη διάσταση της Απτότητας ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις.....	108

Πίνακας 26. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Αξιοπιστίας ως προς το Φύλο.....	110
Πίνακας 27. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Αξιοπιστίας ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις.....	110
Πίνακας 28. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Ανταπόκρισης ως προς το Φύλο.....	111
Πίνακας 29. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Ανταπόκρισης ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις.....	111
Πίνακας 30. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Διασφάλισης ως προς το Φύλο.....	111
Πίνακας 31. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Διασφάλισης ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις.....	112
Πίνακας 32. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Ενσυναίσθησης ως προς το Φύλο.....	112
Πίνακας 33. Αποτελέσματα του MannWhitneyUtest για τη διάσταση της Ενσυναίσθησης ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις.....	112
Πίνακας 34. Spearman’srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Απτότητας.....	113
Πίνακας 35. Spearman’srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Αξιοπιστίας.....	114
Πίνακας 36. Spearman’srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Ανταπόκρισης.....	114
Πίνακας 37. Spearman’srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Διασφάλισης.....	115
Πίνακας 38. Spearman’srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Ενσυναίσθησης.....	115
Πίνακας 39. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Απτότητας.....	116
Πίνακας 40. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Απτότητας	116
Πίνακας 41. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Αξιοπιστίας.....	117
Πίνακας 42. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Αξιοπιστίας.....	117
Πίνακας 43. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Ανταπόκρισης.....	118

Πίνακας 44. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Ανταπόκρισης.....	118
Πίνακας 45. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Διασφάλισης.....	119
Πίνακας 46. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Διασφάλισης.....	119
Πίνακας 47. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Ενσυναίσθησης.....	120
Πίνακας 48. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Ενσυναίσθησης.....	120
Πίνακας 49. Διερεύνηση ύπαρξης ανεξαρτησίας στις μεταβλητές Φύλο και του «βαθμού που το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	121
Πίνακας 50. Διερεύνηση συνάφειας Φύλου και του «βαθμού που το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	121
Πίνακας 51. Ύπαρξη ανεξαρτησίας ανάμεσα στις μεταβλητές Εκπαιδευτικό Επίπεδο και «Σε ποιο βαθμό το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».....	122
Πίνακας 52. Αποτελέσματα Gammatest για τον έλεγχο της έντασης της συνάφειας....	122
Πίνακας 53. Διερεύνηση της συνάφειας του Εκπαιδευτικού επιπέδου με τη μεταβλητή «σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει τις κοινωνικές σχέσεις στα πλαίσια της δομής».....	121
Πίνακας 54. Έλεγχος κανονικότητας της Ηλικίας.....	124
Πίνακας 55. Αποτελέσματα του One-WayANOVA.....	124
Πίνακας 56. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Ηλικίας στις κατηγορίες της μεταβλητής «βαθμός που το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων».....	124

Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Θηκόγραμμα διάστασης Απτότητας.....	85
Διάγραμμα 2. Θηκόγραμμα διάστασης Αξιοπιστίας.....	86
Διάγραμμα 3. Θηκόγραμμα διάστασης Ανταπόκρισης.....	86
Διάγραμμα 4. Θηκόγραμμα διάστασης Διασφάλισης.....	87
Διάγραμμα 5. Θηκόγραμμα διάστασης Ενσυναίσθησης.....	87

Διάγραμμα 6. Κυκλικό γράφημα του Φύλου.....	89
Διάγραμμα 7.Ιστόγραμμα της Ηλικίας	91
Διάγραμμα 8. Ραβδόγραμμα για το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	92
Διάγραμμα 9. Ραβδόγραμμα της εργασιακής κατάστασης.....	93
Διάγραμμα 10. Κυκλικό γράφημα διαστήματος διαμονής σε δρόμο/δομή.....	94
Διάγραμμα 11. Ιστόγραμμα για τη διάρκεια διαμονής στο δρόμο/δομή.....	94
Διάγραμμα 12. Ραβδόγραμμα προγενέστερης κατοικίας.....	96
Διάγραμμα 13. Ραβδόγραμμα αιτιολογικών παραγόντων φιλοξενίας σε δομή.....	96
Διάγραμμα 14. Κυκλικό γράφημα χρήσης υπηρεσιών εκτός δομής.....	96
Διάγραμμα 15. Κυκλικό γράφημα κοινωνικής ασφάλισης.....	97
Διάγραμμα 17. Ραβδόγραμμα κατανάλωσης αλκοόλ.....	97
Διάγραμμα 18.Κυκλικό γράφημα χρήσης ουσιών.....	99
Διάγραμμα 19.Αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank-Test για την Απτότητα	104
Διάγραμμα 20. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Αξιοπιστία	105
Διάγραμμα 21.Αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Ανταπόκριση.....	106
Διάγραμμα 22.Αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank-Test για την Διασφάλιση	107
Διάγραμμα 23.Αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Ενσυναίσθηση.....	108
<i>Ερωτηματολόγιο έρευνας.....</i>	<i>152</i>
<i>Άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας από το Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων.....</i>	<i>158</i>
<i>Άδεια για χρήση τμήματος ερωτηματολογίου.....</i>	<i>161</i>

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί τον επίλογο της προσπάθειας μου για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Διοίκηση και Διαχείριση μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Εκ βάθους καρδίας θα ήθελα να ευχαριστήσω έναν προς έναν του καθηγητές του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών που με το επιστημονικό υπόβαθρο που διαθέτουν κατόρθωσαν να μας μεταλαμπαδεύσουν πολύτιμες γνώσεις στο αντικείμενο όπως επίσης να μας ενθαρρύνουν και να μας κινητοποιήσουν στο να φτάσουμε όσο πιο κοντά στους στόχους μας. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Σταμούλη Μαρία -Αγγελική για την πολύτιμη συμβολή της στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Η επιστημονική καθοδήγηση και η συνεχής υποστήριξη και ανατροφοδότηση γνώσεων που μου προσέφερε με αμείωτο ρυθμό, αξιοσημείωτη προθυμία και αμεσότητα σε κάθε στάδιο της εργασίας ήταν καθοριστική για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Επίσης νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όσους συναδέλφους με διευκόλυναν στο πλαίσιο της διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων της έρευνας και ιδιαιτέρως την κυρία Πετράκη Καλλιόπη που συνέβαλε σημαντικά σε αυτό, καθώς και τις επιστημονικά υπεύθυνες του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέργων, κυρίες Αλεξανδροπούλου Ελένη και Σαράκη Μαρίνα. Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στα παιδιά μου Άγγελο και Μυρτώ και στον σύζυγο μου για την στήριξη αλλά και την κατανόηση τους καθώς τους στέρησα όλο αυτό το διάστημα αρκετό από το χρόνο μας τον οποίο διέθετα για τις ανάγκες των σπουδών μου.

Αφιέρωση

*Στη μητέρα μου,
που είναι περήφανη για όσα προσπαθώ, βλέποντας με από εκεί ψηλά...*

Χωρίς σπίτι δεν υπάρχει δουλειά.

Χωρίς δουλειά δεν υπάρχει σπίτι.

Χωρίς σπίτι και δουλειά δεν υπάρχει δημοκρατία.

Ούλριχ Μπέκ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το φαινόμενο της αστεγίας αποτελεί ένα μείζον κοινωνικό ζήτημα που απασχολεί τις σύγχρονες κοινωνίες. Σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία άστεγοι ορίζονται οι άνθρωποι που διαμένουν νομίμως στη χώρα και οι οποίοι διαβιούν στο δρόμο, σε ιδρύματα, υπνωτήρια, δομές, ξενώνες προσωρινής φιλοξενίας ή ζουν σε επισφαλείς ή ακατάλληλες συνθήκες στέγασης (Ν.4052/2012). Το ζήτημα παρά το γεγονός ότι είναι βαρύνουσας σημασίας δεν έχει μελετηθεί αρκετά. Ο περιορισμένος αριθμός μελετών στο συγκεκριμένο πεδίο κέντρισε το ερευνητικό ενδιαφέρον για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. **ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται το ζήτημα της αστεγίας και διερευνά το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που λαμβάνουν οι φιλοξενούμενοι του Πολυδύναμου Κέντρου Αστεγών του Δήμου Αθηναίων μέσα από το βαθμό ικανοποίησης τους. **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ωφελούμενων της δομής από την ποιότητα των υπηρεσιών διεξήχθη ποσοτική έρευνα με δείγμα 127 αστέγους που φιλοξενούνται στο Υπνωτήριο και τον Ξενώνα της συγκεκριμένης δομής και αποφασίστηκε να γίνει χρήση του ερωτηματολογίου SERVQUAL (ServiceQuality) ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας έσω της ικανοποίησης των φιλοξενούμενων στην υπό μελέτη δομή. Το είδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε είναι η δειγματοληψία μη πιθανότητας με δείγμα ευκολίας (convenience sampling) και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι συμμετέχοντες ήταν στην συντριπτική τους πλειοψηφία (70,9%) άντρες, άνεργοι (54,3%), με μέσο όρο ηλικίας τα 61 έτη, απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης το 41,7%, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει το 23,6% των φιλοξενούμενων που είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και από τις πέντε διαστάσεις ποιότητας. Ωστόσο υπάρχει ένας τομέας που δεν αξιολογήθηκε το ίδιο θετικά και αφορά στο βαθμό που το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι έρευνες για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποτελούν πολύτιμα εργαλεία για τον εντοπισμό των αναγκών των χρηστών, των δυσλειτουργιών και των παθογενειών. Μέσω της

ποιότητας επιτυγχάνεται η συνεχής βελτίωση και ανάπτυξη των οργανισμών. Θα ήταν χρήσιμο να διεξάγονται έρευνες και στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας όπου διαπιστώνεται έλλειψη μελετών καθώς η διερεύνηση της ικανοποίησης των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων, όπως είναι αυτή των αστέγων, αποτελεί υποχρέωση για τη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης και της ομαλής επανένταξης τους ισότιμα στην κοινωνία.

Λέξεις κλειδιά: άστεγοι, στεγαστικός αποκλεισμός, κοινωνική πολιτική, βαθμός ικανοποίησης, ποιότητα στις υπηρεσίες, SERVQUAL, Πολυδύναμο Κέντρο Αστέγων Δήμου Αθηναίων

ABSTRACT

INTRODUCTION: The phenomenon of homelessness is a major social issue that concerns modern societies. According to Greek legislation, the homeless are people who reside legally in the country and live on the street, in institutions, dormitories, structures, temporary accommodation hostels, or live in unsafe or inappropriate housing conditions (L.4052/2012). In recent decades, the phenomenon has been constantly expanding with negative consequences for the individuals themselves and an impact on society as a whole. The issue, though it is of great importance, has not been studied enough. The limited number of studies in the specific field generated an interest in the research and preparation of this work. **PURPOSE:** The study deals with the issue of homelessness and investigates the quality of services received by the guests of the Center of Homeless of the Municipality of Athens through their levels of satisfaction. **METHODOLOGY:** In order to evaluate the satisfaction of the beneficiaries of the center with the quality of services, a quantitative survey was conducted with a sample of 127 homeless people hosted in the Dormitory and the Hostel and it was decided to use the SERVQUAL (Service Quality) questionnaire as a

quality measurement tool. The type of sampling applied is non-probability sampling with convenience sampling and the data analysis was done using the SPSS statistical package. **RESULTS:** The majority of participants (70.9%) were males, unemployed (54.3%), with a mean age of 61 years, graduates of compulsory education in 41.7%, while 23.6% of guests who are graduates of higher education are of interest. The results of the survey demonstrate the high degree of satisfaction of the served by all the services provided as well as by five dimensions of quality. However, there is an area that was not evaluated as positively and it concerns the extent to which the scientific staff facilitates the development of social relations within the framework of the shelter. **CONCLUSION:** Service quality assessment surveys are valuable tools for identifying user needs, as well as organizational dysfunctions and pathologies. Continuous improvement and development is achieved through quality. It would be useful to carry out research in the field of social care where there is a lack of studies as the investigation of the satisfaction of sensitive population groups, such as the homeless, is an obligation of the welfare state to ensure a decent standard of living and their smooth reintegration equally in the society.

Keywords: homeless, housing foreclosure, social policy, degree of satisfaction, quality of services, Servqual, Center of Homeless of the Municipality of Athens

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στέγαση αποτελεί μια από τις βασικότερες ανάγκες του ανθρώπου και η έλλειψη της οδηγεί σε στεγαστική αποστέρηση που στις μέρες μας αποτελεί πλέον μείζον κοινωνικό πρόβλημα. Το ζήτημα της στεγαστικής αποστέρησης δεν αποτελεί ένα καινούργιο φαινόμενο, εμφανίζεται όμως αυξανόμενο παγκοσμίως από τη δεκαετία του 1980 (Nickasch et al., 2008). Η έλλειψη στέγης οδηγεί σε μια κατάσταση ακραίου κοινωνικού αποκλεισμού. Στην Ελλάδα, το φαινόμενο της έλλειψης στέγης και των αστέγων εμφανίζεται τα τελευταία έτη ως ένα ιδιαίτερα σοβαρό και διογκούμενο πρόβλημα. Φαίνεται να έχει άμεση σχέση με τις επιπτώσεις της βαθιάς οικονομικής κρίσης και τη μεγάλη αύξηση της ακραίας φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, σε συνδυασμό με τις γενικότερες χρόνιες αδυναμίες του συστήματος κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής πρόνοιας. Η στεγαστική αποστέρηση είναι ζήτημα πολυδιάστατο το οποίο περικλείει μέσα του σωρεία προβλημάτων που σχετίζονται με την ανεργία, προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, απουσία υποστηρικτικού δικτύου κ.ά.

Η απώλεια της στέγης είναι ένα οδυνηρό γεγονός για τα άτομα που το βιώνουν. Περιέρχονται σε κατάσταση πλήρους αποδιοργάνωσης με επακόλουθο την παραίτηση, την παθητικότητα και την εσωστρέφεια, οδηγούνται στην περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό και μένουν ακινητοποιημένοι και απαθείς από οτιδήποτε θα μπορούσε να αλλάξει την κατάσταση τους (Σόλιας και συν 2002). Βιώνουν περιόδους πλήρους παθητικότητας με μόνο κίνητρο την κάλυψη των καθημερινών επιτακτικών βιοτικών αναγκών τους που αφορούν στην ανεύρεση τροφής, την φροντίδα της προσωπικής υγιεινής και του πλυσίματος των λιγιστών ρούχων τους και την ανεύρεση ενός προσωρινού καταλύματος. Το φαινόμενο της αστεγίας δεν είναι επιφανειακό και δεν αφορά μόνο το ίδιο το άτομο το οποίο ζει σε αυτή τη συνθήκη, απεναντίας έχει προεκτάσεις που καταδεικνύουν την ανεπάρκεια εθνικών στρατηγικών στη διαχείριση του ζητήματος και που έχουν συμβάλει στο να οδηγηθεί ένα άτομο στην αστεγία (Meanwell, 2012). Σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία άστεγοι ορίζονται οι άνθρωποι που διαμένουν νομίμως στη χώρα και οι οποίοι διαβιούν στο δρόμο, σε ιδρύματα, υπνωτήρια, δομές, ξενώνες προσωρινής φιλοξενίας ή ζουν σε επισφαλείς ή ακατάλληλες συνθήκες στέγασης (Ν.4052/2012).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στην δημιουργία του φαινομένου μπορεί να είναι θεσμικοί, δομικοί, σχεσιακοί και ατομικοί όπως: έλλειψη εργασίας, οικονομικά προβλήματα, μετανάστευση, εξαρτήσεις, λανθασμένες επιλογές, παράγοντες σχέσεων και ενδοοικογενειακή βία, απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, μη επαρκές δίκτυο κοινωνικής πρόνοιας, κοινωνικών παροχών, κοινωνικής ασφάλισης και υπηρεσιών υγείας, κενό του συστήματος στην κοινωνική δικτύωση και την κοινωνική προστασία, ελλιπής υποστήριξη, αποκατάσταση και ενσωμάτωση στην κοινωνία ατόμων που προέρχονται από ευάλωτες ομάδες πληθυσμού όπως αποφυλακισμένοι, ψυχικά πάσχοντες, εξαρτημένοι (Edgar,2009).Οι αιτίες που οδηγούν ένα άτομο στην αστεγία είναι η συνύπαρξη ατομικών και δομικών παραγόντων η οποία επιβεβαιώνεται σε πλήθος μελετών και επικεντρώνονταν ως επί το πλείστον στις νεότερες ηλικίες αστεγών (Pleace, 2000). Τα ατομικά αίτια εντάσσονται στους δομικούς παράγοντες δημιουργώντας έναν συνδυασμό που ευνοεί τις συνθήκες, ώστε τα άτομα που αντιμετωπίζουν ζητήματα προσωπικής φύσεως να εκτίθενται περισσότερο στον κίνδυνο της αποστέρησης και του αποκλεισμού (Fitzpatrick,2005). Στους ατομικούς παράγοντες περιλαμβάνονται τα οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα, προβλήματα ψυχιατρικά και εξαρτήσεις από ουσίες (Fazeletal., 2014). Η ανεργία, η έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου και κοινωνικού δικτύου, καθώς και η δυσχερής κατάσταση στην οποία βρίσκονται σωματικά και ψυχολογικά τους καθιστά αδύναμους και τους οδηγεί σε αποκλεισμό (Dant etal.,1989).

Οι συνήθεις επιπτώσεις της αστεγίας είναι: κοινωνικός αποκλεισμός, στίγμα, εμφάνιση προβλημάτων υγείας και ψυχικών νόσων, μειωμένο προσδόκιμο ζωής, αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες (Feantsa,2009).Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η έλλειψη στέγης συνδέεται με αυξημένα ποσοστά προβλημάτων υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό λόγω της έκθεσης τους σε ιδιαίτερες συνθήκες και στη δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Zlotnick, 2013). Η αστεγία είναι μια κατάσταση συνυφασμένη με την δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες κάθε είδους και τον κοινωνικό αποκλεισμό που οδηγεί μοιραία τους ανθρώπους αυτής της ομάδας στο να αντιμετωπίζουν προβλήματα πάσης φύσεως μέσα στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα ψυχολογικά προβλήματα (Wasserman etal.,2010). Το φαινόμενο της έλλειψης στέγης εξαιτίας της πολυπλοκότητας του πρέπει να προσεγγίζεται διεπιστημονικά και εξατομικευμένα. Ως εκ τούτου η

αντιμετώπιση του φαινομένου δεν θα πρέπει να γίνεται μονοδιάστατα, θα πρέπει να γίνεται λαμβάνοντας υπ' όψιν διάφορους παράγοντες (Neale,1997).

Η πολιτεία οφείλει να προστατεύει τα άτομα που υπό συγκεκριμένες συνθήκες και συγκυρίες βρέθηκαν στο περιθώριο. Έχει την υποχρέωση να τους προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον και να τους εξασφαλίζει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης φροντίζοντας αρχικά να καλύψει τις βασικές τους ανάγκες προσφέροντας φιλοξενία σε οργανωμένες δομές κατάλληλες να τους παρέχουν ότι χρειάζονται προκειμένου να ενταχθούν ξανά στην κοινωνία ως ενεργά και ισότιμα μέλη. Οι δομές που υπήρχαν στο παρελθόν έμοιαζαν περισσότερο με πρόχειρες λύσεις που δεν είχαν κανένα σχεδιασμό, ούτε πληρούσαν βασικούς κανόνες και προϋποθέσεις. Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για το σκοπό αυτό εγκαταλελειμμένα κτίρια, εργοστάσια και αποθήκες. Μια δομή φιλοξενίας αστέγων πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια καθώς μέσα σ' αυτή διαμένουν άτομα με διαφορετικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες, διαφορετικού φύλου και διαφορετικών ηλικιών. Πρέπει να υπάρχει ισορροπία μεταξύ ιδιωτικότητας και επιτήρησης, όπως επίσης πρέπει να είναι σαφές ότι πρόκειται για ένα καταφύγιο και όχι για μόνιμη προσωπική κατοικία. Οι άστεγοι είναι επιφυλακτικοί κάποιες φορές σε ότι αφορά τις δομές φιλοξενίας για αυτό και παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό επιθυμεί να παραμείνει στο δρόμο (Τσιφτσόγλου,2017). Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν πως ένας στους επτά αστέγους προσπάθησε να κοιμηθεί σε νοσοκομείο και ένας στους δέκα σε κάποιο αυτοκίνητο (Γιατρά,2016). Σε έρευνα που διεξήχθη στη Θεσσαλονίκη αξιολόγησαν αρνητικά το Υπνωτήριο του Δήμου Θεσσαλονίκης. Δήλωσαν πως παρά το γεγονός ότι διέμεναν σε δομή δεν είχαν την αίσθηση του προσωπικού χώρου. Είχαν άρνηση να παραμείνουν στη δομή καθώς δεν επιθυμούσαν να διαμένουν με άτομα που προέρχονται από άλλες χώρες, με χρήστες ουσιών και με ψυχικά πάσχοντες. Επίσης η εκπαίδευση και η συμπεριφορά του προσωπικού καθώς και οι ώρες λειτουργίας της δομής λειτουργούσαν ανασταλτικά στην απόφαση τους για παραμονή εκεί.

Χαρακτηριστικό στοιχείο από προηγούμενες έρευνες αποτελεί το γεγονός ότι σημαντικό ποσοστό των αστέγων (45%), δεν είναι θετικά προσκείμενο στις παρεχόμενες υπηρεσίες των δήμων. Τέλος ήταν επιφυλακτικοί σε ότι αφορά τις ΜΚΟ, την εκκλησία, υπηρεσίες για αστέγους και τον Δήμο γενικότερα (Αντωνίου, 2014).

Η παρούσα εργασία διερευνά το ζήτημα της αστεγίας και εξετάζει τον βαθμό ικανοποίησης από το Πολυδύναμο Κέντρο Αστεγών του Δήμου Αθηναίων(Υπνωτήριο και Ξενώνα), η οποία παρέχει υπηρεσίες σε αστεγούς, προκειμένου να αξιολογήσει την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Κρίνεται σκόπιμο να πραγματοποιούνται έρευνες που αποτυπώνουν και αξιολογούν την κατάσταση που βρίσκονται οι άστεγοι, καθώς αποτελούν χρήσιμα εργαλεία που συμβάλλουν τόσο στη λήψη μέτρων και πολιτικών για την αντιμετώπιση του φαινομένου, όσο και στην παροχή προτάσεων και βελτιώσεων σε υφιστάμενες υπηρεσίες και δομές.

Η συγκεκριμένη εργασία προκειμένου να εκπληρώσει το σκοπό της περιλαμβάνει δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελεί το θεωρητικό υπόβαθρο που αναφέρεται στο ζήτημα του στεγαστικού αποκλεισμού, της επικρατούσας κατάστασης και της αντιμετώπισης του ζητήματος. Συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή και εννοιολογική προσέγγιση του όρου καθώς και σύνδεση με την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού. Παρουσιάζεται ο ορισμός κατά FEANTSA και η τυπολογία ETHOS, ενώ προσδιορίζεται και το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Στο δεύτερο κεφάλαιο προσδιορίζονται οι αιτιολογικοί παράγοντες, παρουσιάζεται η επικρατούσα κατάσταση σχετικά με το ζήτημα της στεγαστικής αποστέρησης στη χώρα μας, στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, καθώς επίσης γίνεται και αναφορά σε υπάρχουσες δομές που προσφέρουν υπηρεσίες στους αστεγούς στην Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι καθημερινά αλλά και τον αντίκτυπο που έχει η στεγαστική αποστέρηση στην υγεία τους αλλά και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα στάδια και οι προσεγγίσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του φαινομένου και τα μοντέλα πολιτικών πρόληψης και αντιμετώπισης. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον στόχο της Ε.Ε για την εξάλειψη της αστεγίας, στις δράσεις και την κοινωνική πολιτική που ασκείται. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με το ζήτημα της αστεγίας.

Το δεύτερο τμήμα της εργασίας αποτελείται από το ερευνητικό μέρος, όπου γίνεται ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των ωφελούμενων της δομής, δεδομένων που αντλούνται ως προς την έλλειψη στέγης, την κατάσταση της υγείας τους αλλά και τις απόψεις τους σχετικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών που τους προσφέρονται από

το Πολυδύναμο Κέντρο Αστεγών του Δήμου Αθηναίων. Παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προκύπτουν από την έρευνα.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ «ΑΣΤΕΓΙΑ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Παρά το γεγονός ότι η αστεγία είναι ένα φαινόμενο γνωστό στα βάθη της ανθρώπινης ιστορίας, ερευνητικά καταγράφεται μεταπολεμικά στις ΗΠΑ και έπειτα στη Μεγάλη Βρετανία. Οι πρώτες μελέτες που δημοσιεύτηκαν προσέγγιζαν το ζήτημα με τρόπο που δημιουργούσε συσχέτιση των ατόμων αυτών με την ανομία και την παραβατικότητα (Archard 1979). Από τον 14^ο αιώνα ήταν γνωστή στην Ευρώπη μια πληθυσμιακή ομάδα που βρισκόταν στο περιθώριο, αντιμετώπιζονταν με περιφρόνηση και εντάσσονταν στην ίδια κατηγορία με άλλες κοινωνικές ομάδες που εμφάνιζαν παραβατικές συμπεριφορές. Οι άστεγοι προκειμένου να επιβιώσουν ακολουθούσαν συμπεριφορές και πρακτικές αποκλίνουσες από το κανονιστικό πλαίσιο όπως κλοπές, επαιτεία, συνεχή μετακίνηση και προτίμηση σε υποβαθμισμένες περιοχές και προάστια με αποτέλεσμα την απομόνωση τους από τον κοινωνικό ιστό και τη δημιουργία υποκοουλτούρων και διαμόρφωσης δικών τους δικτύων με δικούς τους κανόνες εκ διαμέτρου αντίθετων με τη νομιμότητα και τους κανόνες της κοινωνίας. Στη συνείδηση των περισσοτέρων οι άστεγοι ήταν μια ομάδα αποκομμένη από το συμβατικό και φυσιολογικό τρόπο ζωής. Περί τον 16^ο- 17^ο αιώνα η αστεγία είναι πλέον ένα αστικό φαινόμενο και οι άστεγοι αποδέκτες περιφρόνησης και δυσπιστίας οι οποίοι έρχονταν αντιμέτωποι με σκληρό νομοθετικό πλαίσιο (Levinson, 2004). Σε πλήθος περιπτώσεων οι άστεγοι φαίνεται να απομακρύνονται εκουσίως από τον κοινωνικό ιστό, θεωρώντας ότι είναι απολύτως υπεύθυνοι για την κατάσταση τους. Η προσέγγιση που αντιλαμβάνεται τον ίδιο τον άστεγο ως υπαίτιο για την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει και η οποία πιθανόν να είναι απόρροια εξαρτήσεων από αλκοόλ και ουσίες ή από ψυχιατρικές διαταραχές οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας υποστηρικτικών δομών με σωφρονιστικό χαρακτήρα (Busch et al., 2010). Τον 19^ο αιώνα τα καταλύματα που δημιουργήθηκαν είχαν χαρακτήρα σωφρονιστικό και στόχο να εκπαιδεύσουν τα άτομα αυτά να υπερνικήσουν τις αδυναμίες τους (Neale, 1997).

Το φαινόμενο της αστεγίας άρχισε να μελετάται από τους ιστορικούς εντατικά σε Ευρώπη και Αμερική τη δεκαετία του 1960 ξεκινώντας την έρευνα από την εποχή του Μεσαίωνα και φτάνοντας στο σήμερα (Σκραπαρλής, 2013). Με το Κραχ του 1929 και την ύφεση του 1930, ο αριθμός των αστέγων εκτινάσσεται αρχικά στις ΗΠΑ και τη Δύση δημιουργώντας μια νέα κατάσταση που αντιμετωπίστηκε με τις πολιτικές του “NewDeal” του Keynes και τη στρατολόγηση στον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο (Kusmer, 2001). Στην Ευρώπη το ζήτημα της αστεγίας ερευνάται κυρίως από τη δεκαετία του 1990 ως φαινόμενο κυρίως στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη, ενώ σε επίπεδο πολιτικών έχουν γίνει ενέργειες μετά την οικονομική κρίση (Κουραχάνης, 2015). Τη δεκαετία του 1980 το φαινόμενο άρχισε να γίνεται εντονότερο παγκοσμίως, ενώ τη δεκαετία του 1990 σε συνδυασμό με την αύξηση των μεταναστευτικών ροών πήρε και στη χώρα μας μεγαλύτερες διαστάσεις. Το ζήτημα είχε αποδοθεί στην εισροή μεταναστών από την Αλβανία, τις χώρες της πρώην Ένωσης Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών και Αφρικανικών χωρών. Ωστόσο, πολύ σύντομα έγινε κατανοητό πως το ζήτημα αφορούσε και τους Έλληνες πολίτες (Κλίμακα 2011). Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών και συγκεκριμένα από το 2009 και έπειτα, οδήγησε και την χώρα μας σε τέτοια αύξηση του αριθμού των αστέγων που εξομοιώνεται πλέον με τον αντίστοιχο αριθμό των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Οι περικοπές σε συντάξεις και μισθούς και οι μειωμένες κοινωνικές παροχές δημιούργησαν έναν ασφυκτικό κλοιό που έπνιξε τις ασθενέστερες ομάδες. Ο συνδυασμός των κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών που επικρατούσαν, έπληξαν το σύνολο των χωρών που κάτω από τις πιέσεις στον τομέα της εργασίας εκτίναξαν το φαινόμενο. Στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση δεν υπήρχε αποτύπωση του αριθμού των αστέγων. Η ΜΚΟ Κλίμακα το 2006, δίνει την πρώτη αριθμητική καταγραφή μεγάλων αστικών κέντρων της χώρας όπου καταδεικνύει την άμεση επίπτωση της οικονομικής δυσπραγίας με την αστεγία. Η αύξηση του αριθμού των αστέγων ως απόρροια της οικονομικής κρίσης, οδηγεί άτομα και οικογένειες σε αδυναμία ικανοποίησης των βασικών τους αναγκών (Αντωνίου 2014).

Εξαιτίας της ποικιλομορφίας που συναντάται στην ομάδα του πληθυσμού των αστέγων, υπήρχε δυσκολία στον εννοιολογικό προσδιορισμό της, καθώς περιλαμβάνει διάφορες ομάδες από διαφορετικό πλαίσιο, όπως μεμονωμένα άτομα που διαβιούν στον δρόμο, οικογένειες, παιδιά, νέους, τοξικοεξαρτώμενους, αλκοολικούς, οροθετικούς, ψυχικά πάσχοντες, αποφυλακισθέντες, άστεγους

αγροτικών περιοχών και αστικών περιοχών. Παρά το γεγονός ότι οι άστεγοι έχουν χαρακτηριστεί νομικά ως ευάλωτη κοινωνικά ομάδα το προνοιακό σύστημα δεν είναι επαρκές ούτε σε επίπεδο πρόληψης ούτε αντιμετώπισης. Η ακριβής καταγραφή του πληθυσμού αυτού είναι απαραίτητη προκειμένου να υπάρχουν τα δεδομένα για τον ασφαλή προσδιορισμό του αριθμού και των χαρακτηριστικών τους. Πέραν κάποιων σοβαρών προσπαθειών που έχουν γίνει από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις προς αυτή την κατεύθυνση δεν έχει πραγματοποιηθεί κάτι πιο οργανωμένο που θα βοηθούσε στη χάραξη προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής. Σύμφωνα με μελέτες η αστεγία είναι μια συνθήκη η οποία προκύπτει από συνδυασμό πολλών παραγόντων (Γιατρά και συν 2018).

Τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης υπό το καθεστώς της οικονομικής κατάρρευσης και της αύξησης της ανεργίας, το φαινόμενο έλαβε πρωτοφανείς διαστάσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, παρασύροντας νέες ομάδες πληθυσμού στην ευάλωτη αυτή κατηγορία και δημιουργώντας ένα νέο μοντέλο αστέγου, αυτό του νέο-αστέγου. Το ζήτημα της στεγαστικής αποστέρησης είναι πιο πρόσφατο στη χώρα μας. Σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη, στην Ελλάδα το φαινόμενο καθυστέρησε να εξελιχθεί με την ίδια δυναμική, χάρη στην ύπαρξη ισχυρού υποστηρικτικού πλαισίου κοινωνικού και κυρίως οικογενειακού, αλλά και χάρη στην ευνοϊκή στεγαστική δανειακή πολιτική και την ανοχή της αυθαίρετης δόμησης που συνέβαλαν στην καθυστερημένη εμφάνιση του ζητήματος. Ο αυξανόμενος ρυθμός του προβλήματος έφερε τις κυβερνήσεις των χωρών αντιμετώπιες με τις ευθύνες τους απέναντι στο πρόβλημα αυτό, με αποτέλεσμα να λάβουν μέτρα αντιμετώπισης και πρόληψης χαράσσοντας ειδικά προγράμματα. Σχεδιάζονται βασικά προγράμματα όπως το Λισαβόνα 2000, ακολουθώντας το 2005 η αναθεώρηση του και το πρόγραμμα «ΕΥΡΩΠΗ 2020», με στόχο την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (Βαρελίδου και συν 2013). Υλοποιούνται προγράμματα κοινωνικής κατοικίας και προγράμματα όπως το «Στέγαση και Επανένταξη» ως μέτρα για την αντιμετώπιση του ζητήματος. Σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζουν οι εθελοντικές δράσεις, οι εθελοντικές οργανώσεις, κοινωφελείς οργανώσεις, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και η Εκκλησία, προκειμένου να καλύψουν την ελλιπή παρουσία του κράτους πρόνοιας απέναντι στο πρόβλημα και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ευάλωτων αυτών ομάδων (Στασινοπούλου, 2006 Β).

1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

Οι άστεγοι αποτελούν μια ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα που έρχεται αντιμέτωπη καθημερινά με σκληρές συνθήκες διαβίωσης ως αποτέλεσμα των συνεπειών του κοινωνικού αποκλεισμού και της αποστέρησης βασικών θεμελιωδών δικαιωμάτων. Η έννοια του αστέγου είναι συνυφασμένη με την φτώχεια, την εξαθλίωση, την παραβατικότητα και το στίγμα. Το φαινόμενο της αστεγίας είναι πολοπααραγοντικό, καθώς μπορεί να συντείνουν διάφοροι παράγοντες που να οδηγήσουν σε αυτό το αποτέλεσμα και οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με την οικονομική κατάσταση και την εργασιακή αστάθεια (ανεργία, οικονομική δυσχέρεια), με ζητήματα εξαρτήσεων (ναρκωτικά, τζόγος, αλκοόλ), με ψυχιατρικές διαταραχές, με την ύπαρξη ή μη κοινωνικού πλαισίου (απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος) ή μπορεί να προέρχεται και από έναν συνδυασμό των ανωτέρω. Στη διερεύνηση του φαινομένου σημαντικό ρόλο έχει ένας διεθνώς κοινά αποδεκτός ορισμός και η κατανόηση των αιτιών που οδηγούν στην αστεγία προκειμένου να πραγματοποιηθεί αποτελεσματική προσέγγιση και λήψη κατάλληλων μέτρων και στρατηγικών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του ζητήματος. Είναι επίσης σημαντικό να υπάρχει ακριβής γνώση του αριθμού των αστέγων μέσα από την οποία θα μπορούν να αναλυθούν και τα χαρακτηριστικά αυτού του πληθυσμού, που θα δώσουν πληροφορίες και ερμηνείες στον τομέα αυτόν. Στη βιβλιογραφία μπορεί να εντοπιστούν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί, όμως η συμφωνία σε έναν συγκεκριμένο ορισμό δεν είναι απλή υπόθεση (McNaughton, 2008). Υπάρχει διαφοροποίηση ακόμη και ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρώπης (Fazel et al., 2014). Οι διάφοροι ορισμοί μπορεί να διαφέρουν σε σημαντικά σημεία καθώς υπάρχουν πολλοί παράμετροι που καθορίζουν την έννοια. Κοινό χαρακτηριστικό είναι η έλλειψη στέγης. Ωστόσο υπάρχει ο διαχωρισμός ανάμεσα στην ορατή και αόρατη αστεγία που περιπλέκει την κατάσταση. Υπάρχουν οι ορατοί άστεγοι που διαμένουν στο δρόμο και οι αόρατοι που διαμένουν σε δομές/ξενώνες/ιδρύματα κ.ά (McNaughton, 2008). Υπάρχουν επίσης άτομα που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες, σε πρόχειρα καταλύματα, περιστασιακά σε φθηνά ξενοδοχεία, υπό την απειλή έξωσης, σε προσωρινή φιλοξενία, σε συνθήκες μη αξιοπρεπούς διαβίωσης, κ.λπ. Επίσης, υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα σε πρόσφυγες, μετανάστες, νομίμως διαμένοντες στη χώρα ή χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα (Παπαλιού, 2010). Και ενώ πρόκειται για μια ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά, μελετώντας τη διαπιστώνεται μεγάλη ανομοιογένεια στη σύσταση

της, διότι περιλαμβάνει στους κόλπους της άλλες ομάδες πληθυσμού επίσης ευάλωτες όπως, εξαρτημένοι σε ουσίες, αλκοόλ, αποφυλακισθέντες, ψυχικά πάσχοντες, μετανάστες και λοιπές κατηγορίες που δυσχεραίνουν στην καταγραφή και ανάλυση του ζητήματος (EMPHASIS, 2009).

Προσεγγίζοντας κοινωνικά το φαινόμενο παρατηρείται ότι ο πληθυσμός των αστέγων είναι αποκομμένος από τον κοινωνικό ιστό και τα δίκτυα. Ωστόσο, υπάρχει διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα η οποία οφείλεται στα μέτρα που λαμβάνει κάθε μια για την αντιμετώπιση του ζητήματος και την οικονομική δυνατότητα κάθε χώρα (Ravenhill, 2008). Η φτώχεια και η ανεργία σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια του κράτους πρόνοιας αποτελούν παράγοντες ιδιαίτερα επιβαρυντικούς στο να βρεθεί κανείς σε κατάσταση στεγαστικού αποκλεισμού καθώς βρίσκεται απροστάτευτος απέναντι σε δυσμενείς συνθήκες (Lewis, 1966). Οι άστεγοι βιώνουν με τον πλέον σκληρό τρόπο τον κοινωνικό αποκλεισμό καθώς στερούμενοι τα απαραίτητα οδηγούνται σε καθεστώς περιθωριοποίησης και διακρίσεων. Η μειονεξία τους αυτή τους απομακρύνει από το να μπορούν να αποτελούν δυναμικά μέλη του κοινωνικού συνόλου με ενεργή συμμετοχή σε αυτό. Η κατάσταση αυτή επιφέρει τριγμούς στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις ως αποτέλεσμα της απαξίωσης και της αποτυχίας που βιώνουν ως προς την εργασία, τη διατήρηση κατοικίας, την ικανοποίηση βασικών αναγκών, την υποστήριξη στην οικογένεια (Παπαδοπούλου, 2012). Στην κατάσταση αυτή αρνητική επίδραση ασκεί η αποδυνάμωση του υποστηρικτικού οικογενειακού πλαισίου και των άτυπων οικογενειακών δικτύων (Πετμεζίδου και συν 2004).

1.2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένας όρος πολυσύνθετος. Υποδηλώνει την κοινωνική παθογένεια και προκύπτει όταν κάποιο άτομο ή ομάδα αποκλείεται από ότι είναι δεδομένο για τον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για ομάδες ατόμων που αποκλίνουν από τα κοινωνικά στερεότυπα που θέτουν τα κοινωνικά συστήματα. Ο κοινωνικός αποκλεισμός παίρνει τη μορφή της απομόνωσης, της περιθωριοποίησης, του στίγματος και της διάσπασης των κοινωνικών σχέσεων και της κοινωνικής

συνοχής. Οι πιο χαρακτηριστικές κατηγορίες κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων είναι οι ακόλουθες:

- Άστεγοι (αποτελούν το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα κοινωνικού αποκλεισμού)
 - Φτωχοί
 - Μακροχρόνια άνεργοι
 - Ηλικιωμένοι
 - Γυναίκες κυρίως ως αρχηγοί μονογονεϊκής οικογένειας
 - Μετανάστες, κυρίως οι παράνομοι
 - Πρόσφυγες
 - Τοξικομανείς
 - Φορείς μεταδιδόμενων ασθενειών (κυρίως του AIDS)
 - Αποφυλακισθέντες
 - Άτομα με ειδικές ανάγκες
- (Παπαδοπούλου 2002)

Σύμφωνα με τον Durkheimη κοινωνική οργάνωση είναι μια ιεραρχική πυραμίδα που αποτελείται από διάφορες κοινωνικές ομάδες, τις οποίες συνδέουν κοινοί δεσμοί (ηθών, αξιών, δικαιωμάτων και υποχρεώσεων). Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί τη διαδικασία χαλάρωσης ή διάρρηξης αυτών των δεσμών. Αποτέλεσμα είναι η απόσπαση ατόμων ή κοινωνικών ομάδων από τις επιδιωκόμενες συνθήκες κοινωνικής συνοχής που ευαγγελίζονται τα κοινωνικά δικαιώματα (Φερόνας, 2004).

Ο όρος έγινε ευρέως γνωστός στην Ευρώπη όταν η ανεργία άρχισε να λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις και να οδηγεί τα άτομα στο περιθώριο. Η περιθωριοποίηση, η αποστέρηση θεμελιωδών δικαιωμάτων, η ανισότητα και η αδυναμία απόκτησης ίσων ευκαιριών αποτελεί έναν φαύλο κύκλο στον οποίο βρίσκονται κοινωνικές ομάδες που πλήττονται από διάφορους τομείς και εξαιτίας της ανεπάρκειας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας βυθίζονται ακόμη περισσότερο στο περιθώριο. Η υπολειμματική κοινωνική πολιτική μετακυλύει την ευθύνη στα ίδια τα άτομα τα οποία αποξενώνονται πλέον και από τον ίδιο τους τον εαυτό (Πανούσης Γ. 2004).

Η αποστέρηση των βασικών δικαιωμάτων, πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών αποτελεί την βασική αιτία που οδηγεί στην απομόνωση και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η έλλειψη στέγης έχει χαρακτηριστεί από το Συμβούλιο της Ευρώπης ως η πιο ακραία μορφή φτώχειας και αποκλεισμού (Council of Europe 1994). Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση δεν αποδίδουν απόλυτα την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο αποκλεισμός από βασικά κοινωνικά δικαιώματα και αγαθά είναι η αιτία που οδηγεί στο περιθώριο και τη φτώχεια. Αποτελεί τόσο μια κατάσταση όσο και μια διαδικασία περιθωριοποίησης που επιφέρει την εξαθλίωση σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο (Mazel, 1996). Ο κοινωνικός αποκλεισμός σχετίζεται με την αποστέρηση βασικών δικαιωμάτων και την απομόνωση από κοινωνικούς θεσμούς. Κοινωνικά αποκλεισμένα είναι τα άτομα που στερούνται πρόσβασης σε τομείς όπως, εργασία, υγεία, εκπαίδευση και όσοι αντιμετωπίζουν αδυναμία στο να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία (Burchardt et al., 1999). Όσοι στερούνται τα όσα απολαμβάνουν οι πολίτες μιας χώρας, οι στερούμενοι πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες (Τσιάκαλος, 1998). Παράγοντες που συντελούν σε κοινωνικό αποκλεισμό είναι η φτώχεια, η ανεργία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επίπεδο ανάπτυξης, το υποστηρικτικό κοινωνικό και οικογενειακό δίκτυο (Πλειός, 1998). Επίσης, ο τόπος κατοικίας δημιουργεί ανισότητες ως προς το επίπεδο διαβίωσης οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε αποκλεισμό, όπως για παράδειγμα κάτοικοι απομακρυσμένων, παραμεθόριων, νησιωτικών ή ορεινών περιοχών που αποκλείονται από υπηρεσίες και δραστηριότητες στις οποίες αντίθετα έχουν άμεση πρόσβαση κάτοικοι αστικών περιοχών (Παπάνης, 2007). Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και τον διαχωρίζουν από άλλες έννοιες είναι ότι πρόκειται για ένα ζήτημα πολυδιάστατο, όπου κάθε φαινόμενο μπορεί να παίρνει διάφορες μορφές, να αναλύεται σε άλλο πλαίσιο και να εξετάζεται κατά περίπτωση. Έπειτα πρόκειται για έννοια που υπόκειται σε πολιτική διαχείριση καθώς μια κοινωνία συγκροτημένη προσδιορίζει και οριοθετεί τους όρους που χαρακτηρίζουν την κοινωνική πραγματικότητα. Επίσης πρόκειται για μια διαδικασία και όχι μια για μια σταθερή κατάσταση καθώς αναφερόμαστε σε μη μετρήσιμα φαινόμενα των οποίων η εξέλιξη έρχεται σε άμεση συνάρτηση με διάφορους εξισορροπητικούς παράγοντες. Τέλος, πρόκειται για μια ευέλικτη έννοια η οποία δεν υπόκειται σε σαφείς και αυστηρούς ορισμούς δεδομένου ότι είναι σχετική και μεταβαλλόμενη καθώς προσαρμόζεται και ακολουθεί την κοινωνική πραγματικότητα (Παπαδοπούλου, 2002).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ FEANTSA

Η έλλειψη στέγης αποτελεί ένα αυξανόμενο, μείζον κοινωνικό φαινόμενο που οδηγεί τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε αυτή τη συνθήκη να βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό στην πιο ακραία του μορφή. Εκτός λοιπόν από τη γνωστή μορφή του ανθρώπου που διαβιεί στους δρόμους των μεγάλων αστικών κέντρων αρχίζει να διαφαίνεται και μια άλλη αόρατη μορφή και αφορά σε άτομα που φιλοξενούνται προσωρινά σε κάποιο χώρο, είναι εν δυνάμει άστεγοι καθώς επίκειται έξωση από τον χώρο στον οποίο διαμένουν, είτε ζουν σε επισφαλείς και ακατάλληλες συνθήκες. Η πολυπλοκότητα λοιπόν του ζητήματος ανέδειξε την ανάγκη υιοθέτησης ενός διεθνούς κοινά αποδεκτού ορισμού προκειμένου να οριοθετηθούν οι έννοιες της αστεγίας και του άστεγου πληθυσμού (Κουραχάνης 2015). Η έλλειψη στέγης εξαιτίας του γεγονότος ότι αποτελεί ένα φαινόμενο πολυσύνθετο, πολυπαραγοντικό και περίπλοκο απαιτούσε την δημιουργία ενός κοινά αποδεκτού διεθνούς ορισμού ο οποίος απουσίαζε (Murphyetal., 2011).

Η FEANTSA - Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εθνικών Οργανώσεων (EuropeanFederationofNationalOrganizationsWorkingwiththeHomeless) αποτελεί τον ισχυρότερο ευρωπαϊκό οργανισμό που εργάζεται με τους αστέγους. Ιδρύθηκε το 1989 και αποτελεί έναν Ευρωπαϊκό Μη Κυβερνητικό Οργανισμό έχοντας την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής επιτροπής και των μελών της. Ο χαρακτήρας του είναι γνωμοδοτικός – συμβουλευτικός και ο σκοπός του είναι η καταπολέμηση και εξάλειψη του φαινομένου της αστεγίας και του κινδύνου να βρεθεί κάποιος σε αυτή την κατάσταση ως απόρροια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι οργανώσεις που συμμετέχουν είναι περισσότερες από 130, προερχόμενες από 30 και πλέον ευρωπαϊκές χώρες. Η βοήθεια που προσφέρουν τα μέλη της εστιάζει στον τομέα της εξασφάλισης στέγης, εργασίας, υγειονομικής φροντίδας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Βασική προϋπόθεση προκειμένου να αντιμετωπιστεί το ζήτημα του στεγαστικού αποκλεισμού σύμφωνα με την FEANTSA, αποτελεί η κατανόηση του φαινομένου και η καταγραφή των ανθρώπων που ζουν σε αυτό το καθεστώς.

Η FEANTSA σύμφωνα με την τυπολογία ETHOS(παρουσιάζεται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο) καθιέρωσε τον κοινά αποδεκτό διεθνή ορισμό για τον άστεγο ο οποίος τον προσδιορίζει ως εξής:

«ο μη έχων μια αξιοπρεπή κατοικία (ή χώρο) επαρκή για να καλύψει τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του (φυσική διάσταση), δεν είναι σε θέση να διατηρήσει το απόρρητο και να απολαύσει κοινωνικές σχέσεις (κοινωνική διάσταση), και ο μη έχων αποκλειστική κατοχή, ασφάλεια και νόμιμο τίτλο (νομική διάσταση)» (Μπασκόζου, 2021).

1.3.1 ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ETHOS

Το 2005 η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εθνικών Οργανώσεων (FEANTSA) δημιούργησε την τυπολογία ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), με σκοπό να υπάρξει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την αστεγία και τις πληθυσμιακές ομάδες που εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία. Ο ορισμός και η τυπολογία ETHOS στοχεύουν στην πληρέστερη και ορθότερη κατανόηση του φαινομένου της αστεγίας.

Η τυπολογία στηρίζεται σε τρεις διαστάσεις που σχετίζονται με την έννοια της στέγης. Πρόκειται για:

- I. τη **φυσική διάσταση** που αφορά στην δυνατότητα εξασφάλισης κυριότητας σε έναν κατάλληλο χώρο/οίκημα,
- II. την **κοινωνική διάσταση** που αφορά στην δυνατότητα εξασφάλισης ενός χώρου ιδιωτικού ώστε να μπορεί κανείς να διατηρεί κοινωνικές σχέσεις και
- III. τη **νομική διάσταση** προκειμένου να υφίσταται νομικός τίτλος που να κατοχυρώνει το δικαίωμα ιδιοκτησίας ενός χώρου.

Οι βασικοί τομείς στους οποίους στηρίζεται η φιλοσοφία της τυπολογίας ETHOS είναι οι εξής:

- **φυσικός τομέας** (χώρος κάλυψης βασικών αναγκών)
- **κοινωνικός τομέας** (προστασία της ιδιωτικότητας και των κοινωνικών συναναστροφών)

➤ **νομικός τομέας** (νομικό πλαίσιο ιδιοκτησίας). (Edgaretal., 2005)

Σύμφωνα με την τυπολογία ETHOS υπάρχουν τέσσερις βασικές κατηγορίες οι οποίες προκύπτουν από τις συνθήκες στέγασης και στις οποίες κατατάσσονται οι άνθρωποι που έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιου είδους προβλήματα.

- i) Έλλειψη στέγης, άστεγοι που διαβιούν στο δρόμο (σε δημόσιους/εξωτερικούς χώρους) και δεν έχουν πρόσβαση σε κανενός είδους κατάλυμα (“*rooflessness*”).
 - ii) Έλλειψη κατοικίας, άτομα στερούμενα κατοικίας που διαμένουν σε ξενώνες και δομές προσωρινής φιλοξενίας (ξενώνες αστέγων, ξενώνες γυναικών, κέντρα μεταναστών και προσφύγων, στέγες ανηλίκων, αποφυλακισθέντων, ψυχικά πασχόντων (“*houselessness*”))
- IV. Επισφαλής στέγαση, άτομα που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης (φιλοξενούνται εξ ανάγκης από οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, βρίσκονται υπό την απειλή έξωσης, διαβιούν με άτομα υπό το καθεστώς κακοποιητικής συμπεριφοράς, σε χώρους που έχουν καταλάβει χωρίς να διαθέτουν νόμιμο δικαίωμα σε αυτούς) (“*living in insecure housing*”)
- V. Ακατάλληλη στέγαση, άτομα που ζουν σε ανεπαρκή ακατάλληλα καταλύματα (τροχόσπιτα, αποθήκες, παράγκες, παραπήγματα, λυόμενα, containers και διάφορες αυτοσχέδιες κατασκευές)(“*living in inadequate housing*”).

Οι κατηγορίες αυτές χωρίζονται σε 13 υποκατηγορίες ούτως ώστε να είναι εφικτή η καταγραφή και η διερεύνηση του ζητήματος σε κοινό πλαίσιο (FEANTSA, 2006).

Πίνακας 1: Η Τυπολογία ETHOS της FEANTSA

		Λειτουργικός Ορισμός	Συνθήκες Διαβίωσης		Γενικοί Προσδιορισμοί Όρων Κατοικίας	
Εννοιολογική Κατηγορία	ΑΣΤΕΓΟΙΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	1	Άνθρωποι που ζουν στο δρόμο	1.1	Διαμονή σε δημόσιους χώρους ή εξωτερικούς χώρους	Διαμονή στο δρόμο ή σε δημόσιους χώρους, χωρίς κατάλυμα να μπορεί να θεωρηθεί τόπος κατοικίας
		2	Διαμονή σε χώρους για επείγουσες περιπτώσεις	2.1	Διανυκτέρευση σε ξενώνες ύπνου	Άνθρωποι χωρίς σταθερό τόπο διαμονής, που χρησιμοποιούν για διανυκτέρευση υποβαθμισμένα καταλύματα.
		3	Διαμονή σε ξενώνες	3.1	Διαμονή σε ξενώνα για άστεγους	Ο χρόνος παραμονής ορίζεται να είναι

		για αστέγους	3.2 3.3	Προσωρινή παραμονή σε ξενώνα για αστέγους Υποστηριζόμενη διαμονή σε μεταβατικό στάδιο	σύντομος*
	4	Φιλοξενία σε ξενώνες γυναικών	4.1	Διαμονή σε ξενώνες για γυναίκες	Σύντομη* φιλοξενία γυναικών, που έχου υνβιώσει ενδο-οικογενειακή βία.
	5	Διαμονή σε κέντρα για μετανάστες πρόσφυγες	5.1 5.2	Προσωρινή φιλοξενία σε κέντρα υποδοχής για αιτούντες άσυλο Προσωρινή φιλοξενία για μετανάστες	Βραχυχρόνια φιλοξενία σε χώρους υποδοχής λόγω νομικής εκκρεμότητας.
	6	Πρόσωπα που φεύγουν από ιδρύματα	6.1 6.2 6.3	Εξιτήριο από σωφρονιστικά καταστήματα – Αποφυλακιστέοι Εξιτήριο από Ψυχιατρεία και άλλα Νοσοκομεία αποφοίτηση από θεραπευτικά προγράμματα για χρήση ουσιών Λήξη φιλοξενίας σε ιδρύματα Παιδικής Προστασίας/στέγες ανηλίκων	Δεν υπάρχει άλλη κατοικία πριν την αποφυλάκιση Παράταση της νοσηλείας λόγω της έλλειψης στέγης Δεν πιστοποιείται η ύπαρξη κατοικίας (με την συμπλήρωση των 18 χρόνων)
	7	Πρόσωπα που λαμβάνουν μακροχρόνια υποστήριξη	7.1 7.2	Στεγαστική φροντίδα για ηλικιωμένους αστέγους Υποστηριζόμενη διαμονή για πρώην αστέγους	Διαμονή μακράς διάρκειας* και παροχή φροντίδας για πρώην αστέγους
ΑΝΘΡΩΠΟΠΟΥΣΣΕ ΕΠΙΣΤΡΑΤΗΓΕΙΑ ΣΥΝΟΧΗΣ ΤΕΤΑΡΤΗΣ	8	Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλή κατοικία	8.1 8.2 8.3	Προσωρινή φιλοξενία σε συγγενείς ή φίλους (από ανάγκη) Διαμονή σε καθαεστώς παράνομης παράτυπης υπενικίας Παράνομη καταπάτηση γης (για στεγαστικό σκοπό)	Προσωρινή διαμονή σε συμβατική κατοικία αλλά όχι σε κανονική και μόνιμη λόγω έλλειψης στέγης Διαμονή χωρίς νόμιμη νοίκιαση – παράνομη κατάληψη Καταπάτηση γης χωρίς νόμιμα δικαιώματα
	9	Άνθρωποι που ζουν υπό την απειλή ξέωσης	9.1 9.2	Αναγκαστική ξέωση με δικαστική εντολή από νοίκιαζόμενη κατοικία Εντολή κατάσχεσης ιδιόκτητης κατοικίας	Όπου εντολές για ξέωση είναι σεισχύ Όπου υπάρχει δικαστική εντολή για κατάσχεση
	10	Πρόσωπα που ζουν υπό την απειλή βίας	10.1	Διαμονή στην οικογενειακή εστία με καταγραμμένα από την αστυνομία περιστατικά βίας	Όταν η αστυνομία λαμβάνει μέτρα για να εξασφαλιστεί ασφαλή διαμονή σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας
ΑΝΘΡΩΠΟΠΟΥΣΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΗ – ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ	11	Άνθρωποι που ζουν σε προσωρινά ή πρόχειρα καταλύματα	11.1 11.2 11.3	Τροχόσπιτα – Αυτοκίνητα Μη συμβατικές κατασκευές Προσωρινές κατασκευές	Δεν προορίζονται για μόνιμη διαμονή Αυτοσχέδιες κατασκευές, παραπήγματα ή παράγκες Ημι-μόνιμες κατασκευές, λυόμενα ή containers
	12	Άνθρωποι που ζουν σε κατάλληλα καταλύματα	12.1	Κατειλημμένα κτίρια ακατάλληλα για κατοίκηση	Χώροι που θεωρούνται κατάλληλοι για κατοίκηση σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία
	13	Διαμονή υπερβολικά μεγάλου αριθμού ανθρώπων	13.1	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού ορίου συνωστισμού σε κατοικία	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού εθνικού ορίου ανθρώπων ανά χρησιμοποιούμενο δωμάτιο ή επιφάνεια κατοικίας ανά άτομο.

		στον ίδιο χώρο			
<p>Σημείωση: Ως διαμονή σύντομης διάρκειας ορίζεται χρόνος λιγότερος του έτους Ως διαμονή μακράς διάρκειας ορίζεται χρόνος πέραν του έτους Αυτός ορισμός είναι συμβατός με τους ορισμούς των απογραφών, όπως συνιστώνται στην Έκθεση του 2006 της UNECE/EUROSTAT</p>					

Πηγή: Feantsa (www.feantsa.org)

Η τυπολογία ETHOS είναι πολύ σημαντική ως προς την κατανόηση και την ανάλυση του ζητήματος, ωστόσο στα αρνητικά της σημεία μπορεί να επισημανθεί η απουσία αποτύπωσης τρόπου με τον οποίο βιώνουν οι συγκεκριμένοι άνθρωποι την συνθήκη αυτή (Κουραχάνης, 2005).

1.4 ΑΝΑΦΟΡΑ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

Η προστασία της στέγασης είναι ευθύνη και υποχρέωση του κράτους και οφείλει να μεριμνά παρέχοντας υπηρεσίες εφόσον πρόκειται για ένα θεμελιώδες κατοχυρωμένο κοινωνικό δικαίωμα (Edgaretal., 2003). Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν το ζήτημα του στεγαστικού αποκλεισμού στο ευρύτερο πλαίσιο της προστασίας των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως ορίζει ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, το Διεθνές Σύμφωνο των Ηνωμένων Εθνών και ο Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης (Μπάρκα, 2014).

Το δικαίωμα στην στέγαση στην Ελλάδα έχει κατοχυρωθεί από το 1975 με την παράγραφο 4 του άρθρου 21 του συντάγματος, με τις διεθνείς συμβάσεις για «επαρκή κατοικία» τις οποίες έχει υπογράψει, καθώς και με το ψήφισμα του συμβουλίου της Ευρώπης το 2008 με σκοπό την εξάλειψη της αστεγίας (Τουφεξή, 2013). Την δεκαετία του 1990 η πληθυσμιακή ομάδα των αστεγών αποτελεί πλέον μια ξεχωριστή ομάδα η οποία συγχέεται με το μεταναστευτικό κύμα (EMPHASIS, 2009). Το δεύτερο μνημόνιο και οι μεταρρυθμίσεις που έφερε στο σύστημα υγείας και πρόνοιας, δημιούργησαν την ανάγκη νομικής προστασίας του πληθυσμού των αστεγών ως εύλωτη ομάδα πληθυσμού (Αράπογλου και συν 2015).

Στη χώρα μας το φαινόμενο της αστεγίας ορίστηκε νομοθετικά το 2012 με τον *Νόμο 4052/2012 ΦΕΚ Α'41/01.03.2012*. Σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία το άρθρο 1 του Νόμου 4052/2012 «*Αναγνωρίζονται οι άστεγοι ως ευπαθής κοινωνική ομάδα, στην οποία παρέχεται κοινωνική προστασία. Ως άστεγοι ορίζονται όλα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης. Στους αστέγους περιλαμβάνονται ιδίως αυτοί που διαβιούν στο δρόμο, σε ξενώνες, αυτοί που φιλοξενούνται από ανάγκη προσωρινά σε ιδρύματα ή άλλες κλειστές δομές, καθώς και αυτοί που διαβιούν σε ακατάλληλα καταλύματα*».

Ορίζεται πλέον νομικά η εν λόγω πληθυσμιακή ομάδα ως ευπαθής κοινωνική ομάδα που πρέπει να βρίσκεται υπό το καθεστώς κοινωνικής προστασίας. Στο άρθρο 2 γίνεται αναφορά σε κατηγορίες αστέγων όπως σε εκείνους που διαβιούν στο δρόμο, σε ιδρύματα, υπνωτήρια, δομές, ξενώνες προσωρινής φιλοξενίας ή ζουν σε επισφαλείς ή ακατάλληλες συνθήκες στέγασης (Ν.4052/2012). Καθορίζονται τα ζητήματα που αφορούν σε προγράμματα προστασίας των αστέγων όπως και οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας των δομών (Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες κ.ά.) και φορέων που σχετίζονται με υπηρεσίες για αστέγους. Στο άρθρο 29 παράγραφος 5 ορίζεται πως το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας προκηρύσσει προγράμματα παροχής υπηρεσιών για αστέγους όπως στέγασης και σίτισης τα οποία υλοποιούνται με τη συνεργασία πιστοποιημένων φορέων που συνάπτουν συμβάσεις με το Υπουργείο. Οι φορείς αυτοί αναφέρονται στην παράγραφο 9 του ίδιου άρθρου, πρόκειται για ΝΠΔΔ, εκκλησιαστικούς φορείς και ιδρύματα που έχουν πιστοποιηθεί από το αρμόδιο υπουργείο, ΝΠΔ και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο της αστεγίας. Τα συναρμόδια υπουργεία συστήνουν επιτροπή που παρακολουθεί και ελέγχει την υλοποίηση προγραμμάτων. Ο νόμος συμπληρώθηκε το 2014 με τον Νόμο 4254/2014 «*Μέτρα στήριξης και ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας στο πλαίσιο εφαρμογής του ν. 4046/2012 και άλλες διατάξεις*». Με τις τροποποιητικές διατάξεις του παρόντος νόμου για τις υπηρεσίες προς τους αστέγους οι δομές διακρίνονται σε δυο κατηγορίες, αυτές που καλύπτουν άμεσες και επείγουσες ανάγκες και όσες αφορούν σε πιο μόνιμη στέγαση. Οι δράσεις και οι υπηρεσίες προσφέρονται σε τοπικό επίπεδο με την σύμπραξη τοπικών φορέων, ΟΤΑ Α και Β βαθμού, Δήμοι Περιφέρειες,

Κοινοφελείς επιχειρήσεις, ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ πιστοποιημένα σύμφωνα με το Ν.2646/98.

Σχετικά με την νομική θεσμοθέτηση το θετικό σημείο του ζητήματος έγκειται στο ότι ορίζεται και αναγνωρίζεται πλέον η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ως ευάλωτη και σύμφωνα με τα πρότυπα και την τυπολογία ETHOS της FEANTSA. Στα αρνητικά στοιχεία μπορεί να καταγραφεί το γεγονός ότι δεν υπολογίζονται στους αστέγους οι μετανάστες χωρίς άδεια παραμονής και οι αιτούντες άσυλο. Ωστόσο, πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό βήμα προκειμένου να τεθεί το ζήτημα στη σωστή βάση για την ανάληψη των αντίστοιχων μέτρων καταπολέμησης(Κουραχάνης, 2015).

Κεφάλαιο Δεύτερο

2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η προσέγγιση των αιτιολογικών παραγόντων που επιδρούν στην εμφάνιση του φαινομένου της αστεγίας κρίνεται απαραίτητη για τη διερεύνηση και την αντιμετώπιση του ζητήματος. Ο στεγαστικός αποκλεισμός έχει χαρακτηριστεί σε πλήθος μελετών ως ένα φαινόμενο πολυδιάστατο, πολύ-παραγοντικό, πολυσύνθετο. Ο συνδυασμός και η συνύπαρξη ποικίλων παραγόντων είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε κατάσταση αστεγίας. Ωστόσο δυο είναι οι βασικές κατηγορίες αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν σε στεγαστική αποστέρηση. Πρόκειται για τους κοινωνικούς και τους ατομικούς παράγοντες.

- Οι **κοινωνικοί παράγοντες**(structural model) που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο σε κατάσταση αστεγίας πηγάζουν από αίτια κοινωνικοοικονομικά. Η ριζοσπαστική αυτή θεώρηση αποδίδει την αστεγία σε παράγοντες όπως η ανεργία, η ανασφάλιστη εργασία και η επαγγελματική αστάθεια, η μείωση εισοδήματος, το αυξημένο κόστος βιοτικού επιπέδου, το κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, οι αυξημένες τιμές κατοικιών, η ανεπάρκεια της κοινωνικής πρόνοιας και της κοινωνικής δικαιοσύνης καθώς επίσης η απουσία οικογενειακού υποστηρικτικού δικτύου ή οι προβληματικές οικογενειακές σχέσεις που αποδυναμώνουν και απομακρύνουν το άτομο και το αφήνουν μετέωρο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του (Wasserman etal., 2010).

- Οι **ατομικοί παράγοντες** (individualmodel) σχετίζονται κυρίως με προσωπικές επιλογές, προβλήματα και αποτυχίες (MacDonald, 2001). Σύμφωνα με αυτή την πιο συμπεριφορική/συντηρητική θεώρηση τα άτομα θεωρούνται υπεύθυνα για την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει. Οι πιο συχνές αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε συνθήκες αστεγίας και εντάσσονται στο πλαίσιο της προσωπικής ευθύνης είναι οι εξαρτήσεις από ουσίες και αλκοόλ και οι ψυχικές ασθένειες. Έρευνες καταδεικνύουν πως η ψυχική νόσος συναντάται στο ένα τρίτο των αστέγων (Wasserman, 2010).

Στο παρελθόν, προτού το ζήτημα της αστεγίας λάβει τις διαστάσεις που έχει σήμερα, ήταν γνωστή μια μορφή αστεγίας, η λεγόμενη ορατή αστεγία, που περιελάμβανε άτομα που ζούσαν στο δρόμο στα οποία συγκαταλέγονταν ως επί το πλείστον άτομα εξαρτημένα από ουσίες, αλκοόλ, οροθετικοί και ψυχικά πάσχοντες (Κλίμακα 2011). Τα αίτια που οδηγούσαν αυτά τα άτομα σε κατάσταση αστεγίας αποδίδονταν κυρίως σε ατομικά αίτια. Οι μεταβολές που καταγράφηκαν σε κοινωνικο-οικονομικο-πολιτικό επίπεδο τις τελευταίες δεκαετίες οδήγησαν στην εμφάνιση μιας νέας κατηγορίας αστέγων, εκείνης των νεοαστέγων οι οποίοι είναι άνθρωποι που έχουν πληγεί κυρίως από την οικονομική κρίση και τις γενικότερες μεταβολές χωρίς να έχουν οι ίδιοι προσωπική ευθύνη για την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άτομα που παρόλο που μπορεί να είναι εργασιακά ενεργά, τα χρήματα που εισπράττουν δεν επαρκούν για να καλύψουν τις στεγαστικές τους ανάγκες (Wasserman et al., 2010). Τα αίτια που οδήγησαν σε στεγαστική αποστέρηση αυτά τα άτομα είναι κοινωνικά. Η προσωπική και η κοινωνική ευθύνη συμβάλλει στο να οδηγηθεί κανείς σε συνθήκη αστεγίας (Wyly et al., 2005). Η ύπαρξη αυτών των παραγόντων σχηματίζει μια σύγχρονη θεώρηση την επονομαζόμενη “The New Orthodoxy” σύμφωνα με την οποία η αλληλεπίδραση συγκεκριμένων ατομικών και κοινωνικών αιτιών θα μπορούσε να οδηγήσει σε στεγαστικό αποκλεισμό. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση κάποιοι κοινωνικοί παράγοντες ευνοούν τις συνθήκες για την εμφάνιση του ζητήματος της αστεγίας ενώ κάποιοι ατομικοί παράγοντες καθιστούν περισσότερο ευάλωτα συγκεκριμένα άτομα ως προς την εκδήλωση του φαινομένου (Fitzpatrick, 2005).

Οι παράγοντες που θα μπορούσαν δυνητικά να οδηγήσουν σε στεγαστικό αποκλεισμό είναι πολλοί και η συνύπαρξη τους επηρεάζει αρνητικότερα στην εξέλιξη του φαινομένου. Η οικονομική δυσπραγία, η έλλειψη κατοικίας, η απουσία

υποστηρικτικού πλαισίου, αποτελούν παράγοντες στεγαστικού αποκλεισμού οι οποίοι μεμονωμένα πιθανόν να μην οδηγούν σε απώλεια στέγης όμως όσο περισσότεροι παράγοντες εμπλέκονται, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί το φαινόμενο. Η οικονομική κρίση γιγάντωσε το φαινόμενο της ανεργίας καθώς πολλοί κλάδοι και επιχειρήσεις επλήγησαν με αποτέλεσμα να χαθούν θέσεις εργασίας με πιθανό επακόλουθο και την απώλεια στέγης ως απόρροια έλλειψης εισοδήματος για την κάλυψη των βιοποριστικών αναγκών. Το υποστηρικτικό περιβάλλον αποτελεί ένα άτυπο δίκτυο προστασίας το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή από τον κίνδυνο στεγαστικού αποκλεισμού καθώς δεν είναι τυχαίο πως άτομα που βιώνουν την αστεγία δεν διαθέτουν υποστήριξη από οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον. Φυσικά σε πολλές περιπτώσεις ακόμη και η ύπαρξη υποστηρικτικού πλαισίου από μόνη της δεν είναι πάντα ικανή να αποσοβήσει τον κίνδυνο καθώς έχει όρια τα οποία μπορεί να εξαντληθούν. Η απουσία ιδιόκτητης στέγης αποτελεί λόγο που σε συνδυασμό με τους άλλους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει σε στεγαστικό αποκλεισμό. Η χάραξη μέτρων στεγαστικής πολιτικής προκειμένου να προστατευτεί το δικαίωμα στην κατοικία και οι υποχρεώσεις που αυτό γεννά κρίνεται επιβεβλημένη (Κουραχάνης, 2015).

Σύμφωνα με τον Edgar(2009) οι παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν ένα άτομο σε στεγαστικό αποκλεισμό είναι οι εξής:

- **Δομικοί:** σχετίζονται με τις επιπτώσεις της φτώχειας, της απασχόλησης και όλων των παραγόντων που δημιουργούν εμπόδια στην πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες.
- **Θεσμικοί:** σχετίζονται με τις επιπτώσεις της ιδρυματοποίησης και του ελλειμματικού δικτύου κράτους πρόνοιας.
- **Οικογενειακοί:** σχετίζονται με την ύπαρξη κακοποιητικών συμπεριφορών στο οικογενειακό περιβάλλον και την απουσία υποστηρικτικού πλαισίου.
- **Προσωπικοί:** σχετίζονται με τις προσωπικές επιλογές και αποφάσεις, τις εξαρτήσεις, τους οικονομικούς χειρισμούς και όλους τους παράγοντες που μέσω των προσωπικών επιλογών μπορεί να θέσουν ένα άτομο σε ακραίες καταστάσεις (Edgar, 2009).

Η έρευνα των Leeetal.,(2010) ως προς τους παράγοντες που οδηγούν στο φαινόμενο της αστεγίας καταλήγουν στο μάκρο και μικρο επίπεδο, όπου στο μάκρο επίπεδο αναφέρονται οι δομικοί παράγοντες που αφήνουν χωρίς προστασία τους ανθρώπους

από τον κίνδυνο του στεγαστικού αποκλεισμού και το μικρό επίπεδο που αφορά στους ατομικούς παράγοντες που οδηγούν σε αυτή τη συνθήκη (Leeetal., 2010). Προκειμένου να ερμηνευτεί το προφίλ του νεοαστέγου πρέπει να αναλυθούν οι αιτίες οι οποίες διαχωρίζονται πλέον σε δομικές και ατομοκεντρικές (Schurink, 2003).

Η ανεργία ή η επισφαλής εργασία, οι περικοπές στα εισοδήματα και η ανεπάρκεια του προνοιακού συστήματος δημιουργούν πρόσφορο έδαφος ως προς την ενίσχυση της στεγαστικής επισφάλειας, της μη αξιοπρεπούς διαβίωσης και του αποκλεισμού (Αράπογλου και συν 2015). Η οικονομική δυσχέρεια, η ανεργία, η ανεπάρκεια του κράτους πρόνοιας και η απουσία δομών συμβάλλουν στην ένταση του φαινομένου (Busch-Geertsemaetal., 2010). Οι άστεγοι αποτελούν μια ομάδα πληθυσμού που απαρτίζεται από ανθρώπους διαφόρων κατηγοριών και προελεύσεων. Υπάρχει επομένως μια ανομοιογένεια στη σύσταση αυτού του πληθυσμού και μπορεί να περιλαμβάνει ανθρώπους εξαρτημένους από ουσίες, τζόγο, αλκοόλ, ψυχικά πάσχοντες, χαμηλόμισθους που δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά στο υψηλό κόστος διαβίωσης, επιχειρηματίες που χρεοκόπησαν, άτομα μεγάλα σε ηλικία που απώλεσαν την εργασία τους. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι η απώλεια της στέγης.

2.2 ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της αστεγίας ήταν γνωστό, ωστόσο από τη δεκαετία του 1990 το φαινόμενο εντάθηκε καθώς συνέπεσε με το μεταναστευτικό κύμα που έφτανε στη χώρα μας και αρχικά αποδόθηκε ως η αιτία που αύξησε το πρόβλημα (Alamanou et al., 2011). Σύντομα βέβαια αποδείχθηκε πως η αστεγία αφορούσε το ίδιο και τους Έλληνες πολίτες καθώς οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συντελούνταν ευνόησαν στην αύξηση του αριθμού των αστέγων (Theodorikakou et al., 2013). Επίσης στο παρελθόν υπήρχε η τάση σύνδεσης της αστεγίας με ατομικούς παράγοντες και απόδοση της ευθύνης σε ατομικά αίτια. Οι τεράστιες διαστάσεις που έλαβε το φαινόμενο οδήγησαν στην στροφή από την ατομοκεντρική θεώρηση που έβλεπε τον ίδιο τον άστεγο ως υπαίτιο για την κατάσταση του σε μια άλλη θεώρηση που αναγνωρίζει μερίδιο στο κράτος πρόνοιας, στις δομικές αλλαγές και στις επιπτώσεις τους (Αράπογλου,2002).Την ανεπάρκεια του συστήματος κοινωνικής προστασίας την εξυπηρετούσε να αντιμετωπίζεται το ζήτημα όχι ως κοινωνικό αλλά

προσδίδοντας του το στοιχείο της ατομικής ευθύνης και παθογένειας, κατατάσσοντας τα άτομα αυτά σε άλλες ήδη γνωστές κατηγορίες όπως οι τοξικοεξαρτώμενοι, οι ψυχικά πάσχοντες, οι παράνομοι μετανάστες, κ.ά (Αμίτσης, 2001). Ωστόσο, με το ξεκίνημα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης όπου το φαινόμενο αυξήθηκε δραματικά αναγνωρίστηκε το ζήτημα ως κοινωνικό και η πληθυσμιακή ομάδα ως ευπαθής και ευάλωτη, η οποία πρέπει να βρίσκεται υπό καθεστώς κοινωνικής προστασίας (Αμίτσης, 2012). Τα ποσοστά φτώχειας στην Ελλάδα το 2008 ήταν πολύ υψηλά με επακόλουθο να υπάρξει αδυναμία καταβολής ενοικίων και αποπληρωμής δανείων γεγονός που προκάλεσε ανατροπές στον στεγαστικό τομέα (Μπαλούρδος και συν 2010).

Το φαινόμενο της αστεγίας άργησε να εμφανιστεί στην Ελλάδα σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη και η καθυστέρηση αυτή πιθανολογείται πως οφειλόταν κατά ένα μεγάλο βαθμό στο οικογενειακό υποστηρικτικό πλαίσιο και τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα τα οποία ήταν πολύ ισχυρά στο παρελθόν. Από τη δεκαετία του 1990 όμως και έπειτα, οι μεταβολές που έχουν σημειωθεί στο οικογενειακό και κοινωνικό δίκτυο καθώς και στη δομή των κοινωνιών και των σχέσεων, αποδυνάμωσαν τη συνοχή των διαπροσωπικών σχέσεων και δημιούργησε ένα κενό το οποίο συνέβαλε στην ραγδαία αύξηση του ζητήματος (Μητράκος, 2012). Η μεταβολή του ρόλου της οικογένειας και η μετατροπή της από διευρυμένη σε πυρηνική συνέβαλε στην αποδυνάμωση των ισχυρών δεσμών που υπήρχαν ανάμεσα στα μέλη της γεγονός που συνέβαλε αρνητικά στην εξέλιξη του φαινομένου (Τουφεξή, 2016).

Οι περικοπές κοινωνικών παροχών, η λιτότητα, η ανεργία, η έλλειψη εισοδήματος που ήρθαν ως απόρροια της οικονομικής κρίσης, η απουσία κοινωνικής πολιτικής, η ανεπάρκεια των κοινωνικών υπηρεσιών, η απουσία υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού δικτύου και οι ατομικές επιλογές του κάθε ατόμου δημιούργησαν μια νέα διάσταση όσον αφορά τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς συνέβαλαν στην εμφάνιση της στεγαστικής αποστέρησης, μιας νέας μορφής που δεν ήταν συνηθισμένη, τουλάχιστον στα ελληνικά δεδομένα, τα προηγούμενα χρόνια. Ο ρόλος της πολιτείας σε αυτή την περίπτωση είναι να προχωρήσει σε χάραξη προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής για πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου (Αντωνοπούλου 2017).

Παρόλο που το φαινόμενο είναι πλέον πολύ ορατό δεν έχουν γίνει αποτελεσματικά βήματα από πλευράς κοινωνικής πολιτικής και κράτους πρόνοιας για την αντιμετώπιση του. Αυτό το κενό του συστήματος έχει δημιουργήσει άλλα δίκτυα

προστασίας που εργάζονται σε αυτή την κατεύθυνση, όπως είναι η δράση της εκκλησίας, οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και οι τοπικοί οργανισμοί (Sapounakis 1997). Φαίνεται η ευθύνη της πολιτείας να μεταφέρεται στα άτυπα κοινωνικά δίκτυα δεδομένου ότι καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι ΜΚΟ, η εκκλησία ή όποια άλλη ιδιωτική πρωτοβουλία. Οι δράσεις αυτών των φορέων βέβαια δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την κρατική πρόνοια και προσομοιάζουν περισσότερο στο φιλανθρωπικό μοντέλο και όχι σαν βασική υποχρέωση απέναντι στο θεμελιώδες δικαίωμα της στέγασης (Aparoglou, 2002). Οι ΜΚΟ και οι εκκλησίες λειτουργούν περισσότερο προς κάλυψη βασικών αναγκών, παροχή τροφίμων, συσσίτια, ρουχισμό κ.α (Παπαλιού, 2010), ενώ οι η τοπική αυτοδιοίκηση έχει ενεργό ρόλο κυρίως σε έκτακτες καιρικές συνθήκες (Υπουργείο Εργασίας, Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας 2013). Επομένως πρόκειται για επιφανειακές και πρόσκαιρες λύσεις με χαρακτήρα περισσότερο φιλανθρωπικό παρά για σαφή εθνική στρατηγική που θα αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το φαινόμενο (Sapounakis, 2005).

Ο ακριβής υπολογισμός του αριθμού των αστέγων στην Ελλάδα και η αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου εμποδίζεται από την έλλειψη ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων. Για το ζήτημα της αστεγίας δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες και καταγραφές που να μπορούν να εξασφαλίσουν ασφαλή αποτελέσματα και συμπεράσματα. Μερικές προσπάθειες καταγραφής των αστέγων που έχουν γίνει έως σήμερα είναι οι ακόλουθες

- ✚ «Καταγραφή των πληττομένων από έλλειψη στέγης και των σχετικών υπηρεσιών του δημοσίου και εθελοντικού τομέα βάσει δευτερογενών στοιχείων» για το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Έλλειψης Στέγης της FEANTSA από τον καθηγητή Σαπουνάκη (Sapounakis, 1993)
- ✚ Από την ΜΚΟ Κλίμακα το 2006, όπου τα ευρήματα εμφανίζουν ένα νέο μοντέλο αστέγου διαφορετικό από αυτό που ήταν γνωστό και υπολογίζει τον αριθμό των αστέγων της Αθήνας περί τις 10.000 και αιτιολογεί την απόκλιση στον αριθμό σε σχέση με άλλες έρευνες, στο γεγονός ότι εξαιρούνται πολλές πληθυσμιακές ομάδες (Theodorikakou et al., 2013).
- ✚ Από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης το 2009 όπου κατέγραψε 21.206 άτομα σε όλη την Ελλάδα (1.627 άστεγοι στο δρόμο, 624 στερούμενοι κατοικίας, 8.801 σε επισφαλείς συνθήκες, 10.154 σε ακατάλληλη κατοικία) (Αράπογλου και συν 2015)

- ✚ Από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης το 2009 έγινε μια καταγραφή του αριθμού των αστέγων ο οποίος προσδιορίστηκε στα 7.720 άτομα. Τα εν λόγω νούμερα δεν συγκλίνουν με τον υπολογισμό που έγινε την ίδια περίοδο από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Έλλειψη Στέγης (European Observatory of Homelessness) το οποίο εκτιμούνταν στα 20.000 άτομα. Ως άστεγοι υπολογίζονταν άνθρωποι οι οποίοι ζούσαν στο δρόμο, σε ξενώνες, σε πρόχειρα καταλύματα και χώρους που είχαν καταλάβει ,σε άσυλα, ιδρύματα, ΜΚΟ, οι οποίοι ήταν είτε Έλληνες είτε αλλοδαποί μετανάστες και αιτούντες άσυλο. (Ναούμη και συν 2010). Δεδομένου ότι από την καταγραφή έχουν αποκλειστεί ομάδες όπως είναι οι παράνομοι μετανάστες, οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι Ρομά ο αριθμός αυτός δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα αλλά σύμφωνα με εκτιμήσεις Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων ο αριθμός μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 17.000-20.000 ατόμων (Παπαλιού, 2010)
- ✚ Από το ΚΥΑΔΑ το 2013 που εντόπισε 480 αστέγους σε 176 διαφορετικά σημεία της Αθήνας. Μελέτη που αποτέλεσε μια έρευνα ολοκληρωμένη και έδωσε πολλά ευρήματα. (Arapoglou – Gounis, 2014).
- ✚ Μια νέα πρωτογενής έρευνα διενεργήθηκε το 2013-2014 από το Πανεπιστήμιο Κρήτης με σκοπό να αποτυπώσει τις διάφορες μορφές αστέγων της Αθήνας και την επικαιροποίηση των στοιχείων παλαιότερων ερευνών. Στην έρευνα καταγράφηκαν 514.000 άτομα, τα 305.000 με ελληνική ιθαγένεια και τα 209.000 με αλλοδαπή τα οποία βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας, άνεργα, αυτοαπασχολούμενα ή σε συνθήκες στεγαστικής αποστέρησης. Φιλοξενούμενοι σε δομές είναι 4.700 (3.600 Έλληνες και 1.100 αλλοδαποί, ενώ στο δρόμο διαβιούν περί τα 1.200-2.360 άτομα με κάθε επιφύλαξη (Arapoglou et al., 2014).
- ✚ Το 2018 το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, το Πάντειο Πανεπιστήμιο και οι Δήμοι Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πειραιά, Ηρακλείου, Νέας Ιωνίας, Ιωαννιτών και Τρικκαίων πραγματοποίησαν πιλοτική καταγραφή αστέγων που είτε διαβιούσαν στο δρόμο είτε εξυπηρετούνταν από κάποια δομή. Εντοπίστηκαν 1.645 άστεγοι από τους οποίους οι 691 διαβιούσαν στο δρόμο. Το μεγαλύτερο ποσοστό εντοπίζεται στον δήμο της Αθήνας (793 άτομα οι 353 βρίσκονται στο δρόμο). Στη Θεσσαλονίκη τα άτομα

ήταν 380 με τους 100 να μένουν στο δρόμο και 126 σε κοινωνικές δομές, στον Πειραιά 118 άστεγοι, 265 σε δομές και 63 στο δρόμο, στο Ηράκλειο Κρήτης 119, στα Ιωάννινα τους 30, στα Τρίκαλα τους 35 και στη Νέα Ιωνία 23. Ως προς το δημογραφικό κομμάτι η πλειοψηφία είναι άνδρες είναι κάτω των 44 ετών (Κωνσταντάτου, 2018).

- ✚ Το 2017-2019 η ΜΚΟ ΑΡΣΙΣ με την υποστήριξη του Κοινοφελούς Ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος σε έρευνα της για τους αστέγους της Θεσσαλονίκης εντόπισε μέσω του «Streetwork», 452 ανθρώπους οι περισσότεροι ηλικίας 51-65 ετών και με προβλήματα υγείας σωματικής και ψυχικής, προβλήματα με εξαρτήσεις και σε πολλές περιπτώσεις και συννοσηρότητα (Ράδιο Θεσσαλονίκη, 2019).

Ωστόσο η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Οργανώσεων για τους Αστέγους-FEANTSA υπολογίζει τους αστέγους στην Ελλάδα σε περισσότερους από 20.000 σύμφωνα με εκθέσεις της Ευρωπαϊκής επιτροπής για το 2011 και διαπιστώνοντας 25% αύξηση σε σχέση με το 2009. Στα τέλη του 2012 έχει καταγραφεί ραγδαία αύξηση στον αριθμό ο οποίος κυμαίνεται μεταξύ 20.000-40.000 με σχεδόν τους μισούς από αυτούς να εντοπίζονται σε Αθήνα και Πειραιά και κυρίως χωρίς να υπολογίζονται στον αριθμό αυτό άτομα που διαβιούν σε επισφαλείς συνθήκες (Alamanouetal., 2010). Στις έρευνες που έχουμε στη διάθεση μας φαίνεται πως πρόκειται για ένα αυξανόμενο πρόβλημα και ως προς την ορατή αλλά και την αόρατη μορφή έλλειψης στέγης με κύρια αίτια πρώτον την ανεργία και την απουσία εισοδήματος και δεύτερον την έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου. Από τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα από τις υπάρχουσες έρευνες το προφίλ των αστέγων φαίνεται πως είναι κυρίως άντρες 25-65 ετών, ανύπαντροι ή διαζευγμένοι, απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με ποσοστό έναν στους πέντε απόφοιτο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που νιώθουν τεράστια ψυχική εξουθένωση εξαιτίας των άθλιων συνθηκών που αντιμετωπίζουν κυρίως ως προς την εξασφάλιση χώρων για την φροντίδα της ατομικής τους υγιεινής, τις επικίνδυνες καταστάσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι ιδιαίτερα τη νύχτα και την έλλειψη υποστήριξης από οικογενειακό και κοινωνικό δίκτυο. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται από διεθνείς μελέτες. Τα αποτελέσματα συγκλίνουν δεδομένου ότι οι αιτίες που δημιουργούν το ζήτημα είναι κοινές και πρόκειται για την ανεργία, την οικονομική δυσχέρεια, την απουσία υποστηρικτικού πλαισίου και τις εξαρτήσεις (Αντωνίου, 2014).

Τα νέα δεδομένα που σύμφωνα με τη EUROSTAT δείχνουν έναν αριθμό 514.000 ατόμων να βρίσκονται σε κατάσταση στεγαστικής επισφάλειας δημιουργούν μια νέα μορφή αστέγου του λεγόμενου νέο-αστέγου (neo-homeless) που διαφέρει από την παραδοσιακή μορφή του αστέγου που ήταν γνωστή συνήθως ως ψυχικά πάσχοντες, χρήστες ουσιών και αλκοόλ, αποφυλακισθέντες κ.ά. Στην νέα κατηγορία ανήκουν άνθρωποι που αδυνατούν να διατηρήσουν ένα ασφαλές και αξιοπρεπές επίπεδο ζωής (Katsadoros et al., 2013). Μπορούμε επομένως να διακρίνουμε τρεις κατηγορίες αστέγων:

- i. τους αστέγους που έχουν βρεθεί σε αυτή τη θέση ως αποτέλεσμα συνδυασμού παραγόντων που αφορούν στην ανεργία, τη φτώχεια, την χρήση ουσιών την κατανάλωση αλκοόλ και την ψυχική νόσο,
- ii. τους πρόσφυγες, μετανάστες, αιτούντες άσυλο που συνήθως ζουν σε ακατάλληλες στεγαστικές συνθήκες,
- iii. τους νεοαστέγους που επηρεάστηκαν από τις συνέπειες της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και κυρίως λόγω ανεργίας ή πενιχρών εισοδημάτων βρέθηκαν σε συνθήκες στεγαστικής αποστέρησης. Δεν είχαν παρουσιάσει ποτέ στο παρελθόν στοιχεία ευαλωτότητας όπως ψυχικές ασθένειες και εξαρτήσεις, ενώ ταυτόχρονα διέθεταν υψηλό εκπαιδευτικό και βιοτικό επίπεδο (Βλάσση, 2013).

Στην κατηγορία των νεοαστέγων περιλαμβάνονται κυρίως άτομα:

- ✓ από τα μικρομεσαία κοινωνικά στρώματα που έχασαν τις περιουσίες τους λόγω αδυναμίας αποπληρωμής των οφειλών τους (δάνεια, άλλες οφειλές). Ενδεικτικό είναι ότι τον Ιανουάριο του 2011 ο αριθμός των εξώσεων που πήραν τη νομική οδό ήταν 4.000, ενώ 50.000 σπίτια βρέθηκαν σε κίνδυνο πλειστηριασμού εκ των οποίων τα 20.000 αφορούσαν πρώτη κατοικία,
- ✓ νέοι που είχαν αυτονομηθεί και ζούσαν ανεξάρτητα από τις οικογένειες τους και εξαιτίας της ανεργίας δεν κατάφεραν να συντηρήσουν τα σπίτια τους,
- ✓ άτομα που βρέθηκαν μετέωρα χωρίς εργασία λίγα χρόνια πριν προλάβουν να συνταξιοδοτηθούν (Παναγιωτοπούλου, 2012).

2.3 ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΗΠΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Η αστεγία είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Τόσο στον Ευρωπαϊκό χώρο όσο και στις ΗΠΑ τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε αύξηση των ατόμων που βρίσκονται σε καθεστώς αστεγίας ή κινδυνεύουν από στεγαστικό αποκλεισμό. Το φαινόμενο εντάθηκε στα χρόνια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, εμφανίζεται σε αστικές και μη περιοχές και αφορά πλέον ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Παγκοσμίως υπολογίζεται πως οι άστεγοι ξεπερνούν τα 100 εκατομμύρια, ενώ σε 600 εκατομμύρια υπολογίζονται οι εν δυνάμει άστεγοι που ζουν σε επισφάλεια, αντιμετωπίζοντας καθημερινά τον κίνδυνο του στεγαστικού αποκλεισμού. (Ζαραφωνίτου, 2012). Ο αριθμός των αστέγων στην Ευρώπη υπολογίζεται στις 400.000-500.000, ενώ στις ΗΠΑ ο αριθμός αυτός κυμαίνεται στις 600.000 (Fazel et al, 2014). Στην Ευρώπη η έκθεση της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας των Εθνικών Οργανώσεων που εργάζεται με τους αστέγους (European Federation of National Organisations working with the Homeless) δείχνει μεταβολή στο δημογραφικό κομμάτι που αφορά στον άστεγο πληθυσμό, εντοπίζοντας αύξηση του αριθμού των αστέγων στις κατηγορίες όπως γυναίκες, νέοι, οικογένειες, μετανάστες και αιτούντες άσυλο (FEANTSA, 2012). Το στεγαστικό κόστος, οι μεταναστευτικές ροές, η πληθυσμιακή γήρανση και η αποδυνάμωση του οικογενειακού υποστηρικτικού δικτύου αποτελούν λόγους που συντείνουν στην αύξηση των ποσοστών (European Comission, 2013). Μελέτη που αφορούσε 13 χώρες της Ευρώπης (Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία, Σουηδία, Φινλανδία, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Πολωνία, Βέλγιο, Γερμανία, Βουλγαρία, Ισπανία, Τσεχία) εντόπισε σοβαρό ζήτημα όσον αφορά την στέγαση καθώς μεγάλος αριθμός του πληθυσμού διαβιούσε σε ακατάλληλες συνθήκες. Ο εν λόγω πληθυσμός είναι αυξανόμενος στις κατηγορίες των γυναικών, των νέων και των μεταναστών (Pleace et al., 2011).

Σχετικά με την καταγραφή των αστέγων και την αποτύπωση των αναγκών τους θα πρέπει να αναφερθεί πως είναι ελάχιστες οι χώρες που προβαίνουν σε τέτοιες μετρήσεις. Η Φινλανδία, η Νορβηγία, η Ιρλανδία, η Δανία και η Αγγλία είναι κάποιες από αυτές (Ζαραφωνίτου, 2012). Εντυπωσιακό είναι πως ενώ τα ποσοστά αυξάνουν ραγδαία, υπάρχουν χώρες όπως η Φινλανδία και η Σκωτία που παρουσιάζουν μείωση του φαινομένου ως αποτέλεσμα στρατηγικών που εφαρμόζονται με εξαιρετική επιτυχία (FEANTSA, 2012).

Στην Ευρώπη λειτουργεί ο θεσμός της κοινωνικής κατοικίας/κοινωνικά προστατευόμενη κατοικία που υφίσταται για την κάλυψη των στεγαστικών αναγκών όσων βρίσκονται σε ανάγκη και εφαρμόζεται τόσο επίπεδο πρόληψης όσο και καταπολέμησης (Παπαλιού, 2010).

2.4 ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ

Οι ανάγκες των αστέγων είναι πολλές και δεν εστιάζονται μόνο στις βασικές (σίτιση, ένδυση, στέγη). Χρειάζεται να λειτουργήσει ένα υποστηρικτικό δίκτυο το οποίο θα μπορέσει να τους καλύψει σε διάφορα επίπεδα καθώς αντιμετωπίζουν εκτός από τα προαναφερθέντα και προβλήματα εργασίας, υγειονομικής και φαρμακευτικής περίθαλψη και ζητήματα κοινωνικής απομόνωσης (FEANTSA 2008).

Η κοινωνική πολιτική οφείλει να χαράσσει προγράμματα για την προστασία των ευάλωτων ομάδων που παρέχονται μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι εκάστοτε υπηρεσίες και η αποτελεσματικότητά τους εξαρτώνται από την πολιτική και την μέριμνα που λαμβάνει η κάθε χώρα. Υπηρεσίες για τους αστέγους προσφέρονται ως παρεμβάσεις κάλυψης αναγκών όπως υπνωτήρια, συσσίτια, κέντρα ημέρας, συμβουλευτική (Κουραχάνης, 2015). Η αποτελεσματικότερη προσέγγιση για την απομάκρυνση του κινδύνου στεγαστικού αποκλεισμού αποτελεί η δυναμική παρουσία μέτρων και υπηρεσιών σε επίπεδο πρόληψης, καθώς σε αντίθετη περίπτωση οι πολιτικές αντιμετώπισης των επειγουσών καταστάσεων αποτελούν μορφή υπολειμματικής προσέγγισης (Edgar et al., 2003).

Πίνακας 2. Τύποι Κοινωνικών Υπηρεσιών για τους Άστεγους

Στέγαση για τους Άστεγους	Υπνωτήρια, Πανσιόν προσωρινής διαμονής, Υποστηριζόμενη ή Μεταβατική Στέγαση
Μη Στεγαστικές Υπηρεσίες για τους Άστεγους	Υπηρεσίες Προσέγγισης, Κέντρα Ημέρας, Υπηρεσίες Συμβουλευτικής
Υπηρεσίες Στέγασης για άλλες Πληθυσμιακές Ομάδες Συμβατές για Άστεγους	Ξενοδοχεία, Χώροι Προσφοράς Διανυκτέρευσης και Φαγητού, Ειδική Υποστήριξη και Υπηρεσίες Προστατευμένης Φιλοξενίας για Εξαρτημένους από Αλκοόλ, Ναρκωτικά ή Ψυχικά Νοσήματα
Κεντρικές Υπηρεσίες για τον Γενικό Πληθυσμό Συμβατές για	Υπηρεσίες Συμβουλευτικής, Υπηρεσίες Τοπικών Αρχών, Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας

Άστεγους	
ΥπηρεσίεςΕξειδικευμένης Υποστήριξης για άλλες Πληθυσμιακές Ομάδες Συμβατές για Άστεγους	Υπηρεσίες Ψυχιατρικής Υποστήριξης, ΔομέςΑπεξάρτησης από τα Ναρκωτικά

Πηγή: Edgar 2009: 17

Στον ανωτέρω πίνακα 2, αποτυπώνονται υπηρεσίες που προσφέρονται σε αστέγους και αφορούν εκτός από τη στέγαση και σε άλλου είδους υποστηρικτικές υπηρεσίες που φανερώνουν τις προεκτάσεις του προβλήματος. Επίσης υπηρεσίες που προσφέρονται στον γενικό πληθυσμό μπορούν να εξυπηρετήσουν και ανάγκες της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας, καθώς επίσης μπορούν να κάνουν χρήση όσοι ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες και από εξειδικευμένες υπηρεσίες που απευθύνονται σε χρήστες ή ψυχικά πάσχοντες. Οι φορείς που προσφέρουν υπηρεσίες μπορεί να είναι δημόσιοι, ιδιωτικοί, μη κυβερνητικού ή φιλανθρωπικού χαρακτήρα. Το σχήμα που αποτυπώνεται στον πίνακα 2 είναι ιδεοτυπικό και δεν εφαρμόζεται απαραίτητα από όλα τα κράτη (Edgar, 2009).

Στον ακόλουθο πίνακα 3, αναφέρονται τα Ανοικτά Κέντρα Ημέρας, τα Υπνωτήρια και οι Ξενώνες Μεταβατικής Φιλοξενίας που λειτουργούν στην Ελλάδα με σκοπό την παροχή υπηρεσιών προς τον άστεγο πληθυσμό. Συγκεκριμένα τα:

- ✓ **Ανοικτά Κέντρα Ημέρας** προσφέρουν υπηρεσίες κάλυψης των βασικών καθημερινών αναγκών των αστέγων, όπως: σίτιση, φροντίδα ατομικής υγιεινής, πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα, ψυχοκοινωνική στήριξη, καθώς και διασύνδεση για εργασιακή, νομική συμβουλευτική και υπηρεσίες στέγασης με στόχο την κοινωνική επανένταξη.
- ✓ **Τα Υπνωτήρια** προσφέρουν υπηρεσίες επείγουσας στεγαστικής κάλυψης με τη μορφή διανυκτέρευσης για άτομα που διαβιούν στο δρόμο καθώς και όλες τις υπηρεσίες που προσφέρονται και από τα Ανοικτά Κέντρα Ημέρας όπως αναφέρονται προηγούμενα.
- ✓ **Οι Ξενώνες Μεταβατικής Φιλοξενίας** που φιλοξενούν αστέγους για ορισμένα χρονικά διαστήματα προσφέροντας επίσης τις ως άνω υπηρεσίες.

ΔΟΜΕΣ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πίνακας 3. Δομές για αστέγους στους κεντρικούς Δήμους της Αθήνας

A/A	Περιοχή	Τύπος Δομής	Φορέας Λειτουργίας	Περιγραφή
1	Δήμος Αθήνας	Ημερήσια & Στεγαστική	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης & Ξενώνας επείγουσας υποδοχής και φιλοξενίας
2	Δήμος Αθήνας	Ημερήσια	Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης Δήμου Αθηναίων	Κεντρική Υπηρεσία
3	Δήμος Αθήνας	Ημερήσια	PRAKSIS	Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας
4	Δήμος Καρέα	Στεγαστική	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Κοινωνικός Ξενώνας Καρέα
5	Δήμος Αθήνας	Στεγαστική	ΚΥΑΔΑ	Ξενώνας Ξενοδοχείο ΙΟΝΙΣ ΚΥΑΔΑ
6	Δήμος Αθήνας	Στεγαστική	ΚΥΑΔΑ	Εστία των Αθηνών
7	Δήμος Αθήνας	Στεγαστική	Ερυθρός Σταυρός	Κοινωνικός Ξενώνας Αστέγων
8	Δήμος Αθήνας	Στεγαστική	Δήμος Αθηναίων	Υπνωτήριο 'Γιατροί του Κόσμου'

Πίνακας 4. Δομές για αστέγους στον Πειραιά και τους όμορους Δήμους

A/A	Περιοχή	Τύπος Δομής	Φορέας Λειτουργίας	Περιγραφή
1	Δήμος Πειραιά	Ημερήσια	Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση Πειραιά	Κεντρική Υπηρεσία - Κοινωνικές υπηρεσίες
2	Δήμος Πειραιά	Ημερήσια & Στεγαστική	Όμιλος για την Unesco Πειραιώς & Νήσων	Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας & Υπνωτήριο
3	Δήμος Πειραιά	Ημερήσια	ΜΚΟ Praksis - Περιφέρεια Αττικής	Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας Αστέγων
4	Δήμος Νίκαιας-Ρέντη	Ημερήσια	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης
5	Δήμος Νίκαιας-Ρέντη	Στεγαστική	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Κοινωνικός Ξενώνας Ρέντη

6	Δήμος Νίκαιας-Ρέντη	Ημερήσια & Στεγαστική	Όμιλος για την Unesco Πειραιώς & Νήσων	Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας & Υπνωτήριο
---	---------------------	-----------------------	--	-----------------------------------

Πίνακας 5. Δομές για αστέγους στην Υπόλοιπη Ελλάδα

A/A	Περιοχή	Τύπος Δομής	Φορέας Λειτουργίας	Περιγραφή
1	Δήμος Αγρινίου	Ημερήσια & Στεγαστική	Δήμος Αγρινίου	Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας & Υπνωτήριο
2	Δήμος Ηρακλείου	Ημερήσια & Στεγαστική	Δήμος Ηρακλείου	Κέντρο Αστέγων (Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας & Υπνωτήριο)
3	Δήμος Θεσσαλονίκης	Στεγαστική	Δήμος Θεσσαλονίκης	Υπνωτήριο
4	Δήμος Θεσσαλονίκης	Ημερήσια	Δήμος Θεσσαλονίκης	Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας
5	Δήμος Ιωαννιτών	Στεγαστική	Οργανισμός Κοινωνικής Προστασίας, Αλληλεγγύης και Προσχολικής Αγωγής Δήμου Ιωαννιτών	Υπνωτήριο
6	Δήμος Λαρισαίων	Στεγαστική	Δήμος Λαρισαίων	Δομή υποστήριξης Αστέγων (Υπνωτήριο)

Πηγή: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΣΤΕΓΑΣΗΣ, 2022

Οι φορείς που ασχολούνται με το ζήτημα των αστέγων είναι δημόσιοι, ιδιωτικοί, εθελοντικού χαρακτήρα, η εκκλησία, διεθνείς οργανισμοί και άτυπα δίκτυα. Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής εμπλεκόμενοι φορείς (Αλσαγιέντ και συν 2015):

- ❖ Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας,
- ❖ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- ❖ Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Δημόσιας Διοίκησης,
- ❖ Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας,
- ❖ Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), όπου αποτελούν πολύ σημαντικούς φορείς υλοποίησης προγραμμάτων

- ❖ Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων (ΚΥΑΔΑ), δημοτικό ίδρυμα που στηρίζει σημαντικά σε όλα τα επίπεδα τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων καλύπτει το σύνολο των αναγκών των αστέγων και όσων αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα διαθέτοντας υπηρεσίες όπως κοινωνικό παντοπωλείο, κοινωνικό φαρμακείο, αθηναϊκή αγορά, αλλά και υπνωτήριο και ξενώνες για κάλυψη αναγκών στέγασης
- ❖ Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α.), Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με ενεργό και πολύ-επίπεδο ρόλο σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης
- ❖ Γιατροί του Κόσμου, με υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης και Υπνωτήριο αστέγων προσφέρουν προγράμματα και δράσεις για την κάλυψη όλων των αναγκών (σίτιση, στέγαση, ρουχισμό, υγειονομική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική υποστήριξη)
- ❖ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, κοινωνικές υπηρεσίες και τομέας κοινωνικής πρόνοιας που υλοποιούν μεγάλο και σημαντικό αριθμό προγραμμάτων
- ❖ Εκκλησία της Ελλάδας και η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών, Αποστολή, φιλανθρωπικό έργο με προγράμματα στέγασης και κάλυψης βασικών καθημερινών αναγκών των αστέγων.
- ❖ ΜΚΟ Κλίμακα και Praksis, εξειδικεύονται σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης και επανένταξης, κάλυψης βασικών αναγκών, υγειονομική περίθαλψη, νομική/εργασιακή συμβουλευτική, Κέντρο Ημέρας, προσωρινή στέγαση
- ❖ ΜΚΟ Άρσις αναλαμβάνει δράσεις για την πρόληψη αλλά και καταπολέμηση του φαινομένου
- ❖ Οργανώσεις και σωματεία όπως : Κάριτας, Φίλοι των αστέγων, Αδερφές της Μητέρας Τερέζας , Χέρια Βοηθείας Στέκιελπίδας, Καταφύγιο, Κοινωνικοί αρωγοί, Τα παιδιά του δρόμου, Ευαγγελική Εκκλησία, Γέφυρες φιλίας, Ανθρώπινοι – Άνθρωποι

Οι ευθύνες κράτους και τοπικής αυτοδιοίκησης συνήθως διαχωρίζονται. Ο σχεδιασμός και η χρηματοδότηση προγραμμάτων για τους αστέγους βαραίνει τον κρατικό τομέα ενώ η υλοποίηση τους είναι κυρίως ευθύνη των τοπικών αρχών. Η στενότητα που υπήρξε τα τελευταία χρόνια στον κρατικό τομέα μετατόπισε

μεγαλύτερη ευθύνη στους δήμους και ως προς τη χρηματοδότηση υπηρεσιών για αστέγους οδηγώντας σε μια νέα κουλτούρα διακυβέρνησης (Busch-Geertsema et al., 2010). Οι περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και η αποκέντρωση του κράτους εξαιτίας έλλειψης πόρων έχει μεταθέσει αρμοδιότητες και ευθύνες για την παροχή υπηρεσιών για τους αστέγους στην τοπική αυτοδιοίκηση η οποία με τη σειρά της λόγω οικονομικής δυσπραγίας τις έχει μετακυλήσει σε ΜΚΟ, κοινωνία των πολιτών και ιδιωτικούς φορείς. Εκτός από τις ΜΚΟ, ο Δήμος και η Εκκλησία με χορηγίες ιδιωτικής πρωτοβουλίας συμμετέχουν ενεργά στον τομέα της σίτισης και της διανομής προϊόντων ρουχισμού, υπόδησης και άλλων ειδών (Κουραχάνης, 2015).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει έντονη η παρουσία των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων όχι μόνο στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών αλλά και διακυβέρνησης στον τομέα της πρόνοιας στο ζήτημα της αστεγίας. Η τοπική αυτοδιοίκηση συνάπτει συμφωνίες με ΜΚΟ έχοντας τον έλεγχο της χρηματοδότησης και του συντονισμού δράσεων και υπηρεσιών για τους αστέγους (Edgar et al., 1999, Filipovic et al., 2009). Ο ρόλος των ΜΚΟ όσον αφορά την διακυβέρνηση μπορεί να είναι πρόσφατος, όμως ως προς την παρουσία τους στον τομέα των υπηρεσιών πρόνοιας είναι μακρά, με τη μορφή φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Busch-Geertsema et al., 2010). Οι ΜΚΟ έχουν πολύ ενεργό ρόλο στον τομέα παροχής, υποστήριξης και υπηρεσιών για αστέγους σε βαθμό υποκατάστασης του κράτους πρόνοιας. Οι οργανώσεις αυτές καλύπτουν μεγάλο φάσμα των αναγκών τους με πρώτες και κύριες τις βασικές καθημερινές ανάγκες όπως φαγητό, ρουχισμό, υγιεινή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Λειτουργούν επίσης κέντρα ημέρας για αστέγους που καλύπτουν εκτός από βασικές ανάγκες (διατροφή, καφέ/τσάι, υγιεινή, ρουχισμό), συμβουλευτική, διασύνδεση με υπηρεσίες και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Οι άστεγοι που αντιμετωπίζουν εμπόδια στη χρήση υπηρεσιών υγείας διευκολύνονται από τις παροχές που τους προσφέρουν οι ΜΚΟ από τα κοινωνικά ιατρεία και κοινωνικά φαρμακεία.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους διάφορους φορείς μπορεί να μην επιλύουν το πρόβλημα ούτε να το προλαμβάνουν, ωστόσο οι υπηρεσίες τους είναι πολύ σημαντικές για την καθημερινή διαβίωση των ατόμων αυτών τα οποία στο σημείο που βρίσκονται μπορούν να επιβιώσουν μόνο με υποστήριξη (Κουραχάνης, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ

Τα άτομα που βρίσκονται σε καθεστώς αστεγίας ή απειλούνται με στεγαστικό αποκλεισμό είναι μια πληθυσμιακή ομάδα επιβαρυνόμενη, με μεγάλες ανάγκες, εμφανίζοντας χαρακτηριστικά πολυευαλωτότητας καθώς οι συνθήκες οι οποίες βιώνουν είναι σκληρές και επηρεάζουν δραματικά τόσο την υγεία τους όσο και την ψυχοκοινωνική τους κατάσταση.

Οι βασικότερες ανάγκες τους είναι οι εξής: στέγαση, τροφή, ιατροφαρμακευτική κάλυψη, εργασία, υγιεινή, ρουχισμός. Η έλλειψη αυτών των βασικών αναγκών τους οδηγεί πολλές φορές σε ανάπτυξη παραβατικών συμπεριφορών οι οποίες δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο (European Commission, 2013). Η αποστέρηση των βασικών αναγκών του ατόμου όπως είναι η στέγη, η τροφή, η εργασία, η οικονομική δυνατότητα, δημιουργούν στρες και ανασφάλεια στα άτομα που τα βιώνουν τα οποία γίνονται δύσκολα διαχειρίσιμα (Ritsheretal., 2004). Στην επιβάρυνση της ψυχικής αλλά και σωματικής τους υγείας συμβάλλουν: η οικονομική δυσπραγία, η χρήση ουσιών, η κατανάλωση αλκοόλ, ο υποσιτισμός και η κακή διατροφή, τα ψυχολογικά προβλήματα, η δυσκολία πρόσβασης σε υγειονομική φροντίδα και οι τραυματισμοί (Fazel etal., 2014).

Η εξάρτηση από ουσίες, οι ψυχικές και σωματικές ασθένειες και η θυματοποίηση είναι καταστάσεις συνυφασμένες με την αστεγία. Ο υποσιτισμός, η ανεπαρκής προσωπική υγιεινή, οι αντίξοες συνθήκες διαβίωσης και η περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη μειώνουν το προσδόκιμο ζωής τους κατά περίπου 30% σε σχέση με τον συνήθη πληθυσμό.(Grenier, 1997).Οι άστεγοι διαμένοντας στο δρόμο

γίνονται συχνά θύματα κακοποίησης και κλοπής, παράγοντες που σε συνδυασμό με την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος συμβάλλουν και στην ενίσχυση ψυχικών διαταραχών και νόσων (Ασημοπούλου-Μαρίνου, 2013).

Οι άστεγοι βιώνουν καθημερινά αρνητικά συναισθήματα, γεγονός που τους καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτους. Η ματαίωση, η ανασφάλεια, η ντροπή, η απογοήτευση και η μοναξιά είναι όσα νιώθουν, ως αποτέλεσμα της ωμής πραγματικότητας που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους να επιβιώνουν σε ακραίες και αντίξοες συνθήκες. Αποτέλεσμα αυτών είναι η παθητικότητα και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Αποδέχονται την κατάσταση τους και μαθαίνουν να ζουν σε αυτή δημιουργώντας μια δική τους πραγματικότητα (Κουραχάνης, 2015). Η ψυχική καταπόνηση που νιώθουν οι άστεγοι προέρχεται από συναισθήματα όπως ματαίωση, απομόνωση, απουσία συναισθηματικής σύνδεσης με πρόσωπα και περιβάλλοντα, απώλεια ταυτότητας και αίσθησης και η απουσία αίσθησης του ανήκειν (Riggsetal., 2005).

Οι άστεγοι εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό που πηγάζουν από τις δυσκολίες που συναντούν και που δεν αντιμετωπίζονται όπως θα έπρεπε δεδομένου ότι αποκλείονται από την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Οι ανισότητες, ο αποκλεισμός και η απουσία κοινωνικών σχέσεων συντείνουν στη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων τα οποία με τη σειρά τους αποτελούν παράγοντα που δύναται να επηρεάσει αρνητικά στην απώλεια στέγης (Γουρνάρη, 2019).

Ο πληθυσμός των ανθρώπων που ζουν σε καθεστώς αστεγίας όντας επιβαρυνμένος ψυχολογικά εξαιτίας των αντίξοων συνθηκών που αντιμετωπίζει καθημερινά, είναι περισσότερο ευάλωτος στην εκδήλωση ψυχικής νόσου (Morrisseyetal., 1986). Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο κοινή διαταραχή που εμφανίζεται στους αστέγους με μεγάλη συχνότητα, ως απόρροια της περιθωριοποίησης, της μοναχικότητας, του διαρκούς άγχους επιβίωσης και της ανασφάλειας την οποία βιώνουν. Το πλαίσιο αυτό τους προκαλεί αισθήματα ντροπής και απόρριψης τα οποία τους βυθίζουν ακόμη περισσότερο στο περιθώριο και τους πυροδοτούν προβλήματα στην διανοητική και ψυχική τους λειτουργικότητα. (Tangneyetal., 2002). Νιώθουν την ματαίωση, το στίγμα και τον αρνητισμό, ενώ η απελπισία και η απουσία αυτοεκτίμησης τους απομονώνει ακόμη περισσότερο καθιστώντας τους αδύναμους να βγουν από αυτή τη κατάσταση, πράγμα στο οποίο συντελεί και η ανεπάρκεια του προνοιακού συστήματος (McNaughton, 2008). Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτής της ευάλωτης ομάδας του πληθυσμού αποτελεί η χαμηλή αυτοεκτίμηση την οποία νιώθουν και η

οποία προκύπτει από τις καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στον αγώνα της επιβίωσης και από την αδυναμία ανταπόκρισης τους στα παραδοσιακά κοινωνικά πρότυπα. Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται η σωματική και ψυχική τους υγεία, οι εξαρτήσεις, η οικονομική ανέχεια, το στίγμα και η απομόνωση, τους γεμίζουν αρνητικά συναισθήματα όπως ντροπή, ενοχές, θυμό, φοβίες, ανεπάρκεια και απέχθεια, τα οποία με τη σειρά τους ευθύνονται για τις ψυχικές διαταραχές που εκδηλώνουν οι άστεγοι με συχνότερη την κατάθλιψη. Η ψυχική τους κατάσταση συχνά τους καθιστά ανήμπορους και αδύναμους να ανταποκριθούν σε διάφορα ζητήματα όπως η εργασία ή η διατήρηση κοινωνικών επαφών (Κουραχάνης, 2015). Η στεγαστική αποστέρηση δεν συνδέεται μόνο με τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, πολιτισμικές, νομικές διαστάσεις που γίνονται αντιληπτές. Η ύπαρξη στέγης είναι η βάση για τη σύνδεση της ατομικής ταυτότητας, του χώρου και της κοινωνίας (Dantetal., 1989). Η έλλειψη της δημιουργεί στο άτομο την αίσθηση ότι δεν ανήκει πουθενά με αποτέλεσμα να υπάρχει αδυναμία σύνδεσης με την κοινωνία και ύπαρξης διαπροσωπικών σχέσεων (Βεϊζί και συν 2017).

3.2 ΣΥΝΔΕΣΗ ΑΣΤΕΓΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η έλλειψη στέγης και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέονται με αυξημένα ποσοστά προβλημάτων υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό λόγω της έκθεσης τους σε ιδιαίτερες συνθήκες καθώς και τη δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Zlotnick, 2013). Η αποκοπή από τον κοινωνία έχει αρνητική επίδραση στην υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Τα προβλήματα τους αφορούν τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία. Η υγεία τους επιβαρύνεται κυρίως από τη χρήση ουσιών αλλά και από περιστατικά βίας και κακοποίησης στα οποία γίνονται συχνά θύματα (Sofija et al., 2018).

Εξαιτίας των δυσμενών συνθηκών τις οποίες βιώνουν οι άστεγοι, η κατάσταση της υγείας τους επιβαρύνεται σε τέτοιο βαθμό που ο οργανισμός τους βρίσκεται σε πρόωγη γήρανση. Στην ηλικία των 50 ετών μπορούν να θεωρηθούν υπερήλικες δεδομένου ότι ζουν κατά μέσο όρο περίπου δεκαπέντε χρόνια λιγότερα από τον μέσο πληθυσμό γεγονός που συνδέεται με τον τρόπο και τις συνθήκες ζωής τους ο οποίος παράλληλα τους εμποδίζει από τη διάγνωση ασθενειών, την ιατρική φροντίδα και τη συστηματική λήψη φαρμάκων (Κελεγκουρίδης, 2020). Ανάμεσα στις συνθήκες που

επιδρούν αρνητικά στην υγεία τους, συγκαταλέγονται η χρήση ουσιών, τα ατυχήματα, η απουσία ενημέρωσης και πληροφόρησης για θέματα υγείας αλλά και η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Τα ποσοστά θνησιμότητας των αστέγων είναι από 3% έως 13% υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό με μέσο όρο ζωής τα 49 έτη (Vuillermozetal., 2016). Σε ηλικίες 45+, ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες είναι οι συχνότερες αιτίες θανάτου που θα μπορούσαν όμως να αποτραπούν από τη μοιραία κατάληξη, εάν υπήρχε δυνατότητα για πρόληψη σε αρχικό επίπεδο και κατάλληλη θεραπεία (Seastresetal., 2020). Στις ΗΠΑ η καρδιακή προσβολή έχει καταγραφεί ως η πιο κοινή αιτία θανάτου στον άστεγο πληθυσμό (Fazel etal., 2014), ενώ στην Αυστραλία παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, αναπνευστικές παθήσεις αλλά και η χρήση ουσιών καταγράφονται ως οι πιο συχνές (Sofijaetal., 2018). Οι καρδιοπάθειες και συγκεκριμένα τα ισχαιμικά επεισόδια εμφανίζονται πολύ συχνά ως αιτία θανάτου και αυτό αιτιολογείται από το γεγονός ότι επιδρούν στην υγεία των αστέγων παράγοντες όπως η ψυχολογική πίεση, η χρήση ουσιών/αλκοόλ, η κακή διατροφή, η απουσία προληπτικών εξετάσεων ή η μη τήρηση ιατρικών οδηγιών και φαρμακευτικής αγωγής και η συννοσηρότητα με άλλες συχνές παθήσεις των αστέγων (Baggettetal., 2018).

Στις νεότερες ηλικιακές ομάδες 25-44 ετών την κύρια αιτία θανάτου αποτελεί η υπερβολική χρήση ουσιών σε ποσοστό 35%, ενώ σε 1 στους 3 θανάτους διαπιστώνεται και ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοόλ (Baggettetal., 2013). Τα μεταδιδόμενα νοσήματα επίσης εμφανίζονται συχνά στους αστέγους. Ηπατίτιδες Α (HAV) και C (HCV), AIDS, φυματίωση αλλά και δερματικά προβλήματα όπως ψώρα είναι αποτέλεσμα των κακών συνθηκών διαβίωσης των αστέγων αλλά και του τρόπου ζωής τους που ευνοεί την μετάδοση τέτοιου είδους ασθενειών. Εξίσου σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τους άστεγους είναι και οι καιρικές συνθήκες. Τα καιρικά φαινόμενα αποτελούν παράγοντα που πιθανόν να επιφέρει ακόμη και τον θάνατο καθώς οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες του χειμώνα προκαλούν υποθερμία, ένα γνωστό φαινόμενο που συναντάται στους αστέγους τη χειμερινή περίοδο (Romaszkoetal., 2017). Τέλος συχνά υποφέρουν από μυοσκελετικές παθήσεις, ενώ ταλαιπωρούνται και από οδοντιατρικά προβλήματα (Brown etal., 2017).

Οι συνθήκες διαβίωσης στο δρόμο είναι γεγονός πως έχουν άμεσο αντίκτυπο και στην ψυχική υγεία των αστέγων. Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι πολύ συχνές στον άστεγο πληθυσμό. Τα ποσοστά ύπαρξης ψυχικής νόσου σε αστέγους ξεπερνούν το 70% σύμφωνα με μελέτες (Krauszetal., 2013). Εξαιτίας της ύπαρξης ψυχικής νόσου

καταγράφονται και υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών κυρίως στις ομάδες των χρηστών ναρκωτικών ουσιών (Ayanoetal., 2017). Στις ΗΠΑ έχει καταγραφεί ένα ποσοστό που αγγίζει το 50% το οποίο αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Τα προβλήματα αυτά είτε ήταν προγενέστερα της αστεγίας είτε εμφανίστηκαν στην πορεία εξαιτίας της έντονης πίεσης που νιώθουν λόγω της κατάστασης στην οποία έχουν περιέλθει(Forehand, 2018). Στην Ευρώπη αντίστοιχα τα ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας στους αστέγους ξεκινούν από 58% διαπιστώνοντας ότι είναι πολύ υψηλά συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Χονδράκη και συν, 2012).

Η Ελλάδα ακολουθώντας τις πολιτικές πρόνοιες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, έχει θεσμοθετήσει τη δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για τους αστέγους. Οι άστεγοι, έχουν τη δυνατότητα να επισκέπτονται δωρεάν τα δημόσια νοσοκομεία για επείγουσες και μη καταστάσεις, αλλά και στις τοπικές μονάδες υγείας (TOMY), να πραγματοποιούν διαγνωστικές εξετάσεις, προγραμματισμένα χειρουργεία, να τους παρέχεται οδοντιατρική φροντίδα και να παραλαμβάνουν δωρεάν φάρμακα. Επίσης οι τοξικοεξαρτώμενοι δικαιούνται δωρεάν συμμετοχή σε προγράμματα απεξάρτησης. (Μαραγκάκηκαι συν 2019). Παρόλα αυτά οι άστεγοι αποφεύγουν να κάνουν χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας τους. Προτιμούν να επισκέπτονται τα τμήματα των επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) κι αυτό όταν είναι πια σε σημείο εμφάνισης πολύ σοβαρών συμπτωμάτων ίσως και μη αναστρέψιμων (Hajeketal., 2021). Οι λόγοι που τους αποτρέπουν από το να ζητήσουν ιατρική βοήθεια είναι πολλοί. Πρόκειται κυρίως για λόγους τόσο πρακτικούς όσο και ψυχολογικούς. Προφανώς το γεγονός ότι πασχίζουν σε καθημερινή βάση για τα αυτονόητα, καθιστούν τα θέματα της υγείας δευτερεύοντα στην προτεραιοποίηση των αναγκών τους. Επίσης η ντροπή και ο φόβος είναι παράγοντες που τους εμποδίζουν από το να αναζητήσουν την ιατρική φροντίδα. Η κακή υγιεινή, τους κάνει να νιώθουν αμηχανία να εμφανιστούν μπροστά σε άλλους ανθρώπους, ενώ οι περιφρονητικές και ρατσιστικές συμπεριφορές των οποίων έχουν πέσει θύματα και η προκατάληψη εναντίον τους, τους κάνει να σκέφτονται από αρνητικά έως διστακτικά το ενδεχόμενο να μεταβούν σε έναν χώρο για αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός αστέγων κάνει χρήση ουσιών, αλκοόλ ή πάσχει από ψυχιατρικά προβλήματα, σημαίνει ότι πιθανόν να μην είναι σε θέση να αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας του, ούτε να αναγνωρίσει τυχόν συμπτώματα νόσησης. Τέλος οι άστεγοι εξαιτίας των αρνητικών συναισθημάτων που νιώθουν για τη ζωή και την

ίδια τους την ύπαρξη, αισθάνονται πως δεν έχει νόημα να φροντίσουν για την υγεία τους και να ζητήσουν να κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας καθώς πιστεύουν ότι βρίσκονται ούτως ή άλλως κοντά στο τέλος (O'Carrolletal., 2019).

3.3 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ

Οι άστεγοι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στην σκληρή τους καθημερινότητα. Πρόκειται για ομάδα που συναντά αποκλεισμούς και δυσκολίες σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους. Διαβιούν υπό άθλιες συνθήκες, ενώ καθημερινά τίθεται σε κίνδυνο η υγεία τους και η σωματική τους ακεραιότητα. Το επίπεδο διαβίωσης τους δεν θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό. Ο αποκλεισμός τους από όσα ο γενικός πληθυσμός απολαμβάνει τους απομακρύνει και τους αποσυνδέει όλο και πιο πολύ από τον κοινωνικό ιστό. Καταγράφοντας τα προβλήματα τους, παρακάτω αναδεικνύονται τα κενά και η ανεπάρκεια της κοινωνικής πρόνοιας.

Βασικό μέλημα είναι η εξασφάλιση τροφής η οποία καλύπτεται συνήθως είτε με τη συνδρομή του περίγυρου (βοήθεια συγγενών, φίλων, γνωστών και αγνώστων), είτε από οργανωμένα συστήματα διαφόρων φορέων. Η φροντίδα της ατομικής τους υγιεινής καθώς και η εξασφάλιση ρουχισμού και υποδημάτων, είναι ένα ζήτημα που πρέπει να επιλυθεί και για το οποίο συνήθως απευθύνονται σε οργανώσεις που φροντίζουν για την κάλυψη τέτοιων αναγκών. Η απουσία εργασίας αποτελεί τεράστιο πρόβλημα. Η πρόσβαση σε αυτή είναι δύσκολη όσο βρίσκονται εκτός στέγης και στερούνται τα βασικά αγαθά. Ωστόσο, αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο να ξεφύγουν από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Το τρίπτυχο έλλειψης στέγης-εργασίας-τροφής, αποτελεί τον κορμό των βασικών τους αναγκών και ακολουθούν οι υπόλοιπες ανάγκες και προβλήματα που ανακύπτουν ως επακόλουθο αυτών (Γιατρά, 2016). ΟΙ άστεγοι έρχονται αντιμέτωποι με ακραίες καιρικές συνθήκες και τον χειμώνα και το καλοκαίρι, γεγονός που τους αναγκάζουν να βρουν λύσεις για να προστατευθούν από το κρύο ή την ζέστη αντίστοιχα. Επίσης, πρέπει να προστατεύονται και από άλλους κινδύνους, καθώς συχνά πέφτουν θύματα κλοπής και σπανιότερα σωματικής βίας (Σωτηρίου, 2018). Καθημερινά έρχονται αντιμέτωποι με την περιφρόνηση και την αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι τους ως συνέπεια των στερεοτύπων τα οποία οδηγούν σε μια αρνητική εικόνα που έχουν οι ίδιοι για τον

εαυτό τους και μια εικόνα ντροπής που τους απομακρύνει ακόμη περισσότερο από την κοινωνία. Η απουσία ιδιωτικότητας τους στερεί την σταθερότητα που έχουν ανάγκη (Κελεγκουρίδης, 2020). Προβλήματα συναντούν επίσης και στον τομέα της περίθαλψης και των παροχών, είτε πρόκειται για χρήμα είτε για είδος. Γραφειοκρατικά ζητήματα, οφειλές καθώς και η έλλειψη νομιμοποιητικών και φορολογικών εγγράφων εμποδίζουν την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες και την διεκπεραίωση υποθέσεων με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό τους από βασικές υπηρεσίες ακόμη και υπηρεσίες υγείας με ότι κινδύνους συνεπάγεται αυτό για τους ίδιους αλλά και για την κοινωνία γενικότερα (Κουραχάνης, 2015). Οι άστεγοι αντιμετωπίζουν προβλήματα στην προσπάθειά τους να ανταλλάξουν με υπηρεσίες καθώς δεν διαθέτουν πολλές φορές τα απαραίτητα έγγραφα προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε προγράμματα και υπηρεσίες. Η διεύθυνση μόνιμης κατοικίας, ΑΦΜ, ΑΜΚΑ, αριθμός βιβλιαρίου υγείας, φορολογικές δηλώσεις λογαριασμοί ΔΕΚΟ, μισθωτήρια συμβόλαια ή βεβαιώσεις φιλοξενίας αποτελούν τα συνήθη έγγραφα που συχνά δεν διαθέτουν και που μπορεί να αποτελέσουν πρόσκομμα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ή στην χορήγηση παροχών (Αράπογλου και συν 2015).

Κεφάλαιο Τέταρτο

4.1 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΣΤΕΓΗΣ

Η στεγαστική αποστέρηση ως φαινόμενο πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο πρέπει να αντιμετωπιστεί με επιμέρους παρεμβάσεις οι οποίες θα έχουν οργανωθεί σε στάδια. Τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα τέσσερα:

➤ ***Το Στάδιο της Πρόληψης***

Η πρόληψη αποτελεί τον θεμέλιο λίθο αντιμετώπισης του ζητήματος της αστεγίας που αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που ταλανίζουν ατομικά εκείνον που βιώνει αυτή την κατάσταση έχοντας ταυτόχρονα και κοινωνικό αντίκτυπο (Burtetal., 2005). Το στάδιο της πρόληψης έχει διττά οφέλη. Από οικονομικής πλευράς, η πρόληψη, κοστίζει λιγότερο σε σχέση με την αντιμετώπιση, ενώ παράλληλα το πρόβλημα είναι ευκολότερα διαχειρίσιμο σε αυτό το στάδιο, προτού διευρυνθεί και χρειαστεί η λήψη άλλων μέτρων περισσότερο χρονοβόρων και κοστοβόρων. Στο στάδιο αυτό περιλαμβάνονται μέτρα και παρεμβάσεις στον τομέα της στεγαστικής πολιτικής όπως είναι η επιδότηση ενοικίου αλλά και λογαριασμών ΔΕΚΟ και η προστασία της πρώτης κατοικίας για την αποφυγή κινδύνου απώλειας στέγης. Επίσης, παρεμβάσεις που σχετίζονται με την εκπαιδευτική και οικογενειακή πολιτική αλλά και την απασχόληση, όπως εκπαίδευση και κατάρτιση των ανέργων και προστασία στον τομέα της εργασίας προκειμένου να εξασφαλίζεται το απαιτούμενο εισόδημα για την διασφάλιση της στέγης.

➤ ***Το Στάδιο Έκτακτης Ανάγκης***

Είναι απαραίτητο να υπάρχει κοινωνική πρόνοια και υπηρεσίες που θα προσφέρουν την απαραίτητη στήριξη σε άτομα που βρίσκονται ήδη σε αυτή την κατάσταση με σκοπό να αντιμετωπιστούν οι άμεσες ανάγκες τους αλλά και να υποστηριχτούν ώστε να μπορέσουν να βγουν από αυτή τη συνθήκη και να αποκτήσουν και πάλι πρόσβαση στο θεμελιώδες δικαίωμα της κατοικίας. Στο πλαίσιο αυτό, η συνεργασία υπηρεσιών μπορεί να συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ζητήματος. Οι δομές, τα υπνωτήρια και τα «hostels» καλύπτουν βασικές και επείγουσες ανάγκες του πληθυσμού αυτού. Η εξασφάλιση μέσω αυτών των υπηρεσιών της προσωρινής έστω διαμονής των αστέγων, αποτελεί μια παρέμβαση πολύ σημαντική που αποτρέπει έστω και προσωρινά από τη διαβίωση στο δρόμο και όσους κινδύνους ενέχει αυτή για τους ίδιους αλλά και την κοινωνία εν γένει. Προφανώς δεν αποτελεί λύση στο πρόβλημα αλλά λειτουργεί πυροσβεστικά ως μέτρο κάλυψης έκτακτης ανάγκης έως

όπου εφαρμοστούν άλλα μέτρα που θα εξασφαλίσουν την αξιοπρεπή στέγαση των ανθρώπων αυτών σε ασφαλή κατοικία.

➤ ***Το στάδιο Μεταβατικής Φιλοξενίας***

Πρόκειται για ένα στάδιο επανένταξης όπου οι άνθρωποι αυτοί θα ζήσουν σε κοινωνικούς ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα των οποίων οι δαπάνες θα καλύπτονται μερικώς ή ολοκληρωτικά από κρατικούς πόρους προκειμένου να μπορέσουν τα άτομα αυτά να έχουν μια αυτόνομη ή ημιαυτόνομη διαβίωση για μια ομαλή ενσωμάτωση στο σύνολο. Ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών οφείλει να είναι συμβουλευτικός αλλά και διαμεσολαβητικός για να αποφευχθούν προβλήματα και αιτίες που οδήγησαν στο παρελθόν σε καθεστώς στεγαστικής αποστέρησης.

➤ ***Το στάδιο της Στεγαστικής και Κοινωνικής Επανένταξης***

Η στεγαστική και κοινωνική επανένταξη αποτελεί ολιστική προσέγγιση που θα απομακρύνει το ενδεχόμενο να οδηγηθεί, κάποιος που βίωσε στεγαστικό αποκλεισμό και επανεντάχθηκε, στο να εκτεθεί εκ νέου στον κίνδυνο απώλειας στέγης. Για τον λόγο αυτό δίνεται ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της απασχόλησης. Η εκπαίδευση και κατάρτιση τους και η αναβάθμιση των δεξιοτήτων τους με στόχο την αύξηση επαγγελματικών ευκαιριών, είναι τα εργαλεία διασφάλισης εισοδήματος για οικονομική σταθερότητα. Εκτός από την απασχόληση υπάρχει και ο παράγοντας της κοινωνικής επανένταξης που είναι ιδιαίτερα σημαντικός ως προς την επιστροφή των ατόμων στην κανονικότητα αλλά και η συμβουλευτική για την ανάκτηση της αυτονομίας και σωστής διαχείρισης των ευθυνών, ώστε να μην υπάρξει παλινδρόμηση. Τα στάδια αυτά αποτελούν μια ολοκληρωμένη πολιτική αντιμετώπισης του ζητήματος στεγαστικής αποστέρησης. Ωστόσο δεν είναι απαραίτητο να ακολουθούνται καθολικά ή διαδοχικά σαν κοινή στρατηγική (Κουραχάνης, 2015).

4.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Υπάρχουν δυο προσεγγίσεις για το φαινόμενο της στεγαστικής αποστέρησης και τον τρόπο που πρέπει να αντιμετωπίζεται. Ο στόχος αμφοτέρων είναι κοινός αλλά διαφέρει στη φιλοσοφία και την μεθοδολογία που ακολουθείται. Πρόκειται για τη Σταδιακή Μετάβαση (Staircase of Transition) και την Προτεραιότητα στη Στέγαση (Housing First Approach). Η Προτεραιότητα στη Στέγαση έχει μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα και αποτελεσματικότητα διευκολύνοντας την επανένταξη των ατόμων, ενώ ταυτόχρονα σημειώνεται μικρότερο κόστος (FEANTSA, 2012).

❖ Η Σταδιακή Μετάβαση (*staircase of transition*)

Αποτελεί μια πιο παραδοσιακή προσέγγιση και αφορά στην ομαλή και ήπια μετάβαση από την κατάσταση αστεγίας στην επανένταξη και την επιστροφή στην κανονικότητα, καθώς η αστεγία δεν αποτελεί ένα μονοδιάστατο ζήτημα αλλά απεναντίας πρόκειται για ζήτημα με πολλές προεκτάσεις και παράγοντες που συντελούν στο αποτέλεσμα. Υπάρχει ανάγκη υποστήριξης των αστέγων σε πολλά επίπεδα παρέχοντας υπηρεσίες που θα καλύψουν ένα ευρύ φάσμα των αναγκών τους, μέσα από το οποίο σταδιακά θα οδηγηθούν στον τελικό στόχο που είναι η εξασφάλιση σταθερή κατοικίας. Για πολλά χρόνια αυτή η προσέγγιση επικρατούσε στην Ευρώπη, ωστόσο αμφισβητήθηκε με την πάροδο των ετών τόσο για την αποτελεσματικότητα και το υψηλό κόστος, όσο και για το γεγονός ότι δεν υπάρχει αρκετή υποστήριξη για εκείνους που θα βρουν εμπόδια στην μετάβαση τους από κάποιο στάδιο στο επόμενο (Busch-Geertsema, 2013a).

❖ Η Προτεραιότητα στη Στέγαση (*Housing First Approach*)

Υποστηρίχθηκε ως οικονομικότερο και αποτελεσματικότερο μοντέλο από τις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1990 προσφέροντας στους αστέγους ταυτόχρονα, υπηρεσίες και υποστηρικτική στέγαση. Στην πρακτική αυτή οδηγήθηκαν καθώς μεγάλος αριθμός αστέγων επρόκειτο για ψυχιατρικά περιστατικά. Οι υπηρεσίες που στηρίχτηκαν στο μοντέλο της σταδιακής μετάβασης αποδείχθηκαν αναποτελεσματικές, ενώ το κόστος ήταν πολύ υψηλό (Pleace - Bretherton 2012). Τα «Μονοπάτια στη Στέγαση» (pathway to housing) όπως ονομάστηκαν, υποστήριξαν την παροχή στέγης ως προτεραιότητα χωρίς την υποχρέωση προετοιμασίας και άλλων προϋποθέσεων, ενώ η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών προσφέρονταν ανεξάρτητα με τη μορφή ανοιχτής

φροντίδας, έχοντας πάντα ως γνώμονα την εξασφάλιση όσο το δυνατόν μεγαλύτερης αυτονομίας διαβίωσης στους αστέγους (Pleace et al., 2013). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο διακρίνονται τρεις μορφές, η πρώτη είναι αυτή που αναφέρθηκε προηγουμένως και αφορά στον συνδυασμό παροχής στέγης και κοινωνικών υπηρεσιών, η δεύτερη αφορά κυρίως στη δυσκολότερη κατηγορία αστέγων που περιλαμβάνει τους ψυχικά πάσχοντες, τους πάσχοντες από σοβαρές ασθένειες και τους εξαρτημένους που τους παρέχεται στέγαση σε αυτόνομα διαμερίσματα μεγάλων συγκροτημάτων και τέλος μια πιο χαλαρή υποστήριξη σε πλαίσιο κυρίως πρόληψης για άτομα που δεν αντιμετωπίζουν άμεσα κίνδυνο στεγαστικού αποκλεισμού (Pleace et al., 2012). Οι ΗΠΑ έπειτα από μακροχρόνια εμπειρία στην υποστήριξη αστέγων μέσω επείγουσας στέγασης κατέληξαν πως πρέπει να δημιουργηθεί ένα δίκτυο κοινωνικής προστασίας που να εστιάζει: α) στην πρόληψη, β) στον εξορθολογισμό δαπανηρών προγραμμάτων, γ) στην στήριξη οικογενειών που δυσκολεύονται να καλύψουν τα έξοδα διαβίωσης τους και δ) στην αφύπνιση των υπηρεσιών προκειμένου να εντοπίζονται τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο στεγαστικού αποκλεισμού, με σκοπό την χάραξη αποτελεσματικών προγραμμάτων στήριξης (Αράπογλου και συν 2015).

4.3 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Τη δεκαετία του 1980 η πολιτική που ασκούσαν στο ζήτημα της έλλειψης στέγης είχε έναν φιλανθρωπικό χαρακτήρα που βασιζόταν περισσότερο στην εθελοντική, εκκλησιαστική και ιδιωτική πρωτοβουλία, αντιμετωπίζοντας συνήθως επείγουσες καταστάσεις με την παροχή συσσιτίων και την λειτουργία υπνωτηρίων.

Την δεκαετία του 1990 εμφανίζονται τρεις μορφές-μοντέλα αντιμετώπισης του προβλήματος:

- i. το πρώτο είναι η «ομαλοποίηση» (normalization), η εξατομικευμένη δηλαδή παρέμβαση που χρειάζεται το άτομο με σκοπό την επιστροφή του στην

κανονικότητα, το μοντέλο αυτό ανταποκρίνεται πλήρως στις αρχές του HousingFirst που αναφέρθηκε πιο πάνω

- ii. το δεύτερο μοντέλο είναι το «**διαβαθμισμένο**» (tiered model), πρόκειται για το μεταβατικό στάδιο από την προστατευμένη διαβίωση στην αυτόνομη, εφόσον το άτομο έχει αναπτύξει τις απαραίτητες δεξιότητες για να κατακτήσει αυτό το στάδιο
- iii. το τρίτο μοντέλο που είναι η «**κλιμακούμενη μετάβαση**» (staircase of transition) βασίζεται στην θεωρία πως οι άστεγοι δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν αυτόματα στην μετάβαση από τη φιλοξενία στην αυτόνομη διαβίωση γι' αυτό και ακολουθείται μια σταδιακή διαδικασία βήμα προς βήμα με την αντίστοιχη αυξομείωση σε υποστήριξη σε κάθε στάδιο. Η κλιμακούμενη μετάβαση αποτελεί ένα πιο άκαμπτο μοντέλο σε σχέση με το διαβαθμισμένο που ορίζει με νομική διάσταση τις υποχρεώσεις που δεσμεύουν τους ωφελούμενους επισύροντας κυρώσεις όπου προβλέπεται. Το εν λόγω μοντέλο έχει επικριθεί θεωρώντας πως έχει έναν ιδιαίτερα ελεγκτικό και παρεμβατικό χαρακτήρα, χωρίς εν τέλει να είναι αποδοτικό και αποτελεσματικό. (Harvey, 1998)

Την τρίτη δεκαετία, αυτή του 2000, επικρατούν δυο μοντέλα αντιμετώπισης

- i. Το πρώτο είναι η «**κλιμακούμενη ανάπτυξη των υπηρεσιών**», όπου πρόκειται για σταδιακή ικανοποίηση των αναγκών των αστεγών για να φτάσουν στον τελικό στόχο που είναι η αυτόνομη διαβίωση σε σταθερή κατοικία. Το πρώτο βασικό στάδιο για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι να αντιμετωπιστούν τα τυχόν προβλήματα που υπάρχουν σε επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας των ατόμων αυτών.
- ii. Το δεύτερο είναι η «**άμεση στέγαση**», σύμφωνα με το οποίο τα προβλήματα υγείας, αμφότερα ψυχικής και σωματικής, δεν μπορεί να αποτελούν εμπόδιο για ένα από τα βασικότερα ανθρώπινα δικαιώματα όπως αυτό της στέγασης και να αντιμετωπίζονται σε διαφορετικούς χρόνους ως δυο ξεχωριστές καταστάσεις. Εξάλλου η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών είναι αποτελεσματικότερη όταν έχουν εξασφαλιστεί συνθήκες αυτόνομης διαβίωσης (Chernega et al., 2014).

Το μοντέλο της άμεσης στέγασης θεωρείται περισσότερο αποτελεσματικό για αυτό και υιοθετείται διεθνώς σε σύγκριση με το μοντέλο της κλιμακούμενης ανάπτυξης των υπηρεσιών το οποίο δεν διευκολύνει στο δικαίωμα στη στέγαση, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει την ιδρυματοποίηση και την παθητικοποίηση (European Commission, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗΣ

Στην Ελλάδα η αντιμετώπιση του ζητήματος της αστεγίας επικεντρώνεται κυρίως σε καταστάσεις επειγουσών αναγκών τις οποίες διαχειρίζονται κατά βάση Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και ιδιωτικοί φορείς. Οι υπηρεσίες που λειτουργούν γι' αυτό το σκοπό υστερούν σε σχέση με τις ευρωπαϊκές πρακτικές ενώ η απουσία καταγραφής και αποτύπωσης των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος δεν βοηθά στην αποτελεσματική διαχείριση του φαινομένου (Arapoglou, 2004a). Παρά το γεγονός ότι το ζήτημα της αστεγίας έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της αύξησης των επιπέδων της φτώχειας, της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού, η κοινωνική πολιτική της χώρας μας στον τομέα αυτό δεν λαμβάνει τα μέτρα που θα έπρεπε με σκοπό την αντιμετώπιση και πρόληψη του φαινομένου. Ακόμη τα στοιχεία που υπάρχουν για τους αστέγους δεν είναι ακριβή καθώς τα δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα (Arapoglou et al., 2014). Για την επίλυση και εξάλειψη του φαινομένου απαιτείται χρόνος και διαθέσιμοι πόροι σε μακροπρόθεσμο πλαίσιο καθώς οι βραχυπρόθεσμες λύσεις, έχει αποδειχθεί στο

πρόσφατο παρελθόν πως δεν επιλύουν, παρά μόνο διαχειρίζονται το πρόβλημα. (FEANTSA 2010). Για την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι αναγκαίες οι στοχευμένες δράσεις και παρεμβάσεις που αφορούν σε επιδόματα και παροχές στέγασης (Neale, 1997). Το φαινόμενο της έλλειψης στέγης θα μπορούσε να μειωθεί με στοχευμένες πολιτικές που θα αφορούσαν σε επιδότηση στέγης σε άτομα χαμηλού εισοδήματος και στην παροχή κοινωνικών κατοικιών (O' Sullivan, 2010). Καθότι η στεγαστική πολιτική παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του φαινομένου θα μπορούσε να διαδραματίσει και έναν ρόλο μέσα από τον οποίο θα μπορούσαν να διαμορφωθούν συνθήκες έτσι ώστε η κατοικία να αποσυνδεθεί από την εμπορευματοποίηση (Fitzpatricketal., 2007). Δεδομένου ότι η αστεγία πρόκειται για ένα πολύ-παραγοντικό φαινόμενο πρέπει να προσεγγίζεται εξατομικευμένα καθώς ο κάθε άνθρωπος αποτελεί ένα κοινωνικό υποκείμενο. Κάθε άνθρωπος βιώνει ειδικές συνθήκες και καταστάσεις που τον διαφοροποιούν και τον εκθέτουν περισσότερο ή λιγότερο στον κίνδυνο της στεγαστικής αποστέρησης. Επομένως η κάθε περίπτωση εξετάζεται ξεχωριστά λαμβάνοντας πάντα υπ' όψιν συνολικούς και γενικότερους παράγοντες (Somerville, 2013).

5.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΤΕΓΙΑ

Στον Δυτικό κόσμο μεταπολεμικά υπήρξε έντονη παρουσία και δράση του συστήματος πρόνοιας με στόχο την καταπολέμηση του φαινομένου. Ωστόσο, δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί πως επρόκειτο για ένα πεδίο κοινωνικής πρόνοιας ιδιαίτερα ανεπτυγμένο και σε προτεραιότητα, παρά το γεγονός ότι αφορούσε μια ζωτικής σημασίας ανθρώπινη ανάγκη (Murie, 1998). Εξάιρεση αποτέλεσε η Μ. Βρετανία που έχει μεγάλη παράδοση στον συγκεκριμένο τομέα (Rodger, 1995).

Το 1975-1980 εφαρμόστηκε πρόγραμμα για την καταπολέμηση της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και των διακρίσεων. Ακολούθησαν ακόμα δυο προγράμματα τα έτη 1985-1989 και 1989-1994. Το 1992 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ενέκρινε προγράμματα για την επάρκεια των πόρων/παροχών κοινωνικής προστασίας αλλά και τη σύγκλιση των στόχων/πολιτικών κοινωνικής προστασίας. Ακολούθησε η Συνθήκη του Άμστερνταμ με στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού (Μπάρκα, 2014). Τα κυριότερα προγράμματα άσκησης Κοινωνικής πολιτικής στην

Ευρώπη για την αστεγία αποτέλεσαν το πρόγραμμα Λισαβόνα το 2000 και η αναθεώρηση του το 2005, όπου σκοπό είχε να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα και η οικονομική δύναμη της Ευρώπης ενισχύοντας ωστόσο και τον ρόλο του κοινωνικού κράτους. Δεδομένου όμως ότι δόθηκε μεγαλύτερο βάρος στην οικονομική πολιτική η κοινωνική πολιτική βρέθηκε να υπολείπεται. Το πρόγραμμα Ευρώπη 2020 έδωσε μεγαλύτερη έμφαση στον κοινωνικό τομέα ως προς το ζήτημα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού θέτοντας ποσοτικούς στόχους, εξαιτίας ίσως και του γεγονότος ότι η ανάγκη για κοινωνική πρόνοια είχε αυξηθεί λόγω της έντασης και της αύξησης κοινωνικών φαινομένων. Ωστόσο δεν σημειώθηκε κάποια σημαντική πρόοδος, παρά μόνο αποτέλεσε μια προσθήκη στη συνθήκης της Λισαβόνας(Φερόνας, 2013).

Στις προηγμένες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν ληφθεί ολοκληρωμένα μέτρα για το ζήτημα της στεγαστικής αποστέρησης σε επίπεδο πρόληψης για εκείνους που ζουν σε συνθήκες στεγαστικού κινδύνου, ενώ για εκείνους που βρίσκονται σε στεγαστική αποστέρηση δίνεται προτεραιότητα στη στέγαση. Η κοινωνική πολιτική στην Ευρώπη στο ζήτημα της κοινωνικής κατοικίας, παρεμβαίνει με μορφές όπως επιδότηση ενοικίου, επιδότηση ή δωρεάν παροχή ηλεκτρικού ρεύματος, προγράμματα χαμηλών τιμών ενοικίου, αξιοποίηση κτιρίων κυρίως της τοπικής αυτοδιοίκησης ως κοινωνικές κατοικίες (Whiteheadetal.,2007).

Στην μεταπολεμική Ελλάδα το κενό που υπήρχε στον τομέα της κοινωνικής προστασίας το κάλυπτε το υποστηρικτικό δίκτυο της οικογένειας που ήταν πάντα πολύ ισχυρό. Όμως μετά τις πιέσεις και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης ο θεσμός αυτός έχασε τη δυναμική που είχε και τελικά οι άνθρωποι που στηρίζονταν από αυτόν τον τύπο προστασίας έχασαν το δίχτυ ασφαλείας τους και εκτέθηκαν στον κίνδυνο του στεγαστικού αποκλεισμού (Αντωνοπούλου, 2017). Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα δεν ασκείται επαρκώς από το κράτος αλλά κυρίως από άλλους φορείς, μη κρατικούς. Στη χώρα μας η πολιτική που ακολουθείται για το ζήτημα του στεγαστικού αποκλεισμού είναι υπολειμματική σε επίπεδο πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης. Οι υπάρχουσες δομές φιλοξενίας δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες στέγασης ούτε σε επείγουσες καταστάσεις αλλά ούτε σε επίπεδο πρόληψης. Τα νομοθετικά μέτρα που αφορούν σε επιδόματα και υπηρεσίες είναι ανεπαρκή. Η νομική κατοχύρωση του δικαιώματος στη στέγαση ως κοινωνικό δικαίωμα μπορεί να χαρακτηριστεί αόριστη καθώς δεν παρέχει καμία εξασφάλιση, ούτε αξίωση για στήριξη και κάλυψη των από την πολιτεία (Παπαλιού, 2010).

Με δεδομένο τον άμεσο αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στον τομέα της έλλειψης στέγης, θα πρέπει να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο ανταποκρίνεται η κοινωνική πολιτική στα νέα αυτά δεδομένα. Διαπιστώνεται πως στον τομέα αυτό λαμβάνονται μόνο κάποια μέτρα και όχι ολοκληρωμένες στρατηγικές. Το κύριο εμπόδιο που συναντάται στην επίλυση του ζητήματος, αφορά στο γεγονός ότι πρόκειται για τομέα του οποίου οι αρμοδιότητες δεν άπτονται μιας ενιαίας αρχής. Το πρώτο σχετικό μέτρο που προβλέπει δράσεις για τους αστέγους ήταν το Εθνικό Δίκτυο Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης που έθεσε σε εφαρμογή τις Κοινωνικές Δομές Άμεσης Αντιμετώπισης της φτώχειας (Υπουργείο Εργασίας, 2012). Σε αυτό το πλαίσιο ανήκουν υπηρεσίες όπως κέντρα ημέρας για την υποδοχή αστέγων, υπνωτήρια, συσσίτια, κοινωνικά φαρμακεία κ.ά. Το επόμενο μέτρο αφορούσε στην Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Το 2012 οι άστεγοι κατοχυρώθηκαν νομικά ως ευάλωτη κοινωνική ομάδα με το Άρθρο 29 του Νόμου 4052/2012 και κατοχυρώθηκε ο ορισμός της έννοιας, γεγονός που αποδεικνύει την εξάπλωση του φαινομένου. Το 2013 εκπονήθηκε Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Έλλειψης Στέγης το οποίο ωστόσο δεν υλοποιήθηκε. Το 2014 το Υπουργείο Απασχόλησης, Κοινωνικής Πρόνοιας και Ασφάλισης δημιούργησε το πρόγραμμα για τη Στέγαση και Επανένταξη, που στόχο είχε την ενίσχυση της αυτόνομης διαβίωσης και την επανένταξη στην κοινωνία. Το πρόγραμμα θα στηρίζει τη μίσθωση κατοικιών και την κάλυψη μερικώς ή πλήρως λογαριασμών. Σκοπός ήταν να ωφεληθούν περίπου 800 άτομα που φιλοξενούνται σε δομές, είτε κάνουν χρήση υπηρεσιών για αστέγους είτε έχουν καταγραφεί ως άστεγοι (Διεύθυνση Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης, 2014).

Το μεγαλύτερο βάρος των πολιτικών δίνεται στην αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων, κυρίως σε κακοκαιρίες και έντονα καιρικά φαινόμενα, όπου κινητοποιείται άμεσα μηχανισμός για την προστασία των ατόμων αυτών, μέσω του διαθέσιμότητας χώρων για την προσωρινή διαμονή τους. Καθώς δεν παρέχεται η απαραίτητη οικονομική και πολιτική παρέμβαση για την πρόληψη και την υποστήριξη των αστέγων σε πρώιμο στάδιο, φαίνεται να ακολουθείται ένα μοντέλο κατασταλτικό, που στόχο έχει απλά την επιβίωση τους, φροντίζοντας κυρίως για την εξασφάλιση των πολύ βασικών αναγκών όπως φαγητό ρουχισμός κ.λπ., και αυτό έχοντας χαρακτήρα περισσότερο φιλανθρωπικό και όχι τόσο ως μέτρο άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Η έλλειψη πόρων και η απουσία πολιτικών αποφάσεων είναι βασικές αιτίες που απομακρύνουν την επίλυση του ζητήματος. Αφενός η χρηματοδότηση δράσεων είναι σχεδόν ανύπαρκτη ή προέρχεται σχεδόν αποκλειστικά από Ευρωπαϊκά κονδύλια, αφετέρου δεν υπάρχει η διάθεση ανάληψης του πολιτικού κόστους ούτε σε κεντρικό ούτε σε πολιτικό επίπεδο. Παράγοντες που επιβαρύνουν το πρόβλημα και δεν επιτρέπουν την ουσιαστική επιβράδυνση του αποτελούν:

- η απουσία ασφαλών δεδομένων και ο υπολογισμός του μεγέθους του ζητήματος προκειμένου να υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα,
- η συσσώρευση του άστεγου πληθυσμού στις πόλεις χωρίς να γίνεται προσπάθεια αποκέντρωσης με αποτέλεσμα την γκετοποίηση, την συναναστροφή των αστέγων μεταξύ τους, την ταύτιση τους με άτομα παραβατικά και την υποβάθμιση συγκεκριμένων περιοχών στις οποίες συγκεντρώνονται,
- η απουσία μέτρων πρόληψης,
- η έλλειψη μέτρων επανένταξης των ατόμων που βιώνουν το καθεστώς αστεγίας προκειμένου να καταφέρουν να ενσωματωθούν ξανά στην κοινωνία και το κοινωνικό σύνολο.

Οι κοινωνικές παροχές και οι κοινωνικές υπηρεσίες αντικατοπτρίζουν το επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής μιας χώρας και αποτελούν το ουσιαστικό δίκτυο προστασίας για τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Τα προγράμματα κοινωνικής κατοικίας που θα στηρίξουν τα νοικοκυριά να διατηρήσουν την στέγη τους και να απομακρυνθούν από την επισφάλεια, είναι πολύ σημαντικά ως προς την εξέλιξη του φαινομένου. Στο πλαίσιο αυτό η κατάργηση του Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας και το ζήτημα των υπερχρεωμένων νοικοκυριών από ανεξόφλητα δάνεια και τον κίνδυνο κατάσχεσης αποτελούν παράγοντες που έχουν συμβάλει στην έκρηξη του φαινομένου (Κουραχάνης, 2015).

5.3 ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΑΣΤΕΓΙΑΣ

Η αντιμετώπιση του ζητήματος του στεγαστικού αποκλεισμού αποτελεί προτεραιότητα για την Ευρώπη. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υπογραμμίζοντας για μια ακόμη φορά τη σοβαρότητα του ζητήματος της αστεγίας, δεδομένου ότι υπολογίζεται την τελευταία δεκαετία αύξηση κατά 70% στον αριθμό των ατόμων που βιώνουν στεγαστική αποστέρηση, ενέκρινε ψήφισμα που στοχεύει σε μέτρα εντατικότερα και αποτελεσματικότερα που θα εφαρμοστούν από τα κράτη μέλη με στόχο την εξάλειψη του φαινομένου έως το 2030.

Για τον λόγο αυτόν, στο πακέτο κοινωνικών επενδύσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και των Εθνικών Προγραμμάτων περιλαμβάνονται μέτρα που στοχεύουν στην ενίσχυση και αποτελεσματικότητα των προνοιακών συστημάτων (Feantsa, 2013). Οι βασικοί άξονες στους οποίους επικεντρώνονται τα μέτρα αντιμετώπισης είναι οι ακόλουθοι:

- ✓ Ολοκληρωμένη προσέγγιση
- ✓ Πρόληψη
- ✓ Βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών
- ✓ Προσιτή στέγαση
- ✓ Ενδυνάμωση
- ✓ Διερεύνηση των αναγκών των αστέγων
- ✓ Υιοθέτηση καλών πρακτικών (Αράπογλου και συν2015).

Το βασικό σημείο αντιμετώπισης του ζητήματος έγκειται στο επίπεδο της πρόληψης προκειμένου να αποτρέπεται ο κίνδυνος στεγαστικού αποκλεισμού, αλλά και σε επίπεδο υποστήριξης ατόμων που βρίσκονται ήδη σε επείγουσα κατάσταση, κάλυψης των βασικών τους αναγκών και άμεση πρόσβαση σε σταθερή στέγη. Συγκεκριμένα ο βασικός άξονας μέτρων είναι ο ακόλουθος:

- μείωση του κινδύνου μέσω προγραμμάτων πρόληψης,
- αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες με στόχο την επανένταξη,
- ενίσχυση της απασχόλησης για τους αστέγους,
- διευκόλυνση πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα,
- εξασφάλιση άμεσης προσωρινής στέγασης σε δομές για επείγουσες περιπτώσεις,
- ενδυνάμωση και συμμετοχικότητα των αστέγων,
- προγράμματα προστασίας της κατοικίας και δυνατότητα εξασφάλισης μόνιμης κατοικίας,

- συνεργασία των υπηρεσιών και φορέων,
- ακριβή δεδομένα για το μέγεθος και τη φύση του προβλήματος καθώς και παρακολούθηση- σύγκριση(European Commission, 2013).

Στο πλαίσιο αυτό η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα στηρίζει τα κράτη μέλη με τους ακόλουθους τρόπους:

- χρηματοδότηση,
- παρακολούθηση και
- παρουσίαση, εθνικών στρατηγικών για τον άστεγο πληθυσμό

Συγκεκριμένα οι συστάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής προς τα κράτη μέλη επικεντρώνονται στη στήριξη και επανένταξη του άστεγου πληθυσμού και ειδικότερα στα εξής σημεία (European Commission, 2020):

- πρόληψη και άμεση παρέμβαση,
- συνεργασία των κρατών μελών μέσω ανταλλαγής καλών πρακτικών,
- αποποινικοποίηση της αστεγίας,
- εξασφάλιση και διευκόλυνση πρόσβασης των αστέγων σε υπηρεσίες όπως υγεία, εκπαίδευση, κοινωνικές υπηρεσίες κ.ά.,
- υποστήριξη στον εργασιακό τομέα μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων, μέτρων και εκπαίδευσης ,
- εντατικοποίηση των ερευνών για τον ακριβή προσδιορισμό των αστέγων και την καταγραφή δεδομένων χρήσιμων για την αξιολόγηση του φαινομένου,
- χρηματοδότηση και στήριξη των ΜΚΟ και της τοπικής αυτοδιοίκησης προκειμένου να απομακρυνθεί ο κίνδυνος επικείμενης έξωσης για όσους βρίσκονται σε στεγαστική επισφάλεια και να διασφαλιστεί χώρος διαμονής για όσους βρίσκονται ήδη σε κατάσταση στεγαστικής αποστέρησης (κυρίως κατά την περίοδο της πανδημίας),
- μακροπρόθεσμες στρατηγικές και χάραξη προγραμμάτων στεγαστικής και κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξάλειψη του φαινομένου,
- εξασφάλιση συνεχούς παροχής καταλυμάτων για φιλοξενία αστέγων ως προσωρινή και έκτακτη λύση επείγουσας ανάγκης,
- προώθηση δράσεων κοινωνικής επιχειρηματικότητας και καινοτομίας ως μέσω διευκόλυνσης της ενεργούς ένταξης των αστέγων.

Τα κράτη μέλη από πλευράς τους, θα εφαρμόσουν την βέλτιστη πρακτική του **“HousingFirst”**, που εφαρμόζεται σε Φινλανδία, Ολλανδία, Σκωτία. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που περιλαμβάνει σχέδια δράσης και προσεγγίσεις στηριζόμενα στην αρχή του ότι η στέγαση είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, παρέχοντας άμεσες και σταθερές, οικονομικές στεγαστικές λύσεις χωρίς να παρεμβάλλεται ενδιάμεση παραμονή σε δομές φιλοξενίας αστέγων και χρήση υπηρεσιών. Η πρακτική αυτή συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του φαινομένου, ενώ παράλληλα σημειώνει χαμηλότερα άμεσα και έμμεσα κόστη σε σχέση με τα κόστη που απαιτούνται για τη λειτουργία δομών, υπηρεσιών, φροντίδας, υποστήριξης και κάλυψης αναγκών αστέγων (Καρούμπαλη, 2014).

5.4 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Στην Ελλάδα οι πολιτικές που υφίστανται στον τομέα της κοινωνικής προστασίας δεν είναι αρκετά εστιασμένες στο ζήτημα της στεγαστικής αποστέρησης. Περισσότερο πρόκειται για μέτρα, δράσεις και προγράμματα που αφορούν ευρύτερα στην αντιμετώπιση και καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Κάποια από αυτά τα μέτρα αφορούν και τον πληθυσμό των αστέγων ως μέρος των ευπαθών κοινωνικά ομάδων (Καρούμπαλη, 2014).

Η συνθήκη της Λισαβόνας το 2000 αποτέλεσε την βάση για την χάραξη προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της κοινωνικής προστασίας των ευαίσθητων πληθυσμιακά ομάδων. Τα Εθνικά Σχέδια Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση καθόρισαν συγκεκριμένες πολιτικές αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας εντάσσοντας τον άστεγο πληθυσμό σε αυτά, χωρίς όμως να λαμβάνουν συγκεκριμένα μέτρα για αυτόν. Το ίδιο ισχύει και για την Εθνική Έκθεση Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη (2008-2010) και του Εθνικού Προγράμματος Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού (Ε.Π.ΑΝ.Α.Δ. 2007-2013), που αφορά σε δράσεις στα πεδία της καταπολέμησης της ανεργίας, της υγείας και της κοινωνικής ένταξης. Πιο εστιασμένη αναφορά στην

πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων γίνεται στο Εθνικό Δίκτυο Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης που διαμορφώνεται στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού (2013-2015), όπου εστιάζει στα άτομα που βρίσκονται σε καθεστώς αστεγίας ή κινδυνεύουν να βρεθούν σε αυτό (άνεργοι, φτωχοί κ.λπ.), προσφέροντας υπηρεσίες που υλοποιούνται από τους δήμους ανά την Ελλάδα. Είναι οι λεγόμενες Κοινωνικές Δομές Άμεσης Αντιμετώπισης της Φτώχειας και παρέχουν υπηρεσίες όπως: Κοινωνικά Παντοπωλεία, Κοινωνικά Φαρμακεία, Ανοιχτά Κέντρα Ημέρας για την Υποδοχή Αστέγων, Υπνωτήρια, Συσσίτια, Γραφεία Διασύνδεσης, Τράπεζες Χρόνου, Δημοτικοί Λαχανόκηποι. Η στρατηγική Ευρώπη 2020 προσεγγίζει το ζήτημα της φτώχειας του κοινωνικού αποκλεισμού και της εργασιακής ένταξης για την ενίσχυση των ευάλωτων ομάδων μέσα από την κοινωνική επιχειρηματικότητα. Ο στόχος ποσοτικά είναι να μειωθεί στην Ευρώπη ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται ή απειλούνται από φτώχεια και αποκλεισμό κατά 20 εκατομμύρια και στην Ελλάδα κατά 450.000. Συγκεκριμένα μέτρα που βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση αποτελούν: η θεσμοθέτηση του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος ως δημοσιονομικό μέτρο (2013-2016) για την ενίσχυση και την υποστήριξη των ευάλωτων ομάδων, η τροπολογία του Υπουργείου Υγείας για την κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών αναγκών ανασφάλιστων ατόμων προκειμένου να μην αποκλειστούν από την παροχή υπηρεσιών υγείας (στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνουν τους άπορους και ανασφάλιστους Έλληνες και αλλοδαπούς με νομιμοποιητικά έγγραφα), πρόγραμμα επισιτιστικής και βασικής υλικής συνδρομής με το οποίο στο πλαίσιο των δράσεων Κοινωνικής Αρωγής πραγματοποιείται από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 πρόγραμμα παροχής τροφίμων προερχόμενο από το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους - ΤΕΒΑ (FEAD), με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του κράτους το οποίο υλοποιείται κυρίως μέσω των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων υπό την εποπτεία του αρμόδιου Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων (Καρούμπαλη, 2014).

5.4.1 ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΤΕΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι δράσεις που έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα για το ζήτημα της αστεγίας μπορούν να χαρακτηριστούν ανεπαρκείς καθώς δεν δύνανται να καλύψουν το εύρος και το βάθος του προβλήματος. Στα μέτρα που έχουν ληφθεί περιλαμβάνονται τα εξής (Ασημόπουλος και συν, 2015):

- ❖ Νόμος 4052/2012, νομική κατοχύρωση των αστέγων ως ευάλωτη κοινωνική ομάδα προκειμένου να χρηζούν κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας.
- ❖ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση του στεγαστικού αποκλεισμού (2013) μέσω του οποίου απορροφήθηκαν κονδύλια της ευρωπαϊκής ένωσης.
- ❖ Πρόγραμμα «Στέγαση και Επανένταξη» (2014).
- ❖ Λειτουργία 6 Ξενώνων του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α.), 7 Ξενώνων Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και λιγιστών Ξενώνων της τοπικής αυτοδιοίκησης όπως για παράδειγμα το Πολυδύναμο Κέντρο Αστέγων του Δήμου Αθηναίων (Κ.Υ.Α.Δ.Α.).
- ❖ Το «Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα».
- ❖ Δράση «Επείγουσών Αναγκών Αστέγων από Ακραία Καιρικά Φαινόμενα» (2013) και ο «Καθορισμός πλαισίου ελαχίστων προδιαγραφών για τη λειτουργία κοινωνικών ξενώνων βραχυχρόνιας φιλοξενίας και ανοικτών κέντρων ημέρας αστέγων» (ΦΕΚ 297/11.2.2014 και ΦΕΚ 297/11.2.2014).
- ❖ Νόμος 4320/2015 που στοχεύει να λειτουργήσει ως δίκτυ ασφαλείας για την πρόληψη του κινδύνου στεγαστικού αποκλεισμού, που αφορά σε κάλυψη στεγαστικών δαπανών και σίτισης.

Στόχος για την επίλυση του ζητήματος είναι να εξασφαλιστεί η αυτόνομη διαβίωση των αστέγων η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εργασιακής ένταξης και επιδοματικής στήριξης. Σε αυτή την κατεύθυνση το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων εφαρμόζει πρόγραμμα που υλοποιείται από τους Δήμους, τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και τα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου που σχετίζονται με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και για τα οποία τη διαχείριση έχει ο ΟΠΕΚΑ. Το εν λόγω πρόγραμμα ονομάζεται «**Στέγαση και Επανένταξη**», υλοποιήθηκε πρώτη φορά το 2014 και συνέχισε το 2018, ενώ από το 2020 αποτελεί θεσμοθετημένη πολιτική αντιμετώπισης του φαινομένου η οποία έχει διετή πρόβλεψη και προκύπτει από πόρους του κρατικού προϋπολογισμού. Το πρόγραμμα αποτελεί την πιο ουσιαστική λύση για την αντιμετώπιση του στεγαστικού αποκλεισμού καθώς συμβάλλει

αποτελεσματικά στην κοινωνική επανένταξη των αστέγων και την ενσωμάτωση τους στον κοινωνικό ιστό. Στοχεύει στην ομαλή μετάβαση τους από την φιλοξενία σε προσωρινή/επείγουσα στέγαση στην αυτόνομη διαβίωση σε διαμερίσματα, έχοντας οι ίδιοι την διαχείριση της καθημερινότητας μέσα από τη στεγαστική και κοινωνική υποστήριξη. Επίσης, μέσα από την εργασιακή επανένταξη στοχεύει στην κοινωνική ενσωμάτωση. Το πρόγραμμα επιτυγχάνεται μέσα από υπηρεσίες που στηρίζονται σε δύο βασικούς πυλώνες:

Στέγαση, που περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως:

- Επιδότηση ενοικίου.
- Επιδότηση για οικοσκευές, λογαριασμούς ΔΕΚΟ, καθημερινές ανάγκες (σίτιση, ρουχισμό, μετακίνηση κ.λπ.).

Εργασιακή επανένταξη, που περιλαμβάνει την:

- Απόκτηση εργασιακής εμπειρίας.
- Υποστήριξη επιχειρηματικής δραστηριότητας.
- Απασχόληση στον αγροτικό τομέα.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση μέσω επιταγών voucher.

Επίσης παρέχονται υπηρεσίες όπως:

- Ψυχοκοινωνική στήριξη.
- Νομική και εργασιακή συμβουλευτική.
- Διασύνδεση με υπηρεσίες (Υπουργείο Εργασίας, ΕΙΕΑΔ, 2014).

Το πρόγραμμα αποτελεί μια ολιστική προσέγγιση στο ζήτημα της αστεγίας με σκοπό την επίτευξη της αυτόνομης διαβίωσης σύμφωνα με τη λογική του «HousingFirst» και τις ευρωπαϊκές πολιτικές, ωστόσο στα αρνητικά του χαρακτηριστικά μπορεί να υπολογιστεί το γεγονός ότι η ομάδα στόχου αφορούσε ομάδες συγκεκριμένες αποκλείοντας πολλές κατηγορίες. Επρόκειτο για ομάδες που κρίθηκαν ικανές να ανταποκριθούν στους ενταξιακούς στόχους του. Το πρόγραμμα δεν στηρίχτηκε σε πρωτογενή δεδομένα προκειμένου να διαμορφωθεί σύμφωνα με όλες τις πτυχές του ζητήματος. Η διάρκεια του είναι βραχεία, αντιμετωπίζει γραφειοκρατικά εμπόδια, παρουσιάζει κενά, η απορροφητικότητα πόρων είναι χαμηλή, ενώ δεν υπάρχει πρόβλεψη για την ενίσχυση των συμμετεχόντων μετά το πέρας του προγράμματος (Κουραχάνης, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΚΑΙ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκοπική μελέτη ελληνόγλωσσων και ξενόγλωσσων ερευνών σχετικές με το φαινόμενο της αστεγίας, όπου καταγράφονται οι ανάγκες του εν λόγω πληθυσμού, ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών τους, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, η κατάσταση της υγείας τους και η σύνδεση αυτής με την αστεγία, η συσχέτιση με τη χρήση ουσιών και την κατανάλωση αλκοόλ, τις μεταδιδόμενες ασθένειες και την ψυχική νόσο, το προσδόκιμο ζωής, το δημογραφικό τους προφίλ.

Στην έρευνα Omeron et al., (2019), «*Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. Healthandsocialcare*», πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση είκοσι δυο ποσοτικών και ποιοτικών μελετών που διεξήχθησαν σε Ηνωμένες Πολιτείες και Καναδά και αφορούσε στη διερεύνηση του φαινομένου της αστεγίας σε σχέση με τα επίπεδα νοσηρότητας και θανάτων στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχουν μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης που προκύπτουν κυρίως από την ανάγκη ικανοποίησης κατά προτεραιότητα των βασικών τους αναγκών (στέγη, τροφή) και δευτερευόντως των υγειονομικών αναγκών, σε συνδυασμό με τα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα εξαιτίας γραφειοκρατικών και κοινωνικών παραγόντων. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το ποσοστό των ασθενειών, ψυχικών, σωματικών και χρόνιων που εμφανίζονται στους αστέγους είναι δυσανάλογο σε σχέση με τον μέσο πληθυσμό. Επιπλέον, η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων είναι τρεις φορές μεγαλύτερη, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας είναι 12 φορές υψηλότερο στις γυναίκες και 8 στους άνδρες με μέσο όρο ζωής τα 52 έτη. Η

αποστέρηση υγειονομικής περίθαλψης στον άστεγο πληθυσμό πέραν των συνεπειών που έχει για τους ίδιους έχει επίσης για την κοινωνία και την δημόσια υγεία. Τέλος η φροντίδα νοσηλείας που θα παρέχουν οι μονάδες υγείας θα είναι οξεία, με αυξημένη νοσηλεία και κόστος για το δημόσιο σύστημα.

Η μελέτη των Fajardo-Bullónetal.,(2019)«*Homelessnessandself-ratedhealth: evidencefromanationalsurveyofhomelesspeopleinSpain*», αναφέρεται σε έρευνα που διεξήχθη στην Ισπανία σε δείγμα 2.437 αστέγων της χώρας σχετικά με μεταβλητές που επηρεάζουν την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους. Τα αποτελέσματα έδειχναν ότι το νεαρό της ηλικίας, η κατοχή κάρτας υγείας, το άρρεν φύλο και η αποχή από εξαρτήσεις, επηρέαζαν θετικά την αντίληψη που είχαν ως προς την κατάσταση τους, σε αντίθεση με τη μεγαλύτερη ηλικία, τη χρήση ουσιών, τις αναπηρίες, την πρόσφατη επίσκεψη σε γιατρό ή νοσοκομείο και τις διαταραχές ύπνου. Βασιζόμενοι σε διεθνή στοιχεία αναφέρουν σύνδεση της κακής υγείας με την αστεγία ή τις επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης. Χρόνιες και οξείες ασθένειες επιβαρύνουν την υγεία των ευάλωτων αυτών πληθυσμών, καθώς οι συνθήκες στις οποίες διαβιούν σε συνδυασμό με την δυσκολία χρήσης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθιστούν την κατάσταση εξαιρετικά δυσχερή. Τα άτομα που βρίσκονται σε αστεγία εμφανίζουν προβλήματα υγείας κατά 10 ή 15 χρόνια νωρίτερα από τον γενικό πληθυσμό, ενώ παράγοντες της αυξημένης θνησιμότητας αποτελούν εκτός από τα συνήθη προβλήματα υγείας η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ.

Έρευνα των Wrightetal., (2006)«*Howcanhealthserviceseffectivelymeetthehealthneedsofhomelesspeople?*» πραγματοποιήθηκε μέσω διεθνούς βιβλιογραφικής και διαδικτυακής ανασκόπησης, διεξήχθη με σκοπό τη διερεύνηση και κάλυψη των αναγκών υγείας και αξιολόγησης της υγειονομικής περίθαλψης που χρίζει ο άστεγος πληθυσμός. Οι εξαρτήσεις από αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες, καθώς και οι ψυχιατρικές και μεταδιδόμενες ασθένειες, φαίνεται να συναντώνται συχνότερα στην ευάλωτη αυτή πληθυσμιακά ομάδα. Οι πρόωροι θάνατοι προσδιορίζονται στα 44,5 έτη με συνηθέστερη αιτία τα μη φυσικά αίτια (62,6% θάνατος από υπερβολική χρήση αλκοόλ, αυτοχειρίες, τραυματισμούς), ενώ οι θάνατοι από μεταδοτικές ασθένειες (ηπατίτιδα Β, C, HIV) αποτελούν επίσης πολύ συχνή αιτία. Στη συγκεκριμένη έρευνα,

προσδιορίζονται επίσης βέλτιστες πρακτικές και παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση των αστέγων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κοινωνικής φροντίδας ώστε να αντιμετωπιστεί η πολλαπλή νοσηρότητα στους αστέγους.

Έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2018 από το Υπουργείο Εργασίας και διεξήχθη με την επιστημονική ευθύνη του Παντείου Πανεπιστημίου και τη συνεργασία διαφόρων φορέων όπως κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων, εθνικοί δημόσιοι φορείς και μη κυβερνητικές οργανώσεις, είχε ως στόχο την καταγραφή των αστέγων σε 7 δήμους της Ελλάδας. Η μελέτη εκπονήθηκε με μεθόδους ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας, με την πραγματοποίηση επιτόπιων συνεντεύξεων και συμπλήρωσης ερωτηματολογίων. Στην έρευνα καταγράφονταν οι άστεγοι που διαβιούν στο δρόμο, σε δομές, υποστηριζόμενα διαμερίσματα και σε επισφαλείς συνθήκες κατοικίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνολικός αριθμός που καταγράφηκε ήταν 1.645 άτομα, οι 691 βρίσκονταν στο δρόμο ενώ οι 954 σε δομές. Οι περισσότεροι εντοπίστηκαν στο δήμο της Αθήνας (793 άτομα εκ των οποίων οι 353 διέμεναν στο δρόμο). Το μεγαλύτερο ποσοστό των αστέγων είναι άνδρες, ηλικίας 18-44, ελληνικής καταγωγής, με σοβαρά οικονομικά προβλήματα, οικογενειακά προβλήματα και ανεργία, με μέσο διάστημα παραμονής σε συνθήκες αστεγίας τους 12 μήνες. Τα προβλήματα υγείας που παρουσίαζαν σχετιζόνταν κυρίως με χρήση ουσιών και ψυχιατρικά προβλήματα.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Βράντση και συν (2021) «*Το στεγαστικό παράδοξο στους μικρούς Δήμους στην Ελλάδα: Η περίπτωση του Δήμου Νάουσας*» ερευνήθηκε διεξοδικά το ζήτημα της αστεγίας στους μικρούς δήμους και συγκεκριμένα στο δήμο Νάουσας. Σκοπός ήταν να καταρριφθεί ο μύθος ο οποίος θέλει μονάχα τις μεγαλουπόλεις να έρχονται αντιμέτωπες με το φαινόμενο της αστεγίας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Συγκεκριμένα στην έρευνα που αφορούσε στο δήμο Νάουσας εντοπίστηκαν, 57 άτομα που διέμεναν σε κατοικίες που τους είχαν παραχωρήσει προσωρινά για διαμονή, οι 8 σε καθεστώς αστεγίας και 100 άτομα που εξασφάλιζαν την τροφή τους από το συσσίτιο της εκκλησίας. Αριθμοί διόλου ευκαταφρόνητοι καθώς πρόκειται για μια μικρή επαρχιακή πόλη. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε βασίστηκε σε ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα και στα απογραφικά στοιχεία του 2011 (που έδειξαν ότι πάνω από το 10% των κατοίκων αντιμετώπιζε

στεγαστικά προβλήματα) προκειμένου να γίνει εκτίμηση του βαθμού του προβλήματος στέγασης αλλά και του κτηριακού αποθέματος που υπάρχει. Η ανάγκη διεξαγωγής της έρευνας προέκυψε έπειτα από το μεταναστευτικό κύμα του 2019, που οδήγησε περίπου 200 οικογένειες να φιλοξενηθούν σε ξενοδοχεία της πόλης κατόπιν αποφάσεως του υπουργείου Μετανάστευσης. Το ερώτημα ήταν αν ο δήμος είχε επάρκεια σε κατοικίες που μπορούσε να διαθέσει για αυτό το σκοπό, καθώς μια μερίδα της τοπικής κοινωνίας και της τοπικής αρχής δήλωναν πως δεν υπήρχε η ικανότητα, από πλευράς του δήμου, να εξυπηρετήσει προς αυτή την κατεύθυνση. Τα απογραφικά στοιχεία για το Δήμο Νάουσας το 2011 κατέγραψαν 15.000 κατοικίες εκ των οποίων οι 3.376 ήταν από μη έως αραιά χρησιμοποιούμενες. Επίσης αξιοσημείωτος είναι ο αριθμός των κτιρίων που αποτελούν δημόσια ή δημοτική ακίνητη περιουσία και θα μπορούσαν από το να είναι ανεκμετάλλευτα να μετατραπούν σε κατοικίας που θα μπορούσαν να στεγάσουν ανθρώπους που αντιμετωπίζουν στεγαστικό πρόβλημα. Σύμφωνα με τους ερευνητές προτείνεται στεγαστική πολιτική με σκοπό να αξιοποιηθούν οι κενές κατοικίες προκειμένου να καλυφθούν στεγαστικές ανάγκες ανθρώπων που βρίσκονται σε χρεία.

Σε ανασκοπική μελέτη που διεξήχθη από την Μπασκόζου (2021) «*Έλλειψη στέγης - ένα δυναμικό και πολυπαραγοντικό φαινόμενο που απαιτεί αξιόπιστα δεδομένα και καθετοποιημένες παρεμβάσεις εθνικών πολιτικών για την αντιμετώπισή του: η περίπτωση δύο ευάλωτων ομάδων*», σε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία ερευνήθηκε το στεγαστικό ζήτημα συγκεκριμένα σε δυο πληθυσμιακές ομάδες αστέγων όπως είναι οι ψυχικά ασθενείς και οι διεμφυλικοί. Η έρευνα κατέδειξε ότι η σύνδεση ψυχικής νόσου και αστεγίας είναι πολύ ισχυρή. Το 58%-100% των αστέγων είναι πιθανόν να νοσεί ψυχικά σε σχέση με το μέσο πληθυσμό. (Philipotetal., 2007). Για διάστημα μόλις ενός μήνα παραμονής σε καθεστώς αστεγίας, έχουν σημειωθεί ψυχωτικά προβλήματα σε ποσοστό από 2,8%-42,3% (Fazeletal., 2008). Επίσης καταγράφονται υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας και θνησιμότητας εξαιτίας της χρήσης ουσιών, σοβαρών παθήσεων, μεταδοτικών ασθενειών και αυτοκτονιών. (Gelberg et al., 1988). Οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν έναν από τους πέντε λόγους που μπορούν να οδηγήσουν έναν άνθρωπο σε κατάσταση αστεγίας (Chamberlain& Johnson 2011). Στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα χρόνια της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε συρρίκνωση και μείωση προσωπικού σε υπηρεσίες και δομές που αφορούν κυρίως τον τομέα ψυχικής υγείας (Καραμιχάλη, 2019). Παρατηρείται επίσης

το γεγονός ότι άνθρωποι που βιώνουν την αστεγία ενώ ταυτόχρονα υποφέρουν από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα «εμπίπτουν στα όρια και δεν ταιριάζουν στις γραφειοκρατικά οργανωμένες υπηρεσίες...», το οποίο οδηγεί αυτή την ομάδα στο να «βιώνει και θεσμικό αποκλεισμό» (Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, 2015). Το πρόβλημα με τον πληθυσμό των αστέγων ψυχικά νοσούντων διαιωνίζεται, καθώς ακόμη και αν υπάρξει νοσηλεία σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο, οι άνθρωποι αυτοί θα επιστρέψουν σύντομα στην πρότερη κατάσταση χωρίς να ακολουθούν την απαραίτητη θεραπεία και έχοντας την κατάλληλη κοινωνική μέριμνα (Φιτσίου, 2015).

Σε έρευνα που διεξήχθη για το διάστημα 09/2011-02/2012 από τους Θεοδωρικάκου και συν, «Homelessness in Greece-2012. An in-depth research on homelessness in the financial crisis», όσον αφορά την αστεγία στην Ελλάδα στην εποχή της οικονομικής κρίσης σε δείγμα 214 ατόμων Ελλήνων και αλλοδαπών που διαμένουν στη χώρα πάνω από 8 χρόνια, διαπιστώθηκε ότι η οικονομική κρίση εντείνει το φαινόμενο της αστεγίας. Το 64,8% βρίσκεται σε κατάσταση αστεγίας για λιγότερο από 2 χρόνια, το 47,1% δυσκολεύονται ως προς το ζήτημα της ένδυσης, το 41% ως προς την ατομική τους υγιεινή, το 58,1% δεν διαθέτει ιατρική ασφάλιση, το 20,4% δηλώνει πως υπάρχει στην οικογένεια ψυχιατρικό ιστορικό, το 18,1% έχει επιχειρήσει απόπειρα αυτοκτονίας, το 38,1% κάνει συχνή χρήση αλκοόλ και 14,3% ουσιών, ενώ εξάρτηση από τον τζόγο δηλώνει το 20,8%. Δεν διαθέτουν υποστηρικτικό περιβάλλον και αξιολογούν τις ανάγκες τους με σημαντικότερη την έλλειψη στέγης 85,6%, δεύτερη τις ανάγκες υγείας 83,1%, έπειτα την εργασία (76,5%) και την υγιεινή (75%). Στην ερώτηση ανοιχτού τύπου σχετικά με το τι θα μπορούσε να βοηθήσει προκειμένου να μην βρίσκονται σε αυτή την κατάσταση, η απάντηση που επικράτησε ήταν η μέριμνα σε επίπεδο πρόληψης από την πολιτεία.

Για το χρονικό διάστημα 2015-2016 και στο πλαίσιο του έργου «Καταπολέμηση της Φτώχειας και της Κοινωνικής Περιθωριοποίησης», διεξήχθη έρευνα από την ομάδα streetwork των Βανικιώτη και συν, καταγράφοντας 451 άτομα που εντόπισαν μέσα από τα συσσίτια του ΚΥΑΔΑ. Η έρευνα κατέδειξε πως το 62% επρόκειτο για Έλληνες, το 85,4% είναι άνδρες, 35 έως 55 χρονών 53%, άστεγοι από 1 έως 10 χρόνια 61%, το 70,1% έχουν μείνει για κάποιο διάστημα στο δρόμο, το 47% δηλώνει αιτία αστεγίας την ανεργία με το 21,7% να έχει μείνει στο δρόμο την τελευταία 5ετία, το 29% δεν επιθυμεί να φιλοξενηθεί σε κάποια δομή, το 29,7% είχε εκτίσει ποινή φυλάκισης, το 41,2 να είναι χρήστες ουσιών και το 7,3% χρήστες αλκοόλ, το 41,7%

επαιτεί, ενώ το 59% δηλώνει πως δεν διαθέτει υποστηρικτικό περιβάλλον. Το 50,6% κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ (προκειμένου, όπως ανέφεραν, να ξεχαστούν από τα προβλήματα τους) εκ των οποίων 20,6% είναι θετικοί στον HIV και το 42,5% στον HCV. Το 35% πάσχει από κάποιο νόσημα. Τα σπουδαιότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην προσπάθεια να βγουν από το καθεστώς της αστεγίας σχετίζονται με: α) το πλήθος των δικαιολογητικών που απαιτούνται προκειμένου να αιτηθούν στέγαση σε κάποια δομή, β) τη μικρή διαθεσιμότητα που υπάρχει σε ξενώνες σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που θέλουν να εξυπηρετηθούν και γ) τις συνθήκες που επικρατούν στους χώρους αυτούς. Ως προς τις ανάγκες τους, αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολίες στον τομέα της καθαριότητας, καθώς δεν μπορούν να επιμεληθούν την προσωπική τους υγιεινή με επακόλουθο κίνδυνο για τους ίδιους και κατά συνέπεια για την δημόσια υγεία. Το ζήτημα της ασφάλειας είναι επίσης βαρύνουσα σημασία, ενώ πολύ συχνά πέφτουν θύματα κλοπής.

Πραγματοποιήθηκε ανασκοπική μελέτη περιγραφικών ερευνών που έχουν εκπονηθεί σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από την Χονδράκη και συν (2012), «*Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*», σχετικά με την επικράτηση ψυχικών διαταραχών στους αστέγους στην Ευρώπη. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν τα αυξημένα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας που παρατηρούνται στην ευάλωτη αυτή ομάδα πληθυσμού σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό τα οποία κυμαίνονται από 58% έως 100%. Τα υψηλότερα ποσοστά αφορούσαν στις διαταραχές χρήσης ουσιών, με πρώτη χώρα τη Γερμανία και ακολουθούν Ισπανία, Γαλλία, Ολλανδία και Αγγλία. Η συναισθηματική διαταραχή, η καταθλιπτική και αγχώδης διαταραχή, σημειώνουν επίσης υψηλά ποσοστά διαταραχών στον πληθυσμό των αστέγων. Ψυχωσικές διαταραχές, σχιζοφρένεια και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, καταγράφονταν σε χαμηλά ποσοστά. Διαπιστώνεται μέσα από την έρευνα πως τα προβλήματα που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος πληθυσμός δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά από τις διάφορες υπηρεσίες καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως θα πρέπει να υπάρξει αποτελεσματική μέριμνα ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Η έρευνα των Zlotnicketal.,2013, «*HealthCare for the Homeless (HCH)*», αντλεί συμπεράσματα από την λειτουργία του μοντέλου που εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ για εξειδικευμένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε αστέγους. Αναδεικνύει τα προβλήματα που άρχισαν να διαφαίνονται τη δεκαετία του 1980 στις ΗΠΑ, έπειτα από την οικονομική ύφεση και τις επιπτώσεις από την αποϊδρυματοποίηση από τα

ψυχιατρικά ιδρύματα. Το αποτέλεσμα ήταν η αλλαγή του δημογραφικού προφίλ και η αύξηση των ανθρώπων που αντιμετώπιζαν προβλήματα στέγασης. Η αρνητική επίδραση της αστεγίας στην κατάσταση υγείας των αστεγών έχει τεκμηριωθεί από πλήθος ερευνών. Τα προβλήματα υγείας που εμφανίζουν είναι πολλαπλά και συχνότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Όταν κατέστη σαφές ότι το υπάρχον υγειονομικό σύστημα αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες που είχαν προκύψει, δημιούργησε το πρόγραμμα εξειδικευμένης υγειονομικής περίθαλψης για τους αστεγούς (HomeCarefortheHomeless). Χρηματοδοτήθηκαν έργα που αξιολογούσαν τις δομές που προσέφεραν υπηρεσίες προκειμένου να γίνουν βελτιώσεις όσον αφορά στην πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η ακριβής αποτύπωση του αριθμού των αστεγών και ο διαχωρισμός τους σε κατηγορίες και υποομάδες, όπως άστεγοι με προβλήματα ψυχιατρικά, χρήσης ουσιών, αλκοόλ, θυμάτων βίας ήταν απαραίτητα. Το σύστημα HCH εστίασε στη διεπιστημονική προσέγγιση, τη συνεργασία με διάφορους φορείς, την καινοτομία δημιουργίας κινητών μονάδων, ομάδων εντοπισμού και προσέγγισης και αυτοσχέδιων κλινικών σε δομές αστεγών προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 6: Σχετικές έρευνες

Συγγραφέας	Τίτλος έρευνας	Είδος έρευνας	Έτος
Omerov P., Craftman A., Mattsson E , Klarare A,	«Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. Health and social care»	Ποσοτική -Ποιοτική	2019
Fajardo-Bullón F., Isobel I., E., A., & L., Benjaminsen	«Homelessness and self-rated health: evidence from a national survey of homeless people in Spain»,	Ποσοτική	2019
<u>Wright</u> N., <u>Tompkins</u> C.	«How can health services effectively meet the health needs of homeless people?»	Ποσοτική	2006

Δημουλάς Κ., Αράπογλου Β, Γκούνης Κ., Richardson C. Σιατίτσα Δ.,Κουραχάνης Ν.,,	«Πιλοτική Καταγραφή Αστεγών σε επτά Δήμους της χώρας: Αθηναίων, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Ηρακλείου, Ν. Ιωνίας, Ιωαννίνων και Τρικάλων»	Ποσοτική	2018
Βράντσης Ν.	«Το στεγαστικό παράδοξο στους μικρούς Δήμους στην Ελλάδα: Η περίπτωση του Δήμου Νάουσας»	Ποσοτική -Ποιοτική	2021
Μπασκόζου Κ.	«Έλλειψη στέγης ένα δυναμικό και πολυ-παραγοντικό φαινόμενο που απαιτεί αξιόπιστα δεδομένα και καθετοποιημένες παρεμβάσεις εθνικών πολιτικών για την αντιμετώπισή του: η περίπτωση δύο ευάλωτων ομάδων»,	Ποσοτική	2021
Θεοδωρικάκου Ο., Αλαμάνου Α.,Σταματογιανν οπούλου Ε., Τούρκου Α., Καρύδη Κ., Σαραντίδης Δ.,Κατσαδώρος Κ.	«Homelessness in Greece-An in-depth research on homelessness in the financial crisis»	Ποσοτική	2012
Βανικιώτη Μ., Μουρτέζου Χ., Καραμπέκος Α	«Καταπολέμηση της Φτώχειας και της Κοινωνικής Περιθωριοποίησης»,	Ποσοτική	2016
Χονδράκη Π., Μαδιανός Μ,Παπαδημητρίο υ Γ.,Ν.	«Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης»	Ποσοτική	2012
Zlotnick C., Zerger S., Wolfe P.	«Health Care for the Homeless (HCH)»,	Ποσοτική	2013

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

«ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ»

1.1 ΕΙΔΙΚΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Δεδομένου ότι το ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει ένας οργανισμός στους χρήστες του αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα, αφενός για την λειτουργία, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ανάπτυξη, την βελτίωση και την κουλτούρα του ίδιου του οργανισμού και αφετέρου για την ικανοποίηση και την κάλυψη των αναγκών των χρηστών του, αποτέλεσε το έναυσμα για την παρούσα μελέτη προκειμένου να γίνει αποτύπωση των απόψεων και των αντιλήψεων των ωφελούμενων του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέγων του Δήμου Αθηναίων ως προς τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Οι απόψεις τους είναι καθοριστικές και συμβάλλουν στο να αποτυπωθούν αδυναμίες και κενά με σκοπό να εξεταστούν πιθανές βελτιώσεις και διορθώσεις με τελικό στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα θα αποτυπώσουν τον βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων της δομής και θα αποτελέσουν ευρήματα σημαντικά τα οποία θα μπορέσει να επεξεργαστεί η διοίκηση και ο αρμόδιος φορέας προκειμένου να προβεί σε βελτιώσεις όπου κρίνεται σκόπιμο με στόχο την αναβάθμιση των υπηρεσιών.

Η εν λόγω δομή που αποτέλεσε το αντικείμενο της παρούσας έρευνας ξεκίνησε τη λειτουργία της τον Απρίλιο του 2020. Διαθέτει 55 διαμερίσματα και μπορεί να φιλοξενήσει περισσότερα από 300 άτομα. Στο *Κέντρο Ημέρας* προσφέρονται υπηρεσίες στους αστέγους προκειμένου να καλύψουν τις καθημερινές τους ανάγκες. Λειτουργεί υπηρεσία σίτισης, λουτρών για τη φροντίδα της προσωπικής τους υγιεινής καθώς και πλυντήρια/στεγνωτήρια για να πλένουν και να στεγνώνουν τα ρούχα τους, επίσης υπάρχει η δυνατότητα να προμηθευτούν ρουχισμό και να πιούν καφέ. Στο *Υπνωτήριο* μπορούν να διανυκτερεύσουν άστεγοι για να καλύψουν προσωρινά την επείγουσα ανάγκη τους για ασφαλή διανυκτέρευση. Στους φιλοξενούμενους παρέχεται επίσης σίτιση, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, νοσηλευτική και ιατρική

επίβλεψη καθώς στο χώρο της δομής λειτουργεί Νοσηλευτική Υπηρεσία. Επίσης υπάρχει δανειστική βιβλιοθήκη. Στον Ξενώνα παρέχονται οι ίδιες ακριβώς υπηρεσίες με τη διαφορά ότι η φιλοξενία είναι βραχεία. Στόχος είναι η ενδυνάμωση των ωφελουμένων με σκοπό την επανένταξη στην κοινωνία και την μετάβαση τους σε αυτόνομη διαβίωση μέσω προγραμμάτων όπως το «Στέγαση & Εργασία» που υλοποιείται με τη συνεργασία διαφόρων φορέων (ΚΥΑΔΑ 2022). Στην έρευνα συμμετείχαν φιλοξενούμενοι του Υπνωτηρίου και του Ξενώνα καθώς κάνουν χρήση όλων των υπηρεσιών που προσφέρονται και έχουν πλήρη εικόνα για το σύνολο τους προκειμένου να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες.

1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη στο πλαίσιο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών της εν λόγω δομής από τους εξυπηρετούμενους του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέγων, επιχειρεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην συγκεκριμένη δομή;
- ποιο είναι το επίπεδο ποιότητας των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού, της καθαριότητας και της εικόνας των εργαζομένων;
- ποιο είναι επίπεδο ποιότητας της δομής ως προς την συνέπεια, την υπευθυνότητα, την αξιοπιστία, την ακρίβεια;
- ποιο είναι το επίπεδο του προσωπικού ως προς το ενδιαφέρον και την προθυμία να τους να εξυπηρετήσει;
- ποιο είναι το επίπεδο εμπιστοσύνης και ασφάλειας που τους εμπνέει το προσωπικό;
- ποιο είναι το επίπεδο της δομής αναφορικά με την εξατομίκευση στην διάγνωση αναγκών και στην παροχή υπηρεσιών για τον κάθε εξυπηρετούμενο ξεχωριστά;
- ποια από τις πέντε διαστάσεις που ερευνώνται αξιολογείται περισσότερο θετικά;
- ποια από τις πέντε διαστάσεις αξιολογείται αρνητικά;
- ποιο είναι το επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων της συγκεκριμένης δομής;

1.3 ΚΥΡΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Η κύρια ερευνητική υπόθεση της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας είναι η εξής: η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Πολυδύναμου Κέντρου Αστεγών του Δήμου Αθηναίων είναι υψηλή. Η ερευνητική υπόθεση είναι κατευθύνουσα εφόσον ορίζει τη σχέση μεταξύ εξαρτημένης και ανεξάρτητης μεταβλητής. Την εξαρτημένη μεταβλητή αποτελεί ο βαθμός ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων της δομής και την ανεξάρτητη μεταβλητή αποτελούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες.

1.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι ο προσδιορισμός του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Πολυδύναμου Κέντρου Αστεγών στους εξυπηρετούμενους του μέσα από την καταγραφή των απόψεων τους.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτελούν:

- I. Η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας μέσα από :
 - την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την Απτότητα
 - την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την Αξιοπιστία
 - την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την Ανταπόκριση
 - την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την Διασφάλιση
 - την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που σχετίζονται με την Ενσυναίσθηση

- II. Η διερεύνηση συγκεκριμένων δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων που διαφοροποιούνται αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και συγκεκριμένα:

- διερεύνηση του φύλου,
 - διερεύνηση της ηλικίας
 - διερεύνηση του εκπαιδευτικού επιπέδου
- III. Η διερεύνηση ύπαρξης σχέσης ανάμεσα στις πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου.
- IV. Η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής σε συνάρτηση με :
- το φύλο
 - την ηλικία
 - το εκπαιδευτικό επίπεδο

1.5 ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η ποσοτική μέθοδος έρευνας. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε ως η πιο κατάλληλη προκειμένου να μελετηθεί και να αναλυθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ωφελούμενων της δομής αναφορικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες καθώς με τη μέθοδο αυτή δύναται να συγκεντρώνονται και να επεξεργάζονται δεδομένα. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να αναλυθούν και να ερμηνευτούν με στατιστικούς ελέγχους, πίνακες και διαγράμματα χάρη στη συσχέτιση μεταβλητών.

1.6 ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το διάστημα από 06/10/22 έως 16/11/2022 στο Πολυδύναμο Κέντρο Αστεγών του Δήμου Αθηναίων. Στη συγκεκριμένη δομή λειτουργεί Κέντρο Ημέρας, Υπνωτήριο και Ξενώνας για αστέγους. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 127 άστεγοι του δήμου Αθηναίων οι οποίοι επιλέχθηκαν με χρήση δειγματοληψίας ευκολίας οι οποίοι φιλοξενούνταν κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας στο Πολυδύναμο Κέντρο Αστεγών του εν λόγω δήμου. Πρόκειται για αστέγους που διαμένουν στο Υπνωτήριο και τον Ξενώνα της δομής και

κάνουν χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεν έχουν συμπεριληφθεί στο δείγμα ωφελούμενοι-εγγεγραμμένοι του Κέντρου Ημέρας καθώς δεν κάνουν χρήση όλων των υπηρεσιών της δομής, επομένως δεν μπορούν να αξιολογήσουν το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών. Κατά το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας ο αριθμός των αστέγων που φιλοξενούνταν στο Υπνωτήριο και τον Ξεώνα της δομής ήταν περί τα 210 άτομα κατά προσέγγιση, καθώς ο αριθμός αυτό μεταβάλλεται σχεδόν καθημερινά από τις αποχωρήσεις ή τις νέες εντάξεις. Ο ρυθμός ανταπόκρισης ήταν=60,50%.

1.7 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν από την ερευνήτρια στους ωφελούμενους της δομής. Περιλάμβαναν ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου και εστίαζε σε ερωτήματα που αφορούν στην προγενέστερη κατάσταση τους, στην κατάσταση της υγείας τους και κυρίως στο πως αξιολογούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες που τους προσφέρονται από τη συγκεκριμένη δομή. Απαντήθηκαν 127 ερωτηματολόγια με μέσο χρόνο συμπλήρωσης τους 10-15 λεπτά. Η συμπλήρωση πραγματοποιήθηκε σε κάποιες περιπτώσεις με τη διαδικασία των συνεντεύξεων κατόπιν αιτήματος των ιδίων καθώς το προτιμούσαν ως διαδικασία προς διευκόλυνση τους. Προηγήθηκε η ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας, την προαιρετική συμμετοχή, καθώς και την διασφάλιση της προστασίας της ανωνυμίας και των προσωπικών τους δεδομένων.

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας και της συλλογής των δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις ήταν στο σύνολο τους σαράντα μια (41) και ήταν όλες κλειστού τύπου. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχε εισαγωγικό κείμενο που αναγράφονταν με σαφήνεια ο σκοπός της έρευνας καθώς επίσης και το γεγονός ότι πρόκειται για ανώνυμα ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνονται με την ελεύθερη συναίνεση του ερωτηθέντος. Ο μέσος χρόνος διάρκειας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 10-15 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από τα τέσσερα (4) ακόλουθα τμήματα:

- Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει έξι (6) ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, απασχόληση).
- Το δεύτερο τμήμα περιλαμβάνει πέντε (5) ερωτήσεις σχετικά με την έλλειψη στέγης.
- Το τρίτο τμήμα περιλαμβάνει έξι (6) ερωτήσεις που αφορούν στην κατάσταση της υγείας των αστέγων σύμφωνα με το βαθμό που την αξιολογούν οι ίδιοι και στο εάν κάνουν χρήση ουσιών ή καταναλώνουν αλκοόλ.

Τα τρία αυτά μέρη αποτελούν ενότητες από ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί από το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου ως ερωτηματολόγιο συνέντευξης σε αστέγους που φιλοξενούνται σε δομές αλλά και στην πιλοτική απογραφή των αστέγων που είχε πραγματοποιηθεί από Δήμους με την συνεργασία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τμήμα του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου και αυτοτελές το δεύτερο και τρίτο μέρος καθώς και οι τελευταίες δύο ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αντλήθηκαν από την διπλωματική εργασία της Γουρνάρη Χ.(2019), αφού προηγουμένως ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από την ίδια για την χρήση τους.

- Το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου το οποίο αφορά στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και του προσωπικού της δομής αποτελείται από είκοσι δυο (22) ερωτήσεις κλειστού τύπου της πενταβάθμιας κλίμακας Likert 1 έως 5, όπου το 1 σημαίνει Διαφωνώ Απόλυτα και το 5 Συμφωνώ Απόλυτα. Πρόκειται για το μοντέλο SERVQUAL το οποίο αφορά στην αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της ικανοποίησης των χρηστών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι αναγνωρισμένο και εφαρμόζεται διεθνώς για την μέτρηση της ποιότητας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες. Είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο που βοηθά προκειμένου να εντοπιστούν οι παράγοντες που παρακωλύουν την ποιότητα (Parasuramanetal., 1988).

Το ερωτηματολόγιο SERVQUAL εξετάζει την ποιότητα μέσω της ικανοποίησης από πέντε (5) διαστάσεις που είναι οι εξής :

- i. **Απτότητα** (tangibility) - εμφάνιση εγκαταστάσεων και προσωπικού, εξοπλισμός
Την *Απτότητα* εξετάζουν οι ερωτήσεις 1-4
1. Το ΠΚΑ έχει σύγχρονο εξοπλισμό,
 2. Οι φυσικές εγκαταστάσεις του ΠΚΑ είναι οπτικά ελκυστικές,
 3. Οι εργαζόμενοι του ΠΚΑ είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί,
 4. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για την θεραπευτική αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά
- ii. **Αξιοπιστία** (reliability) - τήρηση υποσχέσεων και προθεσμιών
Την *Αξιοπιστία* εξετάζουν οι ερωτήσεις 5-8
5. Όταν το προσωπικό του ΠΚΑ υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει,
 6. Όταν έχω ένα πρόβλημα, το προσωπικό του ΠΚΑ, δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει,
 7. Το προσωπικό του ΠΚΑ είναι αξιόπιστο και παρέχει από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες,
 8. Το ΠΚΑ παρέχει τις υπηρεσίες του τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει)
- iii. **Ανταπόκριση** (responsiveness) - προθυμία για παροχή βοήθειας και εξυπηρέτηση υπό ειδικές συνθήκες
Την *Ανταπόκριση* διερευνούν οι ερωτήσεις 9-13,
9. Το ΠΚΑ διατηρεί τα αρχεία του σωστά
 10. Το προσωπικό του ΠΚΑ με ενημερώνει,
 11. Το προσωπικό του ΠΚΑ παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενους,
 12. Το προσωπικό του ΠΚΑ είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει,
 13. Το προσωπικό του ΠΚΑ ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των εξυπηρετούμενων όσο απασχολημένο και να είναι
- iv. **Διασφάλιση** (assurance) - εμπιστοσύνη και ικανότητα παροχής ορθών υπηρεσιών
Την *Διασφάλιση* μελετούν οι ερωτήσεις 14-17
14. Η συμπεριφορά των εργαζομένων του ΠΚΑ εμπνέει εμπιστοσύνη στους εξυπηρετούμενους,
 15. Νιώθω ασφαλής στις συναλλαγές μου με τους εργαζόμενους του ΠΚΑ,

16. Οι εργαζόμενοι του ΠΚΑ είναι πάντα συνεπείς και ευγενικοί,

17. Οι εργαζόμενοι του ΠΚΑ λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους

- v. **Ενσυναίσθηση** (empathy) αντίληψη των αναγκών των χρηστών των υπηρεσιών.

Την ενσυναίσθηση διερευνούν οι τελευταίες πέντε ερωτήσεις 18-22

18. Οι εργαζόμενοι του ΠΚΑ δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε εξυπηρετούμενο,

19. Οι ώρες λειτουργίας του ΠΚΑ ταιριάζουν σε όλους τους εξυπηρετούμενους,

20. Το προσωπικό καταλαβαίνει και γνωρίζει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων,

21. Το ΠΚΑ έχει τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων του κατά νου,

22. Το προσωπικό αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων).

- Τέλος, το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στο Πολυδύναμο Κέντρο Αστεγών ολοκληρώνεται με δύο (2) τελευταίες ερωτήσεις εκ των οποίων:
 - η πρώτη αφορά στο «*Βαθμό που το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής*» και βαθμολογείται από το 1 έως το 5, όπου το 1 σημαίνει «Καθόλου» και το 5 «Πάρα πολύ»
 - η δεύτερη που «*Αξιολογεί συνολικά την ποιότητα των υπηρεσιών*» και βαθμολογείται επίσης από το 1 έως το 5 όπου το 1 σημαίνει «Πολύ κακή» και το 5 «Πολύ καλή».

1.8 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Στην έρευνα είχαν την δυνατότητα να συμμετέχουν όλοι οι άστεγοι που φιλοξενούνται στο Πολυδύναμο Κέντρο Αστεγών, είτε εξυπηρετούνται από το Υπνωτήριο, είτε από τον Ξενώνα, ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, εκπαιδευτικού επιπέδου κ.λπ. Μοναδικός περιορισμός υπήρξε στην ηλικία των συμμετεχόντων εφόσον όλοι οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ενήλικοι, γεγονός που ούτως ή άλλως βρίσκεται σε συμφωνία με τον κανονισμό λειτουργίας της δομής που ρητά ορίζει την ηλικία των 18 ετών ως ηλικιακό όριο ένταξης.

1.9 ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Το είδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν δειγματοληψία μη πιθανότητας με δείγμα ευκολίας (convenience sampling). Τα δεδομένα με τη χρήση αυτής της μεθόδου συλλέγονται εύκολα και γρήγορα από εξυπηρετούμενους της συγκεκριμένης δομής που είναι εύκολα προσβάσιμοι και δεκτικοί να συμμετάσχουν στην έρευνα. Έγινε προσπάθεια να συγκεντρωθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων καθώς ο μεγαλύτερος αριθμός δείγματος συνεπάγεται πιο επιτυχή και αξιόπιστα αποτελέσματα (Πιερράκος-Τομάρας, 2009).

1.10 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη κατόπιν σχετικής άδειας από το Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων (ΚΥΑΔΑ) εποπτεύοντα φορέα του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέρων όπου αποτέλεσε το ερευνητικό πεδίο, εφόσον προηγήθηκε ενημέρωση του φορέα αλλά και τον συμμετεχόντων για τον σκοπό και το στόχο της έρευνας, για την τήρηση της ανωνυμίας, της ελεύθερης συμμετοχής και αποχώρηση τους αν το επιθυμούσαν, τη διαφύλαξη και προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων της έρευνας καθώς και για το γεγονός ότι θα κοινοποιηθούν στο φορέα τα αποτελέσματα με την ολοκλήρωση της έρευνας. Τα ανωτέρω βήματα ακολουθήθηκαν προκειμένου να τηρηθούν οι κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας (<https://research-ethics-committee.uniwa.gr>).

1.11 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση, η ερμηνεία των δεδομένων, καθώς και η εξαγωγή αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων SPSS v.25 και περιλαμβάνει δύο ενότητες.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και γενικών στοιχείων του δείγματος, καθώς και την διερεύνηση των απαντήσεων σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής. Η δεύτερη

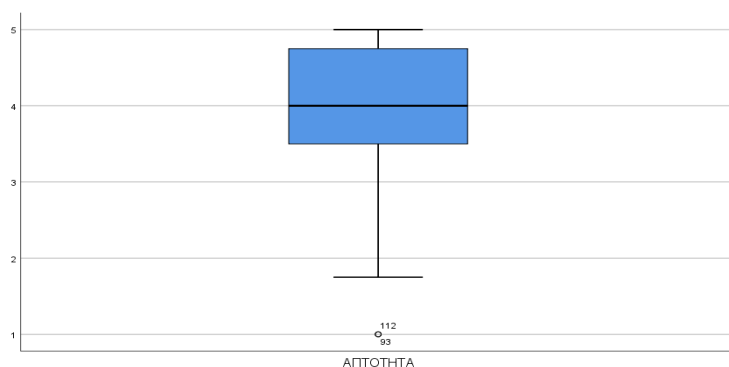
ενότητα περιλαμβάνει τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων μέσω της επαγωγικής στατιστικής και της θεωρίας του ελέγχου υποθέσεων.

Ο έλεγχος κανονικότητας των κατανομών των πέντε διαστάσεων της ποιότητας έγινε με τη χρήση του Kolmogorov-Smirnovtest. Βρέθηκε ότι οι κατατομές τους παρουσιάζουν απόκλιση από την κανονικότητα (Πίνακας 7) και έντονη ασυμμετρία με ακραίες τιμές (Θηκογράμματα 1,2,3,4,5) και για τον λόγο αυτόν όλα τα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν ήταν μη παραμετρικά.

Συγκεκριμένα, για τον έλεγχο ύπαρξης σημαντικής διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της ποιότητας: α) από μία τιμή χρησιμοποιήθηκε το One-sampleWilcoxonSignedRankTest, β) σε δύο ανεξάρτητες ομάδεςχρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney-U, γ) σε περισσότερες από δύο ομάδες, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος KruskalWallis-H. Τέλος, για τη διερεύνηση ύπαρξης γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα σε ποσοτικές μεταβλητέςχρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

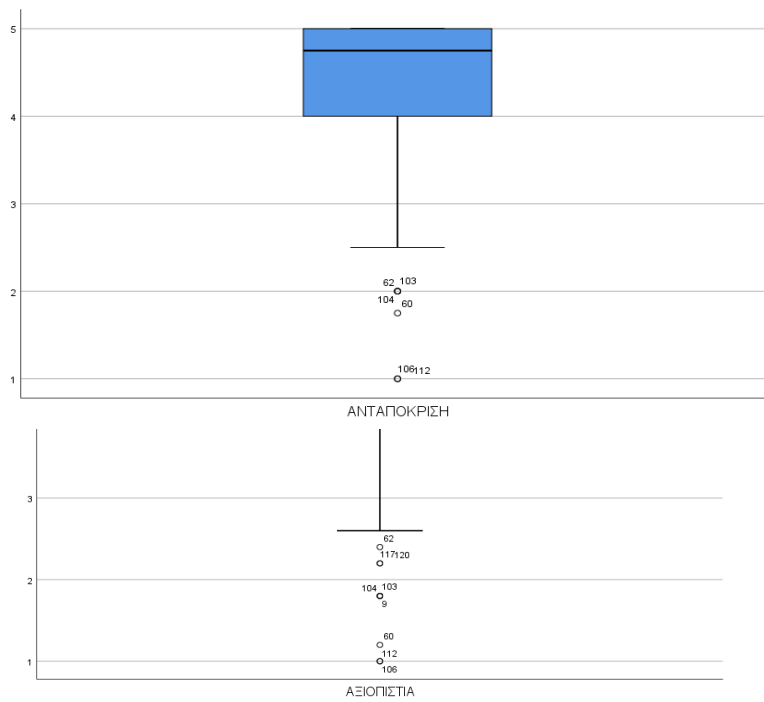
Kolmogorov-Smirnov			
	Statistic	Df	Sig.
ΑΠΤΟΤΗΤΑ	0,117	127	<0,001
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	0,236	127	<0,001
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	0,223	127	<0,001
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	0,224	127	<0,001
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	0,181	127	<0,001

Πίνακας 7. Έλεγχος κανονικότητας των πέντε διαστάσεων

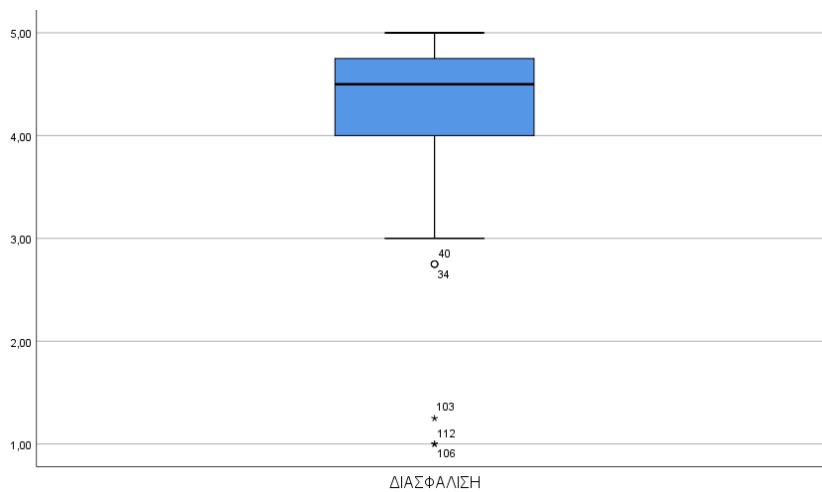


Διάγραμμα 1. Θηκόγραμμα διάστασης Απτότητας

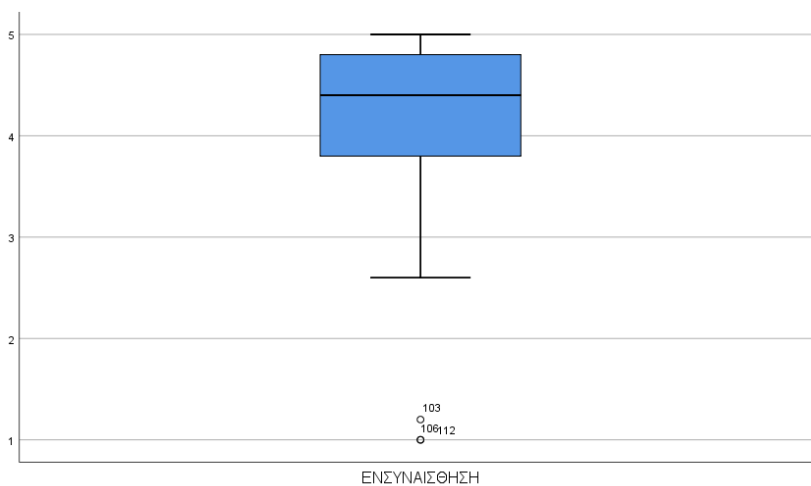
Διάγραμμα 2. Θηκόγραμμα διάστασης Αξιοπιστίας



Διάγραμμα 3. Θηκόγραμμα διάστασης Ανταπόκρισης



Διάγραμμα 4.Θηκόγραμμα διάστασης Διασφάλισης



Διάγραμμα 5.Θηκόγραμμα διάστασης Ενσυναίσθησης

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha. Από τον Πίνακα 8 φαίνεται ότι η τιμή του συντελεστή και για τις πέντε διαστάσεις είναι ικανοποιητική καθώς οι τιμές του συντελεστή για κάθε διάσταση ξεπερνούν το 0,7 που θεωρείται αποδεκτή τιμή (Cortina, 1993). Συγκεκριμένα η τιμή του συντελεστή α Cronbach για την διάσταση της *Απτότητας* είναι 0,793, για την διάσταση της *Αξιοπιστίας* είναι 0,932, για την διάσταση της *Ανταπόκρισης* είναι 0,891, για την διάσταση της *Διασφάλισης* είναι 0,814 και τέλος η τιμή του συντελεστή για την διάσταση της *Ενσυναίσθησης* είναι 0,874.

	Συντελεστής α Cronbach
ΑΠΤΟΤΗΤΑ	0,793
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	0,932
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	0,891
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	0,814
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	0,874

Πίνακας 8. Έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου για τις πέντε διαστάσεις.

Τέλος, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

«ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ»

ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

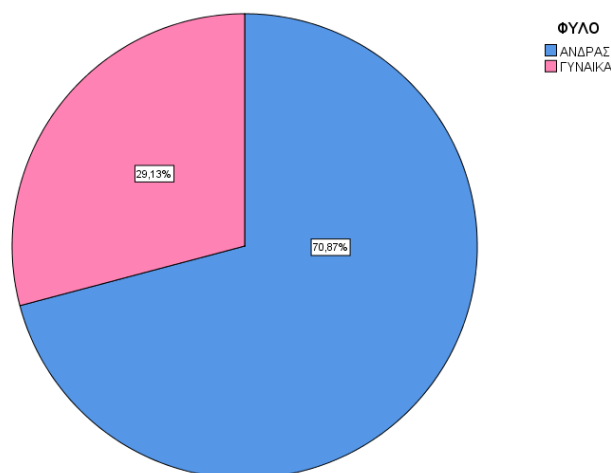
2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστεί το προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ενότητα “Δημογραφικά Στοιχεία” του ερωτηματολογίου η οποία περιλαμβάνει πληροφορίες αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση.

Το συνολικό δείγμα των συμμετεχόντων που ζουν στην συγκεκριμένη δομή ανέρχεται σε 127 άτομα οποία όπως αναφέρθηκε επελέγησαν με τη χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling).

Από αυτά όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 1, η πλειοψηφία είναι άνδρες σε ποσοστό 70,9% σε αντίθεση με το 29,1% που είναι γυναίκες.

Διάγραμμα 1: Φύλο

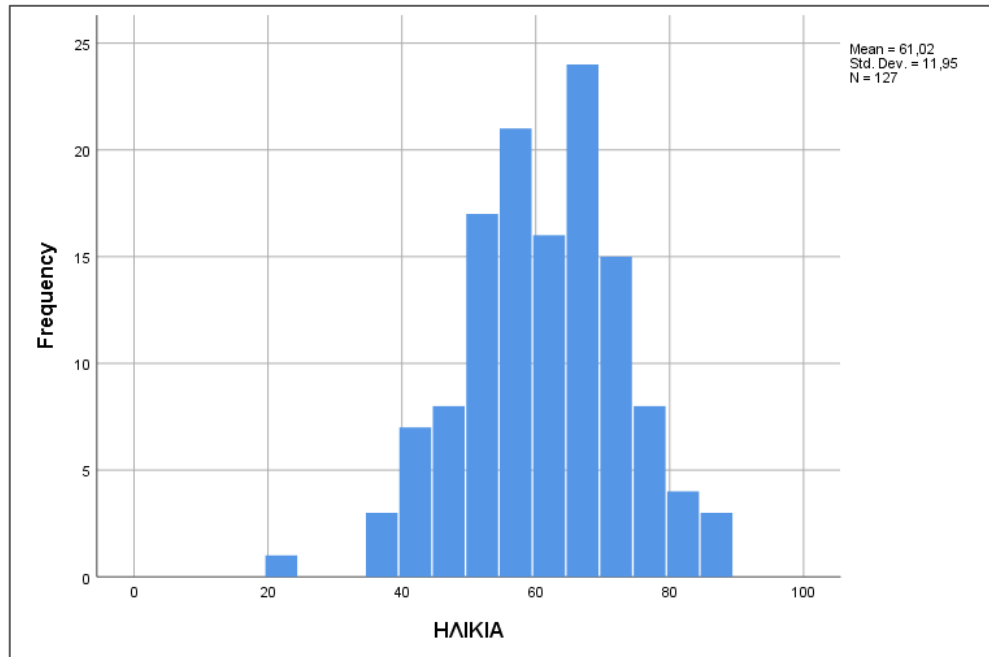


Διάγραμμα 6. Κυκλικό γράφημα του Φύλου

DescriptiveStatistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ	127	22	86	61,02	11,950
Valid N (listwise)	127				

Πίνακας 9. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την Ηλικία



Διάγραμμα 7. Ιστόγραμμα της Ηλικίας

Όπως διακρίνεται στον Πίνακα 9, η μέση ηλικία των φιλοξενούμενων ανέρχεται στα $61,02 \pm 11,95$ έτη με μικρότερη ηλικία τα 22 έτη και μεγαλύτερη τα 86 έτη.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
		Frequency	Percent
Valid	ΑΓΑΜΟΣ	52	40,9
	ΕΓΓΑΜΟΣ	10	7,9
	ΑΛΛΟ	65	51,2
	Total	127	100,0

Πίνακας 10. Πίνακας συχνοτήτων για την Οικογενειακή Κατάσταση

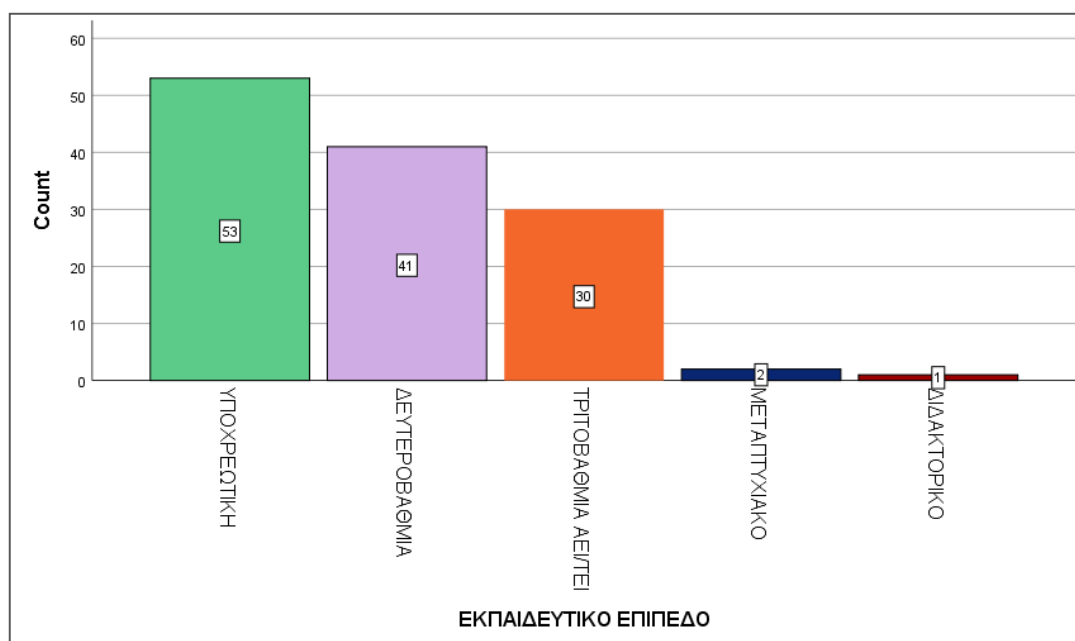
Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα, στον Πίνακα 10 φαίνεται ότι το 40,9% των ερωτηθέντων δηλώνουν άγαμοι και μόλις το 7,9% είναι έγγαμοι. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 51,2% δηλώνει πως δεν ανήκει στις παραπάνω κατηγορίες.

ΠΑΙΔΙΑ

		Frequency	Percent
Valid	OXI	62	48,8
	NAI	65	51,2
	Total	127	100,0

Πίνακας 11. Πίνακας συχνοτήτων για την ύπαρξη παιδιών

Από τον Πίνακα 11 μπορεί κανείς να δει ότι 65 από τους 127 συμμετέχοντες στην έρευνα (51,2%) απάντησαν ότι έχουν παιδιά ενώ οι υπόλοιποι 62 (48,8%) απάντησαν ότι δεν έχουν.



Διάγραμμα 8. Ραβδόγραμμα για το εκπαιδευτικό επίπεδο

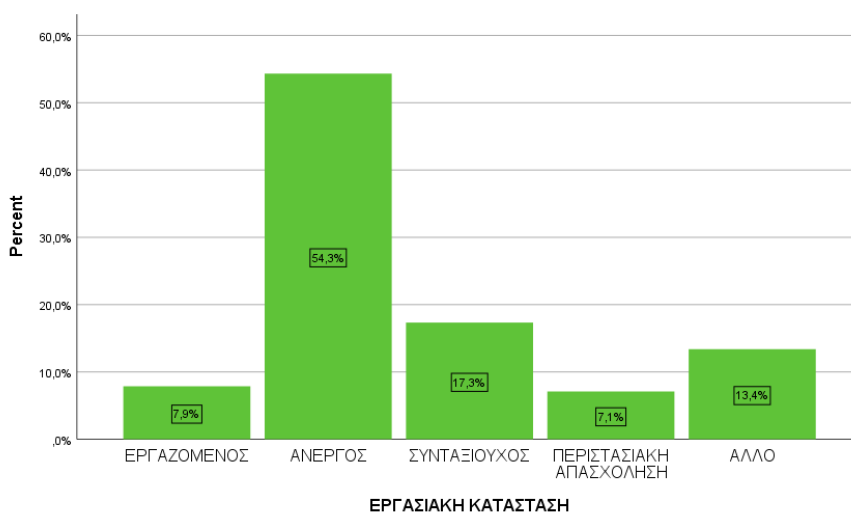
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ	53	41,7	41,7	41,7
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	41	32,3	32,3	74,0
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΕΙ/ΤΕΙ	30	23,6	23,6	97,6
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	2	1,6	1,6	99,2
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	,8	,8	100,0
Total		127	100,0	100,0	

Πίνακας 12. Πίνακας συχνοτήτων για το εκπαιδευτικό επίπεδο

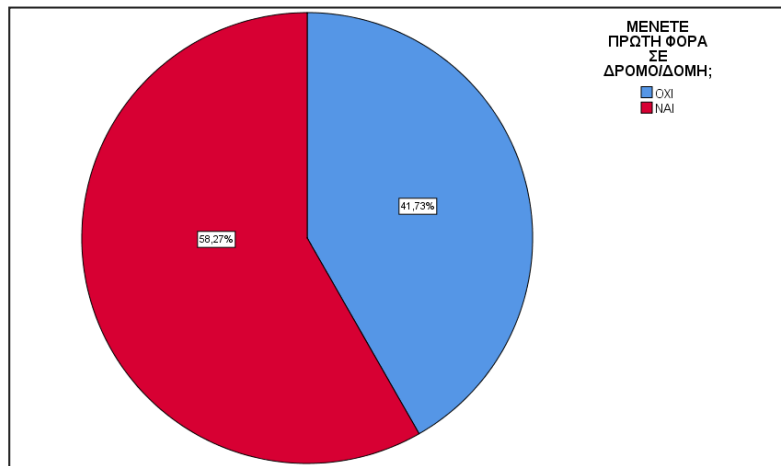
Από το Διάγραμμα 8 και τον Πίνακα 12, διακρίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ) σε ποσοστό 41,7% και ακολουθούν οι φιλοξενούμενοι που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) σε ποσοστό 32,3%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 23,6% των φιλοξενούμενων είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ). Εντυπωσιακό είναι επίσης το γεγονός πως έχουν καταγραφεί τρία άτομα εκ των οποίων τα δυο διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το ένα διδακτορικό.

Διάγραμμα 9.Ραβδόγραμμα της εργασιακής κατάστασης



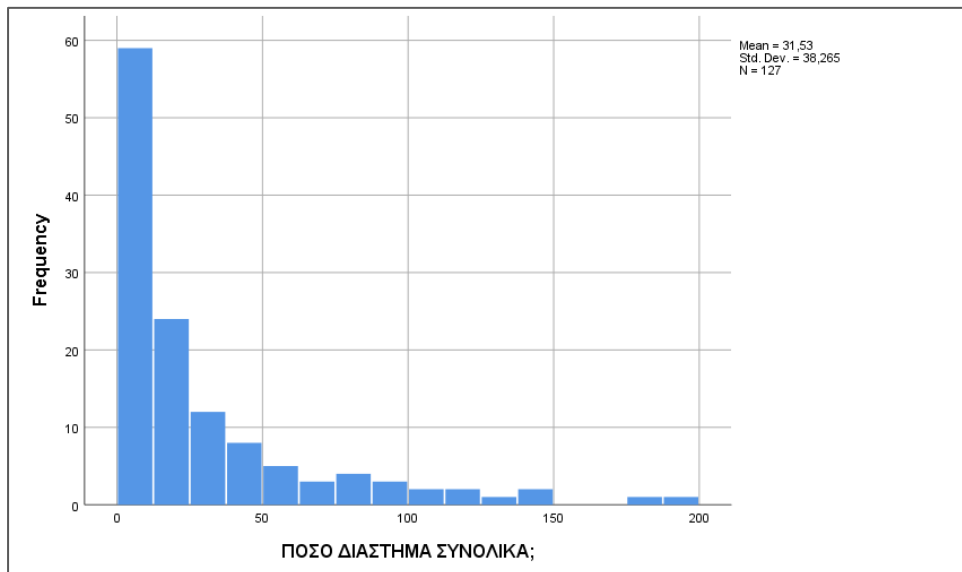
Από το Διάγραμμα 9, διακρίνεται ότι η πλειοψηφία των φιλοξενούμενων της δομής δηλώνουν άνεργοι σε ποσοστό 54,3%, ακολουθούν εκείνοι που δηλώνουν συνταξιούχοι σε ποσοστό 17,3%, ενώ μόλις 7,9% δηλώνει εργαζόμενος και το 7,1% δηλώνει περιστασιακά εργαζόμενος και το 13,4 άλλο.

2.2 ΈΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ



Διάγραμμα 10. Κυκλικό γράφημα διαστήματος διαμονής σε δρόμο/δομή

Από το Διάγραμμα 10 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι η πρώτη φορά που μένει σε κάποια δομή φιλοξενίας αστέγων σε ποσοστό 58,3% σε αντίθεση με το 41,7% που δηλώνει ότι έχει διαμείνει και στο παρελθόν σε αντίστοιχες δομές.

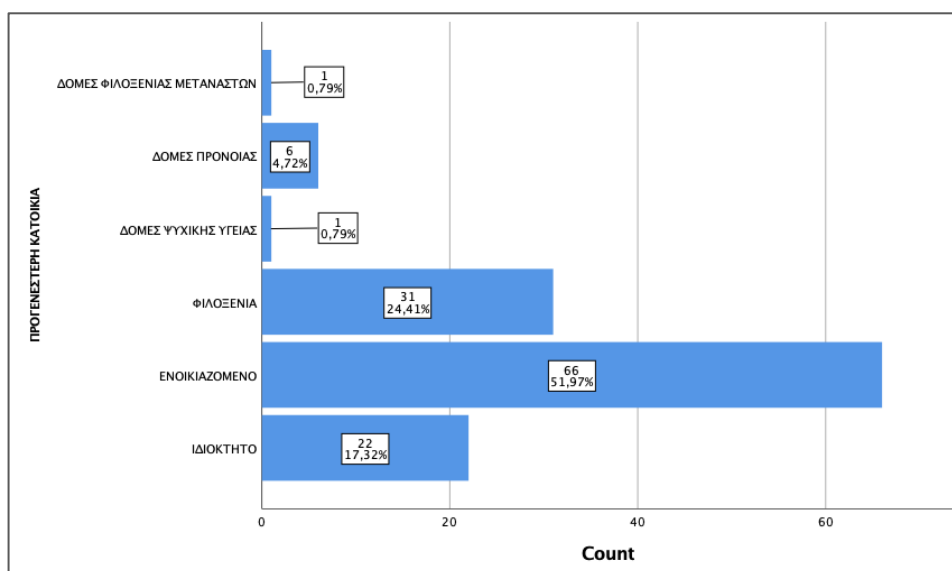


Διάγραμμα 11. Ιστόγραμμα για τη διάρκεια διαμονής στο δρόμο/δομή

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΟΣΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΣΥΝΟΛΙΚΑ;	127	1	192	31,53	38,265

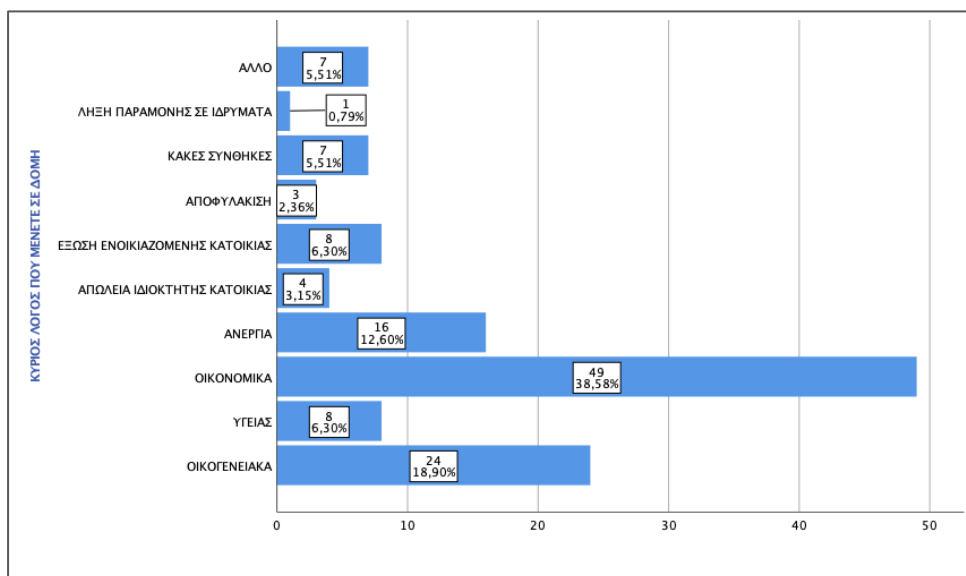
Πίνακας 13. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τη διάρκεια διαμονής στο δρόμο/δομή

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13 ο μέσος όρος διαμονής των φιλοξενούμενων σε δομές φιλοξενίας ανέρχεται στους $31,5 \pm 38,265$ μήνες. Δηλαδή κατά μέσο ένασ ωφελούμενος έχει διαμείνει στο δρόμο ή σε κάποια δομή φιλοξενίας περίπου 2,5 χρόνια.



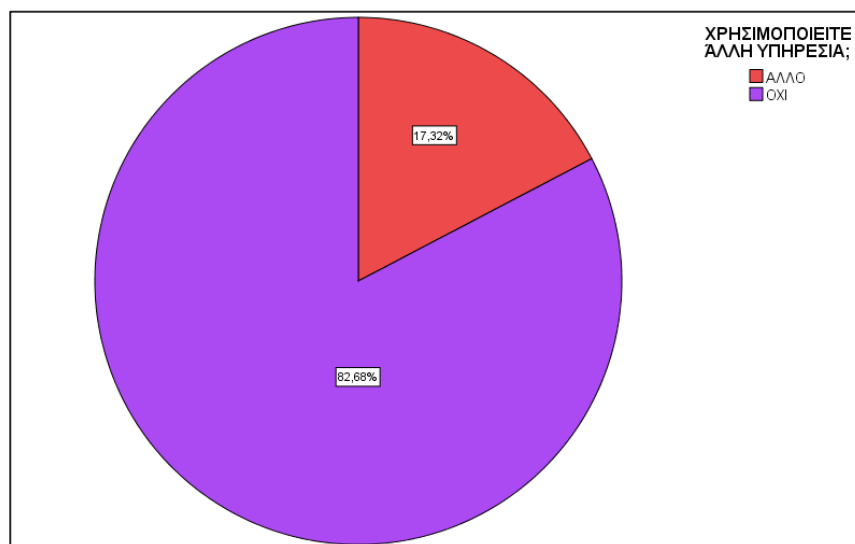
Διάγραμμα 12. Ραβδόγραμμα προγενέστερης κατοικίας

Από το Διάγραμμα 12 διακρίνεται ότι πάνω από τους μισούς ωφελούμενους (ποσοστό 52%) πριν την διαμονή τους σε δομές φιλοξενίας διέμεναν σε ενοικιαζόμενη κατοικία. Επίσης το 17,3% είχαν ιδιόκτητο οίκημα και το 24,4% φιλοξενούνταν. Το υπόλοιπο 6,3% διέμενε σε διάφορες δομές (ψυχικής υγείας, πρόνοιας, μεταναστών).



Διάγραμμα 13. Ραβδόγραμμα αιτιολογικών παραγόντων φιλοξενίας σε δομή

Οι τρεις πιο βασικοί λόγοι που οδήγησαν τους ερωτηθέντες να διαμείνουν σε δομές φιλοξενίας όπως προκύπτει στο Διάγραμμα 13 είναι πρώτον οι οικονομικοί (49 άτομα) σε ποσοστό 38,6%, δεύτερον οι οικογενειακοί (24 άτομα) σε ποσοστό 18,9% και τρίτον η ανεργία (16 άτομα) σε ποσοστό 12,6%.

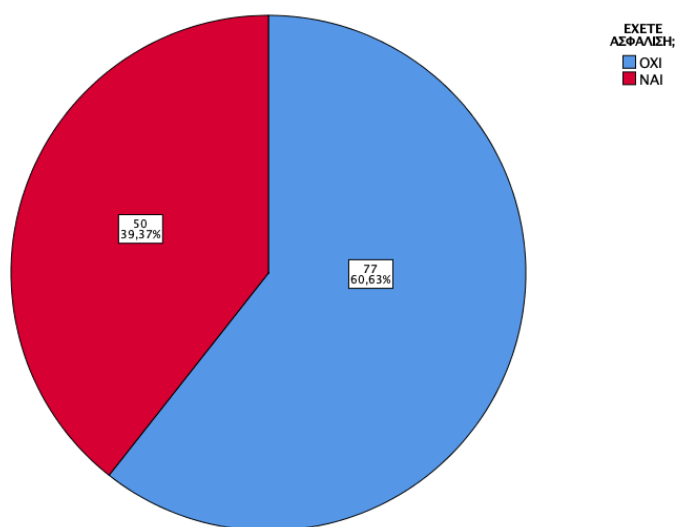


Διάγραμμα 14. Κυκλικό γράφημα χρήσης υπηρεσιών εκτός δομής

Αναφορικά με το αν οι ωφελούμενη της δομής κάνουν χρήση και άλλων υπηρεσιών, η συντριπτική πλειοψηφία σε ποσοστό 82,7% δηλώνει πως δεν κάνει χρήση άλλων

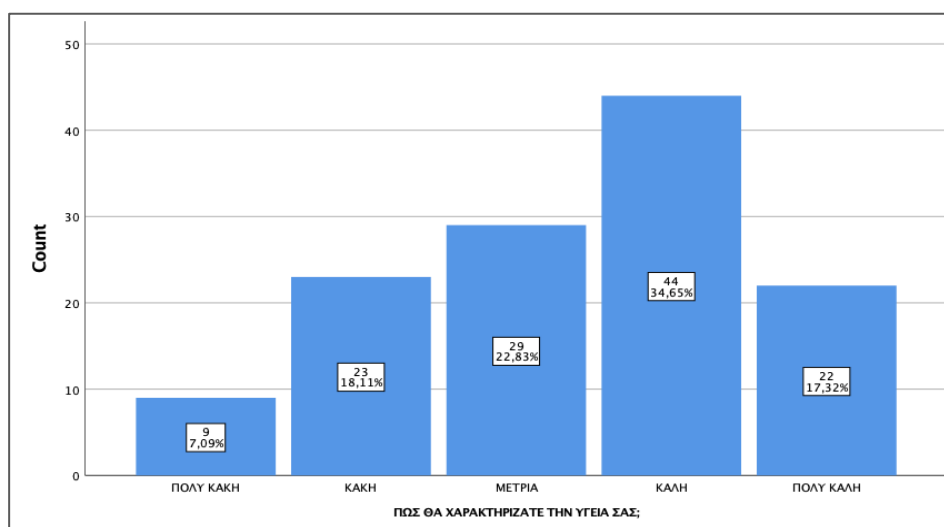
υπηρεσιών εκτός από αυτές που παρέχονται στη δομή, ενώ υπάρχει και ένα 17,3% που δηλώνει πως κάνει χρήση άλλων υπηρεσιών (διάγραμμα 14).

2.3 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ



Διάγραμμα 15. Κοκλικό γράφημα κοινωνικής ασφάλισης

Σχετικά με την ύπαρξη ή όχι ασφάλισης, από το Διάγραμμα 15 διακρίνεται ότι η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων δεν διαθέτει κοινωνική ασφάλιση σε ποσοστό 60,6% σε αντίθεση με το 39,4% που δηλώνει ότι διαθέτει.



Διάγραμμα 16. Ραβδόγραμμα της μεταβλητής «πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας»

Παραπάνω διακρίνεται ότι 66 φιλοξενούμενοι σε ποσοστό 51,97% δηλώνουν ότι η κατάσταση της υγείας τους χαρακτηρίζεται από καλή ως πολύ καλή σε αντίθεση με το υπόλοιπο 48,03% που χαρακτηρίζει την υγεία του από μέτρια ως πολύ κακή.

ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	OXI	93	73,2	73,2	73,2
	ΝΑΙ	34	26,8	26,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

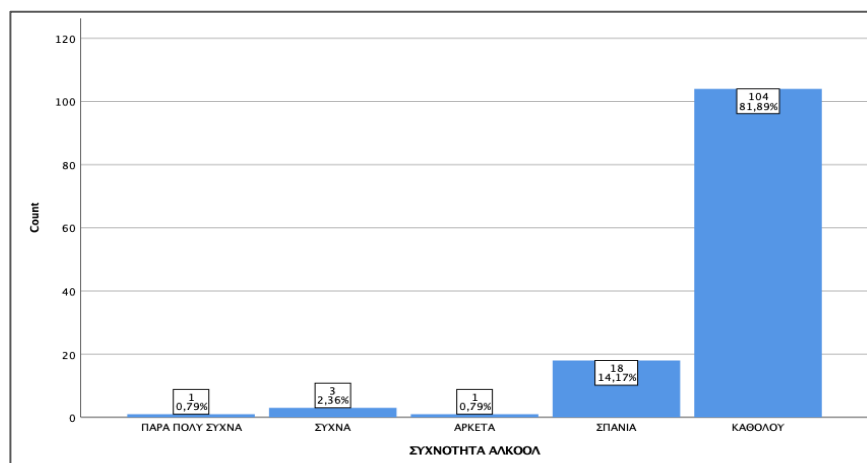
Πίνακας 14. Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «έχετε αναπηρία;»

ΕΧΕΤΕ ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

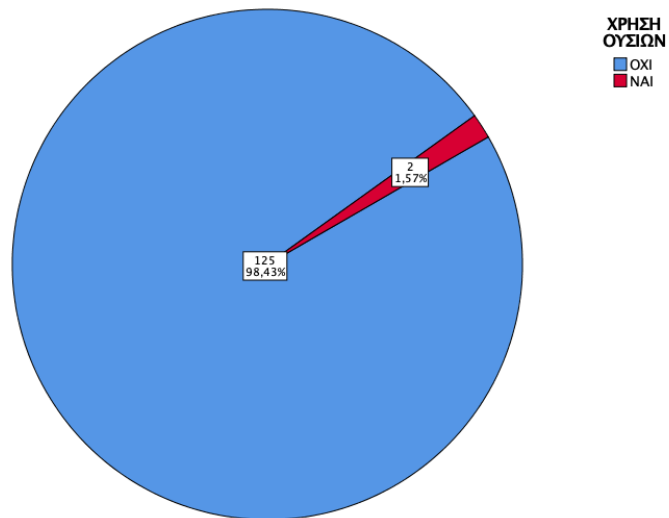
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	OXI	66	52,0	52,0	52,0
	ΝΑΙ	61	48,0	48,0	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Πίνακας 15. Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής «έχετε χρόνια πρόβλημα υγείας;»

Από τους παραπάνω Πίνακες 14 και 15 μπορεί κανείς να δει ότι το 73,2% (93 συμμετέχοντες) δηλώνει πως δεν πάσχει από κάποιου είδους αναπηρία σε αντίθεση με το 26,8% (34 άτομα) που δηλώνει ότι πάσχει. Επιπλέον το 52% (66 άτομα) δηλώνει ότι δεν πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια ενώ το 48% (61 άτομα) ότι πάσχει.



Διάγραμμα 17. Ραβδόγραμμα κατανάλωσης αλκοόλ



Διάγραμμα 18. Κυκλικό γράφημα χρήσης ουσιών

Τέλος από τα Διαγράμματα 17 και 18 φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων δεν κάνει χρήση ουσιών ούτε καταναλώνει αλκοόλ. Συγκεκριμένα το 81,9% δηλώνει ότι δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ, ενώ το 98,4% ότι δεν κάνει χρήση

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

2.2.1 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ

Σκοπός της συγκεκριμένης ενότητας είναι να διερευνηθεί και να παρουσιαστεί το επίπεδο των πέντε διαστάσεων ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

	ΑΠΟΤΟΤΗΤΑ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ
Mean	4,0354	4,3307	4,3071	4,3130	4,1323
Median	4,0000	4,6000	4,7500	4,5000	4,4000
Mode	4,00	5,00	5,00	5,00	4,40
Std. Deviation	0,79602	0,92903	0,90807	0,78235	0,80955
Skewness	-1,132	-1,853	-1,676	-1,993	-1,537
Kurtosis	2,281	3,183	2,464	5,210	3,157
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Πίνακας 16. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις διαστάσεις ποιότητας

Από τον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι:

- η μέση τιμή διάστασης της **Απτότητας** είναι $4,035 \pm 0,796$ με διάμεσο το 4,00 και επικρατούσα τιμή επίσης το 4,00. Επιπλέον, παρουσιάζει σχετικά μεγάλη αρνητική ασυμμετρία (-1,32)
- η μέση τιμή της διάστασης της **Αξιοπιστίας** είναι $4,33 \pm 0,929$ με διάμεσο το 4,60 και επικρατούσα τιμή το 5,00. Η ασυμμετρία της κατανομής της αξιοπιστίας είναι επίσης σχετικά μεγάλη και αρνητική (-1,853)
- η μέση τιμή της διάστασης της **Ανταπόκρισης** είναι $4,30 \pm 0,908$, με διάμεσο τιμή το 4,75 και επικρατούσα τιμή το 5,00. Η ασυμμετρία της κατανομής της, όπως και στις δύο προηγούμενες διαστάσεις, παρουσιάζει σχετικά μεγάλη αρνητική τιμή (-1,676)

- η μέση τιμή της διάστασης της *Διασφάλισης* είναι $4,3 \pm 0,789$ με διάμεσο τιμή το 4,50 και επικρατούσα τιμή το 5,00 εμφανίζοντας και αυτή σχετικά μεγάλη αρνητική ασυμμετρία (-1,993) και τέλος
- η μέση τιμή της διάστασης της *Ενσυναίσθησης* είναι $4,13 \pm 0,809$ με διάμεσο τιμή το 4,40 και επικρατούσα τιμή το 4,40. Επίσης και η κατανομή της διάστασης της *Ενσυναίσθησης* παρουσιάζει σχετικά μεγάλη αρνητική ασυμμετρία(-1,537).

2.2.2 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	17	13,4	13,4	13,4
	ΛΙΓΟ	32	25,2	25,2	38,6
	ΑΡΚΕΤΑ	33	26,0	26,0	64,6
	ΠΟΛΥ	26	20,5	20,5	85,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	15,0	15,0	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Πίνακας 17. «Σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».

Στη μεταβλητή που αφορά στο βαθμό που το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής η πλειοψηφία των απαντήσεων συσσωρεύεται στο *Λίγο* 25,2% και στο *Αρκετά* 26% , ενώ το 13,4% έχει απαντήσει *Καθόλου*. Το 35,5% δηλώνει πως το προσωπικό διευκολύνει *Πολύ έως Πάρα πολύ* την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής.

**ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	2	1,6	1,6	1,6
	ΚΑΚΗ	3	2,4	2,4	3,9
	ΜΕΤΡΙΑ	27	21,3	21,3	25,2
	ΚΑΛΗ	51	40,2	40,2	65,4
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	44	34,6	34,6	100,0
	Total		127	100,0	100,0

Πίνακας 18. Πως θα αξιολογούσατε συνολικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Η αξιολόγηση συνολικά της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν πολύ υψηλή καθώς η συντριπτική πλειοψηφία 74,8% την αξιολόγησε από *Καλή* έως *Πολύ καλή*, με μόνο το 4% να την χαρακτηρίζει από *Πολύ κακή* έως *Κακή* ενώ ουδέτερη θέση είχε το 21,3% αξιολογώντας τη *Μέτρια*.

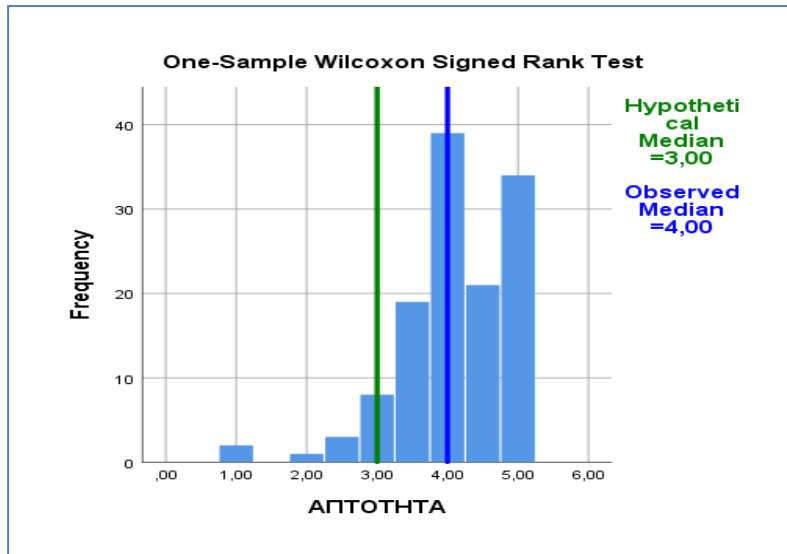
2.2.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ

Προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της διαμέσου της *Απτότητας* από την τιμή 3 που είναι η ουδέτερη/κεντρική τιμή, εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό One-sample Wilcoxon Signed Rank test καθώς οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή One-sample t-test δεν ισχύουν. Από τον πίνακα 17 και το διάγραμμα 19, φαίνεται πως το τεστ είναι στατιστικά σημαντικό (Wilcoxon=7.141,00, $p < 0,001$). Αποτέλεσμα που δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πληθυσμιακή διάμεσο της *Απτότητας* από την τιμή 3 που είναι η κεντρική/ουδέτερη τιμή και συγκεκριμένα η διάμεσος είναι μεγαλύτερη από αυτήν (διάγραμμα 19).

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

Total N	127
TestStatistic	7141,000
Standard Error	390,187
StandardizedTestStatistic	8,687
AsymptoticSig.(2-sided test)	<0,001

Πίνακας 19. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Απτότητα



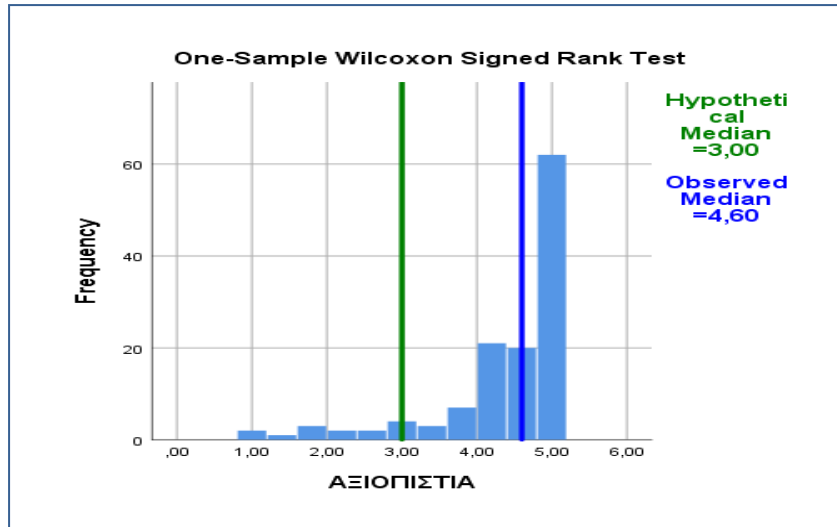
Διάγραμμα 19. Αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank-Test για την Απότητα

Προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της διαμέσου της Αξιοπιστίας από την τιμή 3 που είναι η ουδέτερη /κεντρική τιμή, εφαρμόστηκε το One-Sample-Wilcoxon-Signed-Rank-Test. Από τον πίνακα 18 και το διάγραμμα 20, φαίνεται πως το τεστ είναι στατιστικά σημαντικό (Wilcoxon=7.348,50, $p < 0,001$). Αποτέλεσμα που δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πληθυσμιακή διάμεσο της Αξιοπιστίας από την τιμή 3 που είναι η κεντρική τιμή και συγκεκριμένα η διάμεσος είναι μεγαλύτερη από αυτήν (διάγραμμα ...).

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

Total N	127
TestStatistic	7348,500
Standard Error	396,694
StandardizedTestStatistic	8,756
AsymptoticSig.(2-sided test)	<0,001

Πίνακας 20. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Αξιοπιστία



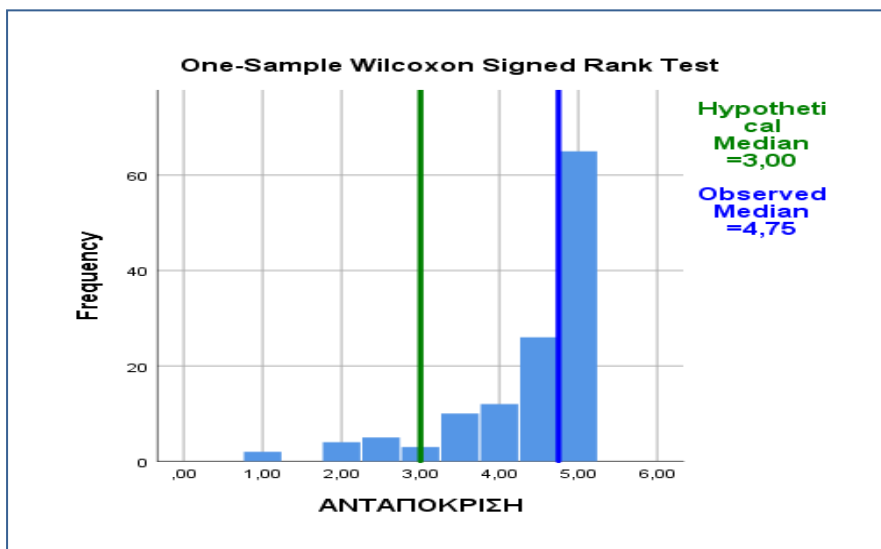
Διάγραμμα 20. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Αξιοπιστία

Προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της πληθυσμιακής διαμέσου της *Ανταπόκρισης* από την τιμή 3 που είναι η ουδέτερη/κεντρική τιμή, εφαρμόστηκε το One-Sample-Wilcoxon-Signed-Rank-Test. Από τον πίνακα 19 και το διάγραμμα 21, φαίνεται πως το τεστ είναι στατιστικά σημαντικό (Wilcoxon=7.498,50, $p < 0,001$). Αποτέλεσμα που δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πληθυσμιακή διάμεσο της *Ανταπόκρισης* από την τιμή 3 που είναι η κεντρική τιμή και συγκεκριμένα η διάμεσος είναι μεγαλύτερη από αυτήν (διάγραμμα 21)

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

Total N	127
TestStatistic	7498,500
Standard Error	402,460
StandardizedTestStatistic	8,848
AsymptoticSig.(2-sided test)	<0,001

Πίνακας 21. Αποτελέσματα One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Ανταπόκριση



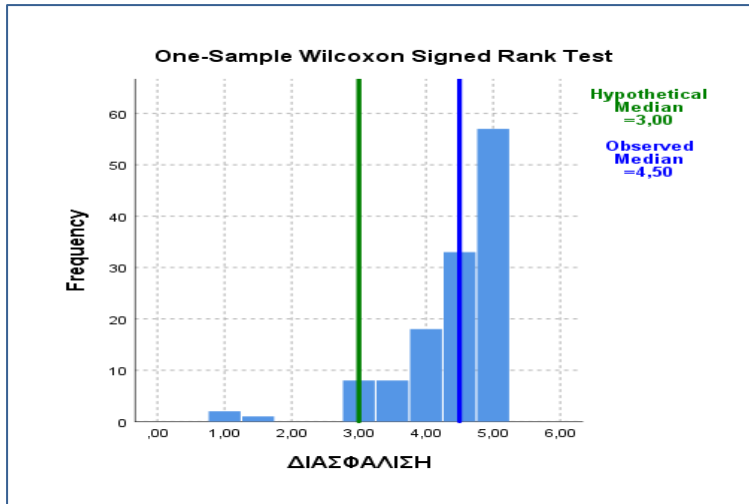
Διάγραμμα 21. Αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Ανταπόκριση

Προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της πληθυσμιακής διαμέσου της Διασφάλισης από την τιμή 3 που είναι η ουδέτερη/κεντρική τιμή, εφαρμόστηκε το One-Sample-Wilcoxon-Signed-Rank-Test. Από τον πίνακα 20 και το διάγραμμα 22, φαίνεται πως το τεστ είναι στατιστικά σημαντικό (Wilcoxon=7.089,50, $p < 0,001$). Αποτέλεσμα που δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πληθυσμιακή διάμεσο της Διασφάλισης από την τιμή 3 που είναι η κεντρική τιμή και συγκεκριμένα η διάμεσος είναι μεγαλύτερη από αυτήν (διάγραμμα 22).

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

Total N	127
TestStatistic	7089,500
Standard Error	384,724
StandardizedTestStatistic	8,835
AsymptoticSig.(2-sided test)	<0,001

Πίνακας 22. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Διασφάλιση



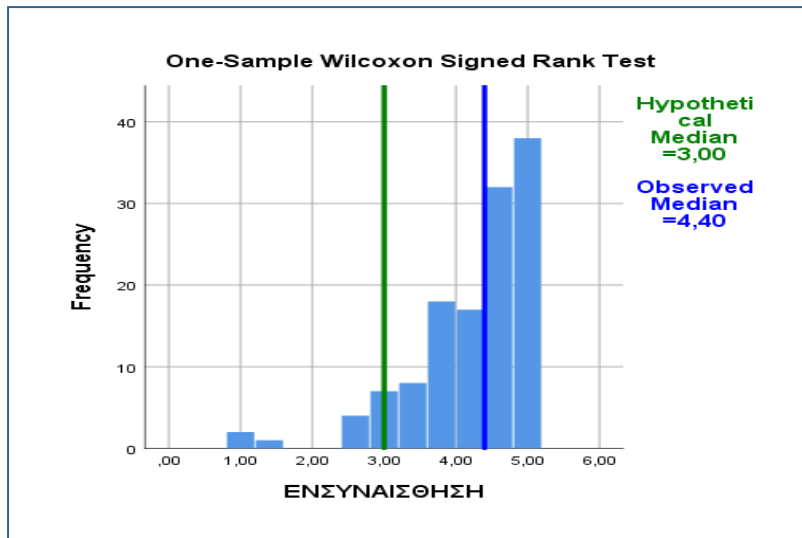
Διάγραμμα 22. Αποτελέσματα του One-Sample Wilcoxon Signed Rank-Test για την Διασφάλιση

Προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της διαμέσου της *Ενσυναίσθησης* από την τιμή 3 που είναι η ουδέτερη /κεντρική τιμή, εφαρμόστηκε το One-Sample-Wilcoxon-Signed-Rank-Test. Από τον πίνακα 21 και το διάγραμμα 23, φαίνεται πως το τεστ είναι στατιστικά σημαντικό (Wilcoxon=7.018,00, $p < 0,001$). Αποτέλεσμα που δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην πληθυσμιακή διάμεσο της *Ενσυναίσθησης* από την τιμή 3 που είναι η κεντρική τιμή και συγκεκριμένα η διάμεσος είναι μεγαλύτερη από αυτήν (Διάγραμμα 23).

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

Total N	127
TestStatistic	7018,000
Standard Error	385,689
StandardizedTestStatistic	8,627
AsymptoticSig.(2-sided test)	<0,001

Πίνακας 23. Αποτελέσματα One-sample Wilcoxon Signed Rank Test για την Ενσυναίσθηση



Διάγραμμα 23.Αποτελέσματα του *One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test* για την Ενσυναίσθηση

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

2.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ

Στο κεφάλαιο αυτό σκοπός είναι να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες του Φύλου όσον αφορά τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (1. Απτότητα, 2. Αξιοπιστία, 3. Ανταπόκριση, 4. Διασφάλιση και 5. Ενσυναίσθηση) όπως αυτές αξιολογήθηκαν από τους φιλοξενούμενους του Πολυδύναμου Κέντρου Αστεγών. Για τη διερεύνηση της επίδρασης του Φύλου στις πέντε διαστάσεις εφαρμόστηκε το MannWhitney-Utest.

2.3.1 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΠΤΟΤΗΤΑΣ

TestStatistics^a

	Απτοτητα
Mann-Whitney U	1601,500
Wilcoxon W	2304,500
Z	-0,340
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,734

a. GroupingVariable: ΦΥΛΟ

Πίνακας 24. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Απτότητας ως προς το Φύλο

		Ranks		
	ΦΥΛΟ	N	MeanRank	Sum of Ranks
Απτοτητα	ΑΝΔΡΑΣ	90	64,71	5823,50
	ΓΥΝΑΙΚΑ	37	62,28	2304,50
	Total	127		

Πίνακας 25. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Απτότητας ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις

Το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney-U, χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της απτότητας στις κατηγορίες του Φύλου. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό($U=1601,50$, $p=0,734$).

2.3.2 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

TestStatistics^a

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	
Mann-Whitney U	1515,500
Wilcoxon W	5610,500
Z	-0,823
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,410

a. GroupingVariable: ΦΥΛΟ

Πίνακας 26. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Αξιοπιστίας ως προς το Φύλο

Ranks				
	ΦΥΛΟ	N	MeanRank	Sum of Ranks
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	ΑΝΔΡΑΣ	90	62,34	5610,50
	ΓΥΝΑΙΚΑ	37	68,04	2517,50
	Total	127		

Πίνακας 27. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Αξιοπιστίας ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις

Το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney-U, χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της Αξιοπιστίας στις κατηγορίες του Φύλου. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό($U=1515,50$, $p=0,410$).

2.3.3 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

TestStatistics^a

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	
Mann-Whitney U	1644,000
Wilcoxon W	5739,000
Z	-,115
Asymp. Sig. (2-tailed)	,909

a. GroupingVariable: ΦΥΛΟ

Πίνακας 28. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Ανταπόκρισης ως προς το Φύλο

Ranks				
	ΦΥΛΟ	N	MeanRank	Sum of Ranks
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	ΑΝΔΡΑΣ	90	63,77	5739,00
	ΓΥΝΑΙΚΑ	37	64,57	2389,00
	Total	127		

Πίνακας 29. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Ανταπόκρισης ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις

Το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney-U, χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της απτότητας στις κατηγορίες του Φύλου. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($U=1644,00$, $p=0,909$).

2.3.4 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

TestStatistics^a

ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	
Mann-Whitney U	1532,000
Wilcoxon W	5627,000
Z	-,0717
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,474

a. GroupingVariable: ΦΥΛΟ

Πίνακας 30. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Διασφάλισης ως προς το Φύλο

		Ranks		
	ΦΥΛΟ	N	MeanRank	Sum of Ranks
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΑΝΔΡΑΣ	90	62,52	5627,00
	ΓΥΝΑΙΚΑ	37	67,59	2501,00
	Total	127		

Πίνακας 31. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Διασφάλισης ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις

Το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney-U, χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της Διασφάλισης στις κατηγορίες του Φύλου. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($U=1532,00$, $p=0,474$).

2.3.5 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

TestStatistics^a

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	
Mann-Whitney U	1441,500
Wilcoxon W	5536,500
Z	-1,195
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,232

a. GroupingVariable: ΦΥΛΟ

Πίνακας 32. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Ενσυναίσθησης ως προς το Φύλο

		Ranks		
	ΦΥΛΟ	N	MeanRank	Sum of Ranks
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	ΑΝΔΡΑΣ	90	61,52	5536,50
	ΓΥΝΑΙΚΑ	37	70,04	2591,50
	Total	127		

Πίνακας 33. Αποτελέσματα του MannWhitney-Utest για τη διάσταση της Ενσυναίσθησης ως προς το Φύλο – Μέσες θέσεις

Το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney-U, χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της

Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες του Φύλου. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό($U=1441,50$, $p<0,232$).

Έχοντας διερευνήσει και τις πέντε διαστάσεις ως προς το Φύλο, παρατηρείται πως για όλες τις διαστάσεις πλην της Απτότητας, οι μέσες θέσεις των γυναικών είναι μεγαλύτερες από τις μέσες θέσεις των ανδρών χωρίς ωστόσο αυτό να βρέθηκε στατιστικά σημαντικό.

ΕΝΟΤΗΤΑ 4

2.4 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό σκοπός είναι να διερευνηθεί η επίδραση της *Ηλικίας* στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (1. Απτότητα, 2. Αξιοπιστία, 3. Ανταπόκριση, 4. Διασφάλιση και 5. Ενσυναίσθηση) αναφορικά με τις απόψεις των φιλοξενούμενων του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέγων.

2.4.1 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Correlations			ΗΛΙΚΙΑ	ΑΠΤΟΤΗΤΑ
Spearman'srho	ΗΛΙΚΙΑ	CorrelationCoefficient	1,000	0,116
		Sig. (2-tailed)	.	0,194
		N	127	127

Πίνακας 34. Spearman'srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Απτότητας

Το μη παραμετρικό τεστ του Spearman εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και την διάσταση της Απτότητας. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($r_s=0,116$, $p=0,194$) εύρημα που δείχνει ότι ανάμεσα στις δυο μεταβλητές δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση.

2.4.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Correlations

		ΗΛΙΚΙΑ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
Spearman'srho	ΗΛΙΚΙΑ	CorrelationCoefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
N		127	127

Πίνακας 35. Spearman'srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Αξιοπιστίας

Το μη παραμετρικό τεστ του Spearman's εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και την διάσταση της Αξιοπιστίας. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό($r_s=0,146$, $p=0,101$) εύρημα που δείχνει ότι ανάμεσα στις δυο μεταβλητές δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση.

2.4.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Correlations

		ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ
Spearman'srho	ΗΛΙΚΙΑ	CorrelationCoefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
N		127	127

Πίνακας 36. Spearman'srankcorrelationcoefficienttest για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Ανταπόκρισης

Το μη παραμετρικό τεστ του Spearman's εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και την διάσταση της Ανταπόκρισης. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό($r_s=0,153$, $p=0,085$) εύρημα που δείχνει ότι ανάμεσα στις δυο μεταβλητές δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση.

2.4.4 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Correlations

		ΗΛΙΚΙΑ	ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ
Spearman's rho	ΗΛΙΚΙΑ	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	127

Πίνακας 37. Spearman's rank correlation coefficient test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Διασφάλισης

Το μη παραμετρικό τεστ του Spearman's εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και την διάσταση της Διασφάλισης. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($r_s=0,168$, $p=0,060$) εύρημα που δείχνει ότι ανάμεσα στις δυο μεταβλητές δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση.

2.4.5 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ

ΗΛΙΚΙΑ

Correlations

		ΗΛΙΚΙΑ	ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ
Spearman's rho	ΗΛΙΚΙΑ	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	127

Πίνακας 38. Spearman's rank correlation coefficient test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη διάσταση της Ενσυναίσθησης

Το μη παραμετρικό τεστ του Spearman's εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη γραμμικής συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και την διάσταση της Ενσυναίσθησης. Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($r_s=0,128$, $p=0,152$) εύρημα που δείχνει ότι ανάμεσα στις δυο μεταβλητές δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση.

ΕΝΟΤΗΤΑ 5

2.5 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Στο κεφάλαιο αυτό θα διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου όσον αφορά τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (1.Απτότητα, 2.Αξιοπιστία, 3.Ανταπόκριση, 4.Διασφάλιση και 5.Ενσυναίσθηση). Οι κατηγορίες Τριτοβάθμια Εκπαίδευση ΠΕ/ΤΕ, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό συγχωνεύτηκαν σε μια νέα κατηγορία καθώς στο δείγμα μας εντοπίστηκαν μόνο δύο άτομα που κατείχαν μεταπτυχιακό και ένα διδακτορικό. Για τη διερεύνηση της επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στις πέντε διαστάσεις εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό KruskalWallis-H test.

2.5.1 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΠΤΟΤΗΤΑΣ

	Ranks		
	ΑΠΤΟΤΗΤΑ	N	MeanRank
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΥΕ	53	66,86
	ΔΕ	41	67,39
	ΤΕ/ΠΕ/Μ.Sc/Ph.D	33	55,20
	Total	127	

Πίνακας 39. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Απτότητας

TestStatistics

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
Kruskal-Wallis H	2,605
Df	2
Asymp. Sig.	0,272

Πίνακας 40, KruskalWallis-H test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Απτότητας.

Το KruskalWallis-H test χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της Απτότητας στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου. Το τεστ δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντικό, ($H=2,605$,

$p=0,272$), αποτέλεσμα που δείχνει ότι στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με την πληθυσμιακή διάμεση τιμή της διάστασης της Απτότητας.

2.5.2 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Ranks			
	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	N	MeanRank
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΥΕ	53	68,42
	ΔΕ	41	64,16
	ΤΕ/ΠΕ/Μ.Σc/Ph.D	33	56,70
	Total	127	

Πίνακας 41. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Αξιοπιστίας

TestStatistics	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
Kruskal-Wallis H	2,226
Df	2
Asymp. Sig.	0,329

Πίνακας 42, KruskalWallis-H test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Αξιοπιστίας

Το KruskalWallis-H test χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της Αξιοπιστίας στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου. Το τεστ δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντικό, ($H=2,226$, $p=0,329$), αποτέλεσμα που δείχνει ότι στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με την πληθυσμιακή διάμεση τιμή της διάστασης της Αξιοπιστίας.

2.5.3 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

Ranks			
	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	N	MeanRank
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΥΕ	53	65,42
	ΔΕ	41	65,83
	ΤΕ/ΠΕ/Μ.Σc/PhD	33	59,44
	Total	127	

Πίνακας 43. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Ανταπόκρισης

TestStatistics	
	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
Kruskal-Wallis H	0,729
Df	2
Asymp. Sig.	0,695

Πίνακας 44, *KruskalWallis-H test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Ανταπόκρισης*

Το KruskalWallis-H test χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της Ανταπόκρισης στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου. Το τεστ δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντικό, ($H=0,729$, $p=0,695$) αποτέλεσμα που δείχνει ότι στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με την πληθυσμιακή διάμεση τιμή της διάστασης Ανταπόκρισης.

2.5.4 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ranks			
	ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	N	MeanRank
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΥΕ	53	71,53
	ΔΕ	41	58,17
	ΤΕ/ΠΕ/Μ.Σc/Ph.D	33	59,15
	Total	127	

Πίνακας 45. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Διασφάλισης

TestStatistics

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
Kruskal-Wallis H	3,937
Df	2
Asymp. Sig.	0,140

Πίνακας 46. KruskalWallis-Htest για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Διασφάλισης

Το KruskalWallis-H test χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της Διασφάλισης στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου. Το τεστ δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντικό, ($H=3,937$, $p=0,140$), αποτέλεσμα που δείχνει ότι στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με την πληθυσμιακή διάμεση τιμή της διάστασης της Διασφάλισης.

2.5.5 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Ranks			
	ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	N	MeanRank
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΥΕ	53	68,99
	ΔΕ	41	59,72
	ΤΕ/ΠΕ/Μ.Σc/PhD	33	61,30
	Total	127	

Πίνακας 47. Μέσες θέσεις Εκπαιδευτικού Επιπέδου αναφορικά με τη διάσταση της Ενσυναίσθησης

TestStatistics	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
Kruskal-Wallis H	1,732
Df	2
Asymp. Sig.	0,421

Πίνακας 48. KruskalWallisH-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του Εκπαιδευτικού Επιπέδου στη διάσταση της Ενσυναίσθησης.

Το KruskalWallis-H test χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς για τη διάσταση της Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου. Το τεστ δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντικό, ($H=1,732$, $p=0,421$) αποτέλεσμα που δείχνει ότι στις κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με την πληθυσμιακή διάμεση τιμή της διάστασης της Ενσυναίσθησης.

ΕΝΟΤΗΤΑ 6

2.6 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΠΟΥ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ

2.6.1 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ «ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ»

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,232 ^a	4	0,994
Likelihood Ratio	0,233	4	0,994
Linear-by-Linear Association	0,048	1	0,827
N of Valid Cases	0,127		

Πίνακας 49. Διερεύνηση ύπαρξης ανεξαρτησίας στις μεταβλητές Φύλο και του «βαθμού που το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».

Το χ^2 τεστ εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη ανεξαρτησίας ανάμεσα στις μεταβλητές του Φύλου και «Σε ποιο βαθμό το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής». Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($\chi^2(4)=0,232$, $p=0,994$), αποτέλεσμα που δείχνει πως το Φύλο είναι ανεξάρτητο από τον βαθμό/επίπεδο το οποίο οι συμμετέχοντες αξιολογούν τη συγκεκριμένη μεταβλητή.

		ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ					Σύνολα
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	12	22	24	18	14	90
	ΓΥΝΑΙΚΑ	5	10	9	8	5	37
Σύνολα		17	32	33	26	19	127

Πίνακας 50. Διερεύνηση συνάφειας Φύλου και του «βαθμού που το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής»

2.6.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ «ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ»

Chi-Square Tests			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,979 ^a	8	0,005
Likelihood Ratio	23,656	8	0,003
Linear-by-Linear Association	6,037	1	0,014
N of Valid Cases	127		

Πίνακας 51. Υπαρξη ανεξαρτησίας ανάμεσα στις μεταβλητές Εκπαιδευτικό Επίπεδο και «Σε ποιο βαθμό το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».

Το χ^2 τεστ εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη ανεξαρτησίας ανάμεσα στις μεταβλητές Εκπαιδευτικό Επίπεδο και «Σε ποιο βαθμό το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής». Το τεστ βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($\chi^2(8)=21,979$, $p=0,005$). Αποτέλεσμα που δείχνει ότι οι υπό διερεύνηση μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες και μάλιστα ανάμεσα τους υπάρχει μέτρια αρνητική συνάφεια ($\text{gamma}=-0,257$, $p=0,006$).

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Gamma	-0,257	0,093	-2,744	0,006
N of Valid Cases		127			

Πίνακας 52. Αποτελέσματα Gammatest για τον έλεγχο της έντασης της συνάφειας

		ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ					Σύνολα
		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΥΕ	Count 2	13	12	15	11	53
		% within 3,8%	24,5%	22,6%	28,3%	20,8%	100,0%
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΔΕ	Count 9	13	6	9	4	41
		% within 22,0%	31,7%	14,6%	22,0%	9,8%	100,0%
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΤΕ/ΠΕ/Μ.Sc./ Ph.D.	Count 6	6	15	2	4	33
		% within 18,2%	18,2%	45,5%	6,1%	12,1%	100,0%
		ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					
Σύνολα	Count	17	32	33	26	19	127
	% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	13,4%	25,2%	26,0%	20,5%	15,0%	100,0%

Πίνακας 53. Διερεύνηση της συνάφειας του Εκπαιδευτικού επιπέδου με τη μεταβλητή «σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει τις κοινωνικές σχέσεις στα πλαίσια της δομής».

2.6.3 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ «ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ»

Το One-WayANOVAtest χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς της μέσης πληθυσμιακής ηλικίας στις κατηγορίες της μεταβλητής *Ηλικία* και «Σε ποιο βαθμό το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής». Χρησιμοποιήθηκε το OneWayAnovatestκαθώς η *Ηλικία* ακολουθεί κανονική κατανομή (Πίνακας 54)

TestsofNormality

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	Df	Sig.
ΗΛΙΚΙΑ	0,056	127	0,200

Πίνακας 54. Έλεγχος κανονικότητας της Ηλικίας

Το τεστ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($F(4, 122)=1,491, p=0,209$) (Πίνακας 55)αποτέλεσμα που δείχνει ότι η μέση πληθυσμιακή ηλικία δεν διαφοροποιείται στις κατηγορίες της μεταβλητής «Σε ποιο βαθμό το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής».

ANOVA

ΗΛΙΚΙΑ

	Sum of Squares	Df	MeanSquare	F	Sig.
BetweenGroups	838,598	4	209,649	1,491	0,209
WithinGroups	17153,371	122	140,601		
Total	17991,969	126			

Πίνακας 55. Αποτελέσματα του One-WayANOVA

Descriptives

ΗΛΙΚΙΑ

	N	Mean	Std. Deviation
ΚΑΘΟΛΟΥ	17	57,35	13,583
ΛΙΓΟ	32	59,19	9,458
ΑΡΚΕΤΑ	33	61,70	13,674
ΠΟΛΥ	26	65,31	9,793
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	60,32	13,013
Total	127	61,02	11,950

Πίνακας 56. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Ηλικίας στις κατηγορίες της μεταβλητής «βαθμός που το προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

3.1.ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη σε θεωρητικό επίπεδο έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί το ζήτημα της έλλειψης στέγης εστιάζοντας στο δημογραφικό προφίλ των αστέγων, στους αιτιολογικούς παράγοντες της αστεγίας, στην προγενέστερη κατάσταση τους και στην κατάσταση της υγείας τους, στην ισχύουσα κατάσταση σε Ελλάδα, Ευρώπη και Αμερική, στο νομοθετικό πλαίσιο, την κοινωνική προστασία και τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους αστέγους καθώς και στην πολιτική καταπολέμησης του φαινομένου μέσα από ανασκοπική βιβλιογραφική μελέτη. Στο ερευνητικό μέρος αξιολογήθηκε η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους φιλοξενούμενους του Πολυδύναμου Κέντρου Αστεγών του Δήμου Αθηναίων μέσα από το βαθμό ικανοποίησης των ίδιων των αστέγων από τις υπηρεσίες και το προσωπικό της δομής ελέγχοντας τις πέντε διαστάσεις ικανοποίησης: Απτότητα - Αξιοπιστία -Ανταπόκριση - Διασφάλιση - Ενσυναίσθηση.

Το προφίλ των αστέγων που συναντάται στην συγκεκριμένη δομή είναι στη συντριπτική τους πλειοψηφία άντρες (70,9%), η μέση ηλικία των φιλοξενούμενων είναι τα 61 έτη, άγαμοι σε ποσοστό 40,9%, άνεργοι στο μεγαλύτερο ποσοστό (54,3%), απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης οι περισσότεροι εξ αυτών (41,7%), με εντυπωσιακό το γεγονός ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό για τα δεδομένα του πληθυσμού είναι υψηλού μορφωτικού επιπέδου (23,6%), απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ έχει καταγραφεί και ένα άτομο που κατείχε διδακτορικό τίτλο σπουδών και δύο άτομα που κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο. Παρόμοια είναι και η εικόνα του δημογραφικού προφίλ των αστέγων που καταγράφονται στην πιλοτική έρευνα Αράπογλου και συν 2018, στην οποία ωστόσο η πλειοψηφία των αστέγων που είχαν καταγραφεί ήταν στην ηλικιακή ομάδα 18-44 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων μένει πρώτη φορά στο δρόμο/δομή (58,3%) με περισσότερους από τους μισούς να δηλώνουν πως η προγενέστερη κατοικία τους ήταν σε ενοικιαζόμενα διαμερίσματα (52%), ενώ καταγράφεται και ένα σημαντικό ποσοστό που δηλώνει πως διέθετε ιδιόκτητη κατοικία (17,3%). Τα παραπάνω στοιχεία συγκλίνουν με στοιχεία μελετών που έχουν αντληθεί κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση και για

τα οποία γίνεται εκτενής αναφορά στα Κεφάλαια 1 και 2. Στις μελέτες αυτές επισημαίνεται η μεταβολή του προφίλ του αστέγου που γνωρίζαμε κατά το παρελθόν ως ένα σκοτεινό, παραβατικό και επικίνδυνο τύπο ανθρώπου που είναι ο ίδιος απόλυτα υπεύθυνος για την κατάσταση του εξαιτίας των ατομικών του επιλογών, στη μετάβαση σε ένα νέο τύπο αστέγου, αυτό του λεγόμενου νεοαστέγου, όπου η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, οι κοινωνικοπολιτικές αλλαγές και η ανεπάρκεια του κοινωνικού κράτους οδήγησαν ανθρώπους οι οποίοι διέθεταν όσα ήταν απαραίτητα για να ζουν μια ζωή αξιοπρεπή στην εξαθλίωση, όπως έχει γίνει άλλωστε εκτενής.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες που οδήγησαν τους συμμετέχοντες της έρευνας σε καθεστώς αστεγίας προκύπτει ότι οι οικονομικοί (38,6%) λόγοι, οι οικογενειακοί λόγοι (18,9%) και η ανεργία (12,6%), αποτελούν τους κύριους παράγοντες που ευθύνονται για τον στεγαστικό αποκλεισμό, γεγονός που επιβεβαιώνεται από προηγούμενες έρευνες (Γουρνάρη, 2019) και από την βιβλιογραφία όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω στο θεωρητικό μέρος της έρευνας. Τα αποτελέσματα συγκλίνουν με τα απογραφικά στοιχεία της πιλοτικής καταγραφής αστέγων (Αράπογλου και συν 2018). Όπως είχε αναφερθεί στο Κεφάλαιο 2.1, ο στεγαστικός αποκλεισμός προκύπτει συνήθως ως αποτέλεσμα συνδυασμού παραγόντων. Οι προαναφερθέντες παράγοντες όταν συνυπάρξουν αυξάνουν κατά μεγάλο βαθμό την πιθανότητα να βρεθεί ένα άτομο σε κατάσταση αστεγίας. Έχει γίνει αναφορά στο σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζει το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον προκειμένου να αποτρέψει τον κίνδυνο της στεγαστικής αποστέρησης. Τις προηγούμενες δεκαετίες προτού το φαινόμενο λάβει τις τεράστιες διαστάσεις που έχει πάρει τα τελευταία χρόνια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και των αθρόων μεταναστευτικών ροών, το οικογενειακό δίκτυο ήταν πολύ ισχυρό και υποκαθιστούσε θα λέγαμε τρόπον τινά κάποιες φορές τον ρόλο του κράτους υποστηρίζοντας με διάφορους τρόπους το άτομο που βρίσκονταν σε χρεία αντισταθμίζοντας έτσι τα υπόλοιπα προβλήματα. Με τη μεταβολή του θεσμού της οικογένειας από διευρυμένη σε πυρηνική, την αποδυνάμωση των οικογενειακών προστατευτικών δεσμών και τις γενικότερες αλλαγές στην οργάνωση και τη δομή της κοινωνίας, έχουν δημιουργηθεί τριγμοί στο άλλοτε ισχυρό άτυπο υποστηρικτικό πλαίσιο που προστάτευε τα άτομα από την έκθεση τους στον κίνδυνο του αποκλεισμού. Αυτή η πτυχή διαφαίνεται από τα ποσοστά των ερωτηθέντων της έρευνας που σχετίζονται με την οικογενειακή τους κατάσταση. Προβληματίζει το γεγονός ότι ενώ το 51,2% δηλώνει πως έχει παιδιά

παρόλα αυτά διαμένει μόνο του στο δρόμο ή σε δομές φιλοξενίας. Επιπροσθέτως το πολύ χαμηλό ποσοστό των έγγαμων (7,9%) μπορεί να συνδεθεί και να αξιολογηθεί αντιστοίχως σε ότι αναφέρθηκε πιο πάνω σχετικά με την αποδυνάμωση του θεσμού της οικογένειας. Φαίνεται να επιβεβαιώνεται το γεγονός πως συναντάται αυτή η εξασθένηση και η ρευστότητα των οικογενειακών δεσμών. Στο ερώτημα αν κάνουν χρήση και άλλων υπηρεσιών για αστέγους εκτός δομής, η συντριπτική πλειοψηφία (82,7%) δηλώνουν πως δεν χρησιμοποιούν άλλη υπηρεσία κι αυτό έχει την ερμηνεία του στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη δομή παρέχει στους εξυπηρετούμενους της όσα χρειάζονται για την κάλυψη των βασικών τους αναγκών, όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1.8 του Β' Μέρους.

Οι δυσχερείς συνθήκες τις οποίες έχουν βιώσει εξαιτίας της έλλειψης ατομικής υγιεινής, του υποσιτισμού ή της κακής διατροφής, της απουσίας ιατρικής φροντίδας, και θεραπείας των πιθανών ασθενειών τους και της διενέργειας των απαραίτητων ιατρικών εξετάσεων, των δύσκολων συνθηκών διαβίωσης στο δρόμο (συνυπολογίζοντας τις ακραίες καιρικές συνθήκες και τους τραυματισμούς από επιθέσεις), όπως έχουν αναφερθεί αναλυτικά στο Κεφάλαιο 3, επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους με αποτέλεσμα να υποφέρουν από προβλήματα έχοντας μια εύθραυστη και επιβαρυσμένη υγεία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για γεγονός που επιβεβαιώνεται στην παρούσα έρευνα καθώς το 48% από τους ερωτηθέντες δηλώνουν πως πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα και το 48% επίσης χαρακτηρίζει την υγεία του από μέτρια έως πολύ κακή. Να επισημανθεί στο σημείο αυτό πως σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση ο τομέας της υγείας δεν αποτελεί το πρωταρχικό μέλημα για τους αστέγους θεωρώντας μάλιστα κάποιες φορές ότι αποτελεί «πολυτέλεια» στη ζωή τους, δεδομένου ότι έχουν να επιλύσουν πιο άμεσα κατά τη γνώμη τους ζητήματα όπως αυτά της εξασφάλισης των βασικών καθημερινών τους αναγκών. Επίσης εξαιτίας των καθημερινών προβλημάτων και των αντικειμενικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, η φροντίδα της υγείας τους με ότι αυτή απαιτεί δεν αποτελεί εύκολη και απλή διαδικασία. Στο πλαίσιο αυτό συνυπολογίζουμε την ματαίωση και την παθητικότητα από τις οποίες διακατέχονται τα άτομα αυτά καθώς και την αρνητική ψυχολογία που δεν τους βοηθά να κινητοποιηθούν προκειμένου να ασχοληθούν με ζητήματα υγείας. Κατά συνέπεια πιθανόν το ποσοστό όσων αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας ενδέχεται να είναι μεγαλύτερο καθώς δεν έχουν επαρκή γνώση για την κατάσταση της υγείας τους

ή δεν έχουν την δυνατότητα να ενημερώνονται για την σοβαρότητα κάποιων συμπτωμάτων με αποτέλεσμα αυτοί οι παράγοντες να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν την υγεία τους. Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε πως το 60,6%, ανάλογο είναι και το ποσοστό στην έρευνα της Γουρνάρη (2019), είναι ανασφάλιστοι, παρόλα αυτά όπως αναφέρθηκε εκτενώς στο Κεφάλαιο 1.4 και στο Κεφάλαιο 3 αυτό το γεγονός δεν αποτελεί λόγο αποκλεισμού τους από την πρόσβαση στο σύστημα υγείας και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καθώς έπειτα από τη θεσμοθέτηση του νόμου 4052/2012 και την συμπλήρωση του με τον 4254/2014 για την νομική προστασία των αστέγων και την αναγνώριση τους ως ευάλωτη κοινωνική ομάδα έχουν ληφθεί μέτρα που τους επιτρέπουν να κάνουν ελεύθερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Μολονότι λοιπόν θεωρητικά έχουν πρόσβαση σε δωρεάν ιατρική περίθαλψη τα υπόλοιπα ζητήματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω τους εμποδίζουν σε αυτή την απόφαση. Όσον αφορά τα υψηλότερα ποσοστά των φιλοξενούμενων που δηλώνουν πως δεν κάνουν χρήση ουσιών (98,4%), ούτε κατανάλωση αλκοόλ (81,9%), διαπιστώνουμε απόκλιση σε σχέση με άλλες έρευνες (Alamanou et al., 2011, Χονδράκη, 2012) καθώς και με τα όσα αναφέρονται στη βιβλιογραφία όπως έχουμε αναφέρει στο Κεφάλαιο 1, 3 και 6, που φαίνεται να καταγράφονται υψηλά ποσοστά (συντριπτική πλειοψηφία) αστέγων, που κάνουν χρήση ουσιών και καταναλώνουν αλκοόλ. Στις παραπάνω έρευνες διαπιστώνεται άμεση σύνδεση μεταξύ εξαρτήσεων και αστεγίας είτε ως γεγονός προγενέστερο της αστεγίας (που οδήγησε μάλιστα το άτομο ως ατομικός αιτιολογικός παράγοντας στον στεγαστικό αποκλεισμό) είτε ως συνέπεια της αστεγίας και των κινδύνων που ενέχει. Η ερμηνεία για την απόκλιση που βρέθηκε ανάμεσα στις μεταβλητές έρχεται γνωρίζοντας πως η συγκεκριμένη δομή φιλοξενίας αστέγων στην οποία διεξάγεται η έρευνα, αναφέρει ρητά στον κανονισμό λειτουργίας της πως γίνεται ένταξη στη δομή ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν υπάρχει η κατάλληλη υποδομή να υποστηρίξει περιστατικά με τέτοιου είδους ανάγκες και για το λόγο αυτό παραπέμπονται σε δομές καταλληλότερες για την υποστήριξη τους. Κάτι ακόμη που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και σε αυτή την περίπτωση είναι η ύπαρξη της νέας κατηγορίας αστέγων, αυτής των νεοαστέγων, όπου όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως έχει εμφανιστεί στο προσκήνιο τα τελευταία χρόνια από το ξέσπασμα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και έπειτα. Πρόκειται για άτομα με μέχρι πρότινος αξιοπρεπή ζωή και καθημερινότητα, που εργάζονταν, που ζούσαν σε ενοικιαζόμενα σπίτια ή ιδιόκτητες κατοικίες (όπως φάνηκε και στο

Διάγραμμα 12. Προγενέστερη κατοικία), που είχαν οικογένειες και οι οποίοι βρέθηκαν στη δύνη όλων αυτών των οικονομικών – κοινωνικών -πολιτισμικών αλλαγών που συντελέστηκαν και αναφέρονται στο Κεφάλαιο 2, με αποτέλεσμα να χάσουν τα πάντα (εργασία, χρήματα, σπίτια, οικογένεια, φίλους) και να βρεθούν στο δρόμο. Κατά συνέπεια, πράγματι η κατηγορία αυτή των αστέγων δεν σχετίζεται με εξαρτήσεις και επομένως μπορούν να αποδοθούν και σε αυτό το γεγονός τα τόσο χαμηλά ποσοστά καταγραφής ατόμων που δεν δηλώνουν εξαρτημένοι από ουσίες και αλκοόλ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέγων του Δήμου Αθηναίων από την ποιότητα του συνόλου των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Συγκεκριμένα η μέση τιμή της διάστασης της *Απτότητας* είναι 4,03, της *Αξιοπιστίας* είναι 4,33, της *Ανταπόκρισης* είναι 4,30, της *Διασφάλισης* είναι 4,31 και της *Ενσυναίσθησης* είναι 4,13. Επομένως και οι πέντε διαστάσεις αξιολογούνται θετικά χωρίς διαφοροποιήσεις η μία από την άλλη. Με τη θετικότερη τιμή αξιολογήθηκε η διάσταση της Αξιοπιστίας με μόλις 0,3 διαφορά από την διάσταση της Απτότητας που έρχεται τελευταία στην αξιολόγηση. Επίσης ελέγχθηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της πληθυσμιακής διαμέσου της Απτότητας, της Αξιοπιστίας, της Ανταπόκρισης, της Διασφάλισης και της Ενσυναίσθησης από την ουδέτερη τιμή. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και στις πέντε διαστάσεις ποιότητας που εξετάστηκαν και συγκεκριμένα η πληθυσμιακή διάμεσος και των πέντε διαστάσεων βρέθηκε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη, εύρημα που υποδηλώνει τη θετική εικόνα των φιλοξενούμενων στη δομή για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υψηλή ικανοποίηση είχε δηλώσει αντίστοιχα η πλειονότητα των αστέγων που συμμετείχε σε έρευνα των Dalton et al. (2020). Αξιολόγησαν πολύ θετικά το προσωπικό για την προσοχή που δίνει στον κάθε ένα (73%), για τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια που επιδεικνύουν (82%), για την εμπιστευτικότητα (83%), για τις αξίες του (97%). Η αλληλεπίδραση με το προσωπικό και η υποστήριξη που λάμβαναν αποτυπώθηκε πολύ θετικά και καταδείκνυε τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει στο βαθμό ικανοποίησης.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες του **Φύλου** αναφορικά με πέντε διαστάσεις ποιότητας. Διαπιστώθηκε πως σε όλες τις διαστάσεις πλην της Απτότητας οι μέσες θέσεις των γυναικών είναι μεγαλύτερες από τις μέσες θέσεις των ανδρών χωρίς ωστόσο αυτό να βρέθηκε στατιστικά σημαντικό. Ακολούθησε η διερεύνηση της συσχέτισης της **Ηλικίας** με τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας. Τα αποτελέσματα του τεστ έδειξαν πως δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην Ηλικία και τις πέντε διαστάσεις, επομένως η ηλικία δεν αποτελεί παράγοντα που θα επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την ποιότητα. Επίσης έγινε διερεύνηση της διαφοροποίησης ανάμεσα στις κατηγορίες του **Εκπαιδευτικού Επιπέδου** ως προς τις πέντε διαστάσεις όπου όπως προέκυψε και σε αυτή την περίπτωση οι κατηγορίες του Εκπαιδευτικού Επιπέδου δε διαφοροποιούνται στατιστικώς σημαντικά αναφορικά με τις πέντε διαστάσεις ποιότητας.

Διερευνήθηκε επίσης η μεταβλητή που αφορά στο βαθμό που οι ωφελούμενοι θεωρούν ότι *«το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής»*. Η Διερεύνηση συνάφειας **Φύλου** με τη συγκεκριμένη μεταβλητή καταδεικνύει πως *«ο βαθμός που το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων»* είναι ανεξάρτητη από το Φύλο. Στη διερεύνηση στατιστικά σημαντικής διαφοράς της μέσης πληθυσμιακής **Ηλικίας** στις κατηγορίες της μεταβλητής *«ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων»* διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στη μέση πληθυσμιακή ηλικία των ατόμων που έχουν απαντήσει σε αυτό το ερώτημα. Ωστόσο θα πρέπει να επισημανθεί πως κατά την περιγραφική στατιστική ανάλυση βρέθηκε πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι άτομα με μέση ηλικία τα 61 έτη επομένως δεν είναι γνωστό αν θα μπορούσε να υπάρχει διαφοροποίηση στο αποτέλεσμα σε περίπτωση που στο δείγμα υπήρχαν περισσότερα άτομα νεότερης ηλικίας. Στη διερεύνηση ύπαρξης συνάφειας **Εκπαιδευτικού Επιπέδου** και στη μεταβλητή *«ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων»* διαπιστώνεται πως τα άτομα που είναι υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου θεωρούν ότι το προσωπικό δεν διευκολύνει αρκετά την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, ενώ τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου είναι περισσότερο ικανοποιημένα ως προς αυτό. Την θετικότερη αξιολόγηση *Πάρα πολύ* δίνουν τα άτομα Υποχρεωτικής εκπαίδευσης (20,8%), ενώ ταυτόχρονα η ίδια κατηγορία παρουσιάζει και το χαμηλότερο ποσοστό (3,8%) αρνητικής αξιολόγησης *Καθόλου*. Πιθανόν τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού

επιπέδου να μην έχουν ιδιαίτερα υψηλές απαιτήσεις και προσδοκίες και να αξιολογούν με θετικότερο πρόσημο. Επίσης δεδομένου ότι έχουν διαφορετικές προσλαμβάνουσες και υπόβαθρο από τα άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου πιθανόν να μην μπορούν να εντοπίζουν με την ίδια ευκολία τα εμπόδια και τα προβλήματα που ανακύπτουν στο συγκεκριμένο τομέα ή να μην τους αποδίδουν την βαρύτητα που τους αναλογεί. Αυτό που θα πρέπει να απασχολήσει το προσωπικό και τη διοίκηση της δομής είναι το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δηλώνουν πως «*το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής*» από *Λίγο* (25,2%) έως *Αρκετά* (26%), ενώ υπάρχουν και αρκετοί συμμετέχοντες που απαντούν *Καθόλου* (13,4%). Οι φιλοξενούμενοι που απαντούν *Πολύ* έως *Πάρα πολύ* αποτελούν το 35,5%. Τα συγκεκριμένα ευρήματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα αντίστοιχης έρευνας της Γουρνάρη Χ.(2019) σε Υπνωτήριο αστέγων στο Δήμο Θεσσαλονίκης, όπου οι άστεγοι δήλωναν ικανοποίηση σε μεγάλο βαθμό από τις υπηρεσίες της δομής που φιλοξενούνταν, ωστόσο την χαμηλότερη αξιολόγηση έδιναν σε ότι αφορούσε στις κοινωνικές σχέσεις στα πλαίσια της δομής και μάλιστα τα άτομα που αξιολόγησαν αρνητικότερα και ήταν λιγότερο ικανοποιημένα ήταν τα άτομα ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου.

Θα ήταν σκόπιμο το προσωπικό και οι υπεύθυνοι της δομής να εξετάσουν αυτόν τον παράγοντα και να αναζητήσουν τις πιθανές αιτίες που μπορεί να οδηγούν σε αυτό το αποτέλεσμα φροντίζοντας για την επίλυση τους. Στο πλαίσιο λειτουργίας μιας δομής όπου φιλοξενείται μεγάλος αριθμός ατόμων από διαφορετικά περιβάλλοντα και με διαφορετικό κοινωνικό και ατομικό υπόβαθρο το ζήτημα της βελτίωσης των κοινωνικών σχέσεων των φιλοξενούμενων είναι πολύ σοβαρό για την ομαλή λειτουργία της δομής. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω πρόκειται για μια δομή μεγάλης δυναμικότητας, όπου φιλοξενούνται άτομα με επιβαρυνμένη ψυχοσύνθεση λόγω των συνθηκών τις οποίες βίωσαν και βιώνουν και προερχόμενοι από διαφορετικά περιβάλλοντα, με διαφορετικές προσλαμβάνουσες, νοοτροπία, κουλτούρα και βιώματα. Κρίνεται φρόνιμο να εξεταστεί το ζήτημα προς αποφυγή διενέξεων, εντάσεων, παραπόνων και θερμών επεισοδίων που είναι πιθανόν να υπάρξουν εφόσον δεν υπάρχει ικανοποίηση προκαλώντας αναστάτωση και ανισορροπία που θα διαταράξει την εύρυθμη λειτουργία της δομής και θα φέρει σε αμηχανία και δυσκολία αμφοτέρους εργαζομένους και ωφελούμενους. Είναι πολύ σημαντικό σε μια δομή

κοινωνικής φροντίδας το προσωπικό να είναι σε θέση να ενδυναμώνει, να διευθετεί και να διευκολύνει την αρμονική και ομαλή συνύπαρξη των ατόμων που διαμένουν και μοιράζονται τον ίδιο χώρο και χρόνο από την πολύπαθη ζωή τους. Απαιτούνται ιδιαίτερες δεξιότητες από το επιστημονικό προσωπικό για την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων και διαφορών που προκύπτουν καθημερινά. Η εκπαίδευση και η εξειδίκευση του προσωπικού κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική προκειμένου να προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια, υποστήριξη και καθοδήγηση στην ομάδα στόχου καθώς πρόκειται για μια πληθυσμιακή ομάδα που εμφανίζει σημεία πολυεταλωτότητας και χρήζει ιδιαίτερης εξατομικευμένης προσέγγισης για την διαχείριση των αναγκών τους αλλά και για την διαχείριση κρίσεων. Στο πλαίσιο αυτό το προσωπικό θα μπορεί να εισφέρει περισσότερα στον τομέα της βελτίωσης των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ των ωφελούμενων σημείο που δεν έλαβε την ίδια θετική αξιολόγηση με τα υπόλοιπα ερωτήματα από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Εκτός από την εκπαίδευση του προσωπικού θα μπορούσε ίσως η διοίκηση να οργανώσει και να αναπτύξει προγράμματα απασχόλησης των εξυπηρετούμενων και οργάνωσης δράσεων όπου θα γίνονται τακτικές συνεδρίες και συμβουλευτική ομάδων με την καθοδήγηση του εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού.

Τέλος αξιολογήθηκε συνολικά η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όπου η ικανοποίηση των φιλοξενούμενων ήταν πολύ υψηλή καθώς η συντριπτική πλειοψηφία 74,8% την αξιολόγησε από *Καλή* έως *Πολύ καλή*, με μόνο το 4% να την χαρακτηρίζει από *Πολύ κακή* έως *Κακή*, ενώ ουδέτερη θέση είχε το 21,3% αξιολογώντας τη *Μέτρια*. Σε έρευνα που διεξήχθη σε αστέγους στο Δουβλίνο (2018) για την ικανοποίηση από ξενώνες έκτακτης ανάγκης-μιας διανυκτέρευσης που είχαν διαμείνει η αξιολόγηση ήταν πολύ χαμηλή ως προς την συνολική ικανοποίηση αλλά και συγκεκριμένα ως προς την καθαριότητα, τις υπηρεσίες υποστήριξης, το προσωπικό, τα επίπεδα θορύβου και την ιδιωτικότητα. Η ικανοποίηση των χρηστών και η ποιότητα των υπηρεσιών είναι παράγοντες αλληλοεξαρτώμενοι εφόσον η ικανοποίηση συνδέεται με την ποιότητα. Η υψηλή ποιότητα στις υπηρεσίες που προσφέρονται συνεπάγεται την θετική αξιολόγηση που δόθηκε από τους φιλοξενούμενους της δομής, ωστόσο θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός πως οι συμμετέχοντες της έρευνας αποτελούν μια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα που βρισκόταν σε καθεστώς αστεγίας, είτε σε επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης προτού φιλοξενηθεί στη δομή, στερούμενοι τα βασικά και απαραίτητα για να ζήσουν όπως

τροφή, στέγη, ατομική υγιεινή κ.λπ., με αποτέλεσμα πιθανόν να είναι περισσότερο επιεικείς στην αξιολόγηση αισθανόμενοι ευγνωμοσύνη και ικανοποίηση για ότι τους προσφέρεται, έχοντας ως γνώμονα την προηγούμενη κατάσταση στην οποία βρίσκονταν και τις συνθήκες που βίωναν. Αυτό το σημείο θα πρέπει να προβληματίσει και να μελετηθεί περαιτέρω προκειμένου η εξαγωγή συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων να διέπεται από εγκυρότητα και αξιοπιστία

Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έγινε με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου SERVQUAL που χρησιμοποιείται ευρέως στη διεθνή επιστημονική κοινότητα και ξεκίνησε να εφαρμόζεται και στην Ελλάδα τελευταία κυρίως στις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Ωστόσο όλο και πιο συχνά χρησιμοποιείται πλέον και στον Δημόσιο τομέα και την Τοπική Αυτοδιοίκηση καθώς το μοντέλο της Νέας Δημόσιας Διοίκησης εστιάζει στην υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών και στην ικανοποίηση των χρηστών (Γούλα, 2014). Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως μια φιλοσοφία που μετά την επιτυχή λειτουργία της στον βιομηχανικό και εμπορικό τομέα έχει αρχίσει να εφαρμόζεται σε υπηρεσίες και οργανισμούς (Farrington et al., 2018). Σκοπός της είναι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών και η αποδοτικότητα του οργανισμού μέσα από μια λογική βελτίωσης των διαδικασιών και των υπηρεσιών προϋποθέτοντας την ενεργό συμμετοχή όλων των μελών και την αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού. (Crosby, 1980). Η προσέγγιση αυτή διαχείρισης των οργανισμών προϋποθέτει την συμμετοχή και την οργανωσιακή δέσμευση όλων των μελών που απαρτίζουν έναν οργανισμό και στοχεύει στην επιτυχή λειτουργία του η οποία διαφαίνεται από τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών αυτών (Deming, 1986). Μολονότι τα αποτελέσματα της έρευνας ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ήταν πολύ θετικά (εξαιρείται η μεταβλητή που αφορά τον βαθμό όπου το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής η οποία επιδέχεται βελτίωση) ο οργανισμός οφείλει να συνεχίζει την ατέρμονη προσπάθεια να προσφέρει ποιότητα στις υπηρεσίες, να εξελίσσεται και να αναβαθμίζεται. Μπορούν να υπάρξουν βελτιώσεις ως προς τις υπηρεσίες αλλά και το προσωπικό με σκοπό την αποδοτικότερη και την αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και την αύξηση του βαθμού ικανοποίησης που αυτή συνεπάγεται, προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες ποιοτικές και κατάλληλες

για τις ανάγκες των ευάλωτων αυτών πληθυσμιακών ομάδων που χρήζουν κοινωνικής πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας για να αντιμετωπίσουν την φτώχεια, την εξαθλίωση και τον κοινωνικό αποκλεισμό και να ενσωματωθούν ξανά στην κοινωνία ως ενεργά και ισότιμα μέλη. Ένας οργανισμός προκειμένου να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες οφείλει να επαναπροσδιορίζεται, να επανεξετάζεται και να εξελίσσεται διαρκώς στοχεύοντας στην αριστεία. Τα τελευταία χρόνια η ποιότητα στις υπηρεσίες κατακτάται μέσω των στρατηγικών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η ΔΟΠ επιτυγχάνει υψηλή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα μέσα από την διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών (Juran, 1991). Επομένως θα αποτελούσε καλή πρακτική για την συγκεκριμένη δομή αλλά και για όλους τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας για την βέλτιστη λειτουργία τους, την ικανοποίηση των χρηστών και την κατάκτηση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Θα πρέπει να γίνει σαφές πως η συγκεκριμένη δομή που αποτέλεσε το πεδίο της συγκεκριμένης έρευνας όπως και κάθε αντίστοιχη δομή που προσφέρει υπηρεσίες σε αστέγους οφείλει να παρέχει την υποστήριξη και την βοήθεια που χρειάζονται αυτά τα άτομα με υπηρεσίες ποιοτικές, όμως ο τελικός σκοπός δεν είναι να παραμένουν τα άτομα αυτά σε μια μόνιμη κατάσταση ανασφάλειας και αβεβαιότητας συντηρώντας απλά οι δομές μια αμετάβλητη κατάσταση. Σκοπός θα πρέπει να είναι σύμφωνα και με την στοχοθεσία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής η εξάλειψη της αστεγίας μέσα από τα μέτρα που έχουν ληφθεί και από τις συστάσεις που έχουν γίνει στα κράτη μέλη. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού θα πρέπει η πολιτεία και το κράτος πρόνοιας να συμμορφωθεί με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, να ακολουθήσει τις καλές πρακτικές ,τα μέτρα και τις πολιτικές άλλων Ευρωπαϊκών χωρών και να προωθήσει τη μετάβαση τους στην αυτόνομη διαβίωση και την επανένταξη τους στην κοινωνία.

Συνοψίζοντας και λαμβάνοντας υπόψη τις σοβαρότατες διαστάσεις που έχει λάβει το ζήτημα της στεγαστικής αποστέρησης τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η διερεύνηση του σε μεγαλύτερο βαθμό και βάθος, συμβάλλει στην κατανόηση των παραγόντων που το προκαλούν και το επιτείνουν καθώς επίσης στον εντοπισμό των ελλείψεων και ανεπαρκειών, στην πρόληψη και αντιμετώπιση του ζητήματος, συνεισφέροντας με αυτό τον τρόπο στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών διαχείρισης και εξάλειψης του προβλήματος. Η κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα υποδηλώνει το κενό και την ανεπάρκεια του κράτους πρόνοιας, το οποίο προσπαθούν να καλύψουν με το έργο τους οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, η Εκκλησία, ιδιωτική πρωτοβουλία, τα άτυπα δίκτυα. Μολονότι και στην Ευρώπη το φαινόμενο του στεγαστικού αποκλεισμού έκανε την εμφάνιση του τις τελευταίες δεκαετίες με σφοδρότητα και προηγήθηκε στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες προτού εμφανιστεί στην Ελλάδα ωστόσο η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει λάβει μέτρα και έχει δώσει αυστηρές συστάσεις στα κράτη μέλη τα οποία στηρίζει για να εργαστούν σε αυτούς τους άξονες που θέτουν ως στόχο την εξάλειψη του φαινομένου.

Ολοκληρώνοντας, στο ερευνητικό μέρος της μελέτης αξιολογήθηκε η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το Πολυδύναμο Κέντρο Αστεγών του Δήμου Αθηναίων στους αστέγους που φιλοξενεί. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν πολύ θετικά σχεδόν στο σύνολο των ερωτημάτων καταδεικνύοντας την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων του Πολυδύναμου Κέντρου Αστεγών από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Το ζήτημα της διερεύνησης της αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας των οργανισμών και δη των μονάδων κοινωνικής φροντίδας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό. Οι ευάλωτες πληθυσμιακά ομάδες χρήζουν ιδιαίτερης προστασίας και πολυεπίπεδης υποστήριξης. Τα άτομα αυτά δικαιούνται να λαμβάνουν υπηρεσίες ποιοτικές, αποτελεσματικές και αποδοτικές. Οι δυσλειτουργίες και η παθογένεια της Δημόσιας Διοίκησης και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης παρεμποδίζουν έως και σήμερα την ορθή λειτουργία των οργανισμών και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό η μέτρηση της ικανοποίησης από την ποιότητα θα πρέπει πλέον να αποτελεί προτεραιότητα για κάθε οργανισμό καθώς είναι καθοριστική για την βελτίωση και την αναβάθμιση τους.

3.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στους περιορισμούς της έρευνας συγκαταλέγεται το γεγονός ότι παρόλη την προσπάθεια που έγινε το εύρος του ερωτηματολογίου να είναι σύντομο για να μη προκαλέσει την δυσανασχέτιση των ερωτηθέντων υπάρχει πιθανότητα να δημιουργήσει κόπωση σε κάποιους συμμετέχοντες. Επίσης δεδομένου ότι το δείγμα της έρευνας αφορούσε αστέγους που φιλοξενούνταν σε συγκεκριμένη δομή και συγκεκριμένη περίοδο οι γενικεύσεις αφορούν μόνο τη συγκεκριμένη δομή και όχι όλες τις δομές αστέγων της χώρας. Τέλος, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι η συγκεκριμένη δομή κατά την περίοδο που έγινε η έρευνα φιλοξενούσε κυρίως άτομα μεγάλης ηλικίας (η μέση τιμή υπολογίστηκε στα 61 έτη). Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει περιορισμό της έρευνας, καθώς νεότερα άτομα μπορεί να έχουν διαφορετικές ανάγκες και απαιτήσεις.

3.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα έρευνα μπορεί να συμβάλλει θετικά στο θολό τοπίο που υπάρχει ακόμα και σήμερα γύρω από το ζήτημα της αστεγίας εξαιτίας της έλλειψης ικανοποιητικών δεδομένων και καταγραφών για τους αστέγους και πολύ δε περισσότερο να συνεισφέρει στο αχαρτογράφητο θα λέγαμε ερευνητικό πεδίο της αποτύπωσης των απόψεων των αστέγων σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εφαλτήριο για μελλοντικές έρευνες ανάλογου ενδιαφέροντος. Θα ήταν χρήσιμο γίνει επανάληψη της έρευνας στη συγκεκριμένη δομή για την επιβεβαίωση των συμπερασμάτων καθώς επίσης να ακολουθήσουν και άλλες μελέτες σε υπηρεσίες και δομές κοινωνικής φροντίδας μεγαλύτερης κλίμακας και σε διάφορες περιοχές ανά την Ελλάδα, διερευνώντας όλες τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού για να λειτουργήσουν ως εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι έρευνες διευκολύνουν στο να χυθεί φως στα ζοφερά σημεία της αστεγίας και μέσα από αυτές να χαραχθούν και να υλοποιηθούν στοχευμένες δράσεις, προγράμματα, στρατηγικές, για την στέγαση, την απασχόληση, την επανένταξη, που θα οδηγήσουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της αστεγίας με βασικό στόχο πλέον την εξάλειψη της. Σύμφωνα με την μελέτη και την βιβλιογραφική ανασκόπηση

που πραγματοποιήθηκε και όπως παρουσιάστηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, το ζήτημα της αστεγίας δεν έχει μελετηθεί στο βαθμό που επιβάλλει η σοβαρότητα του ίδιου του προβλήματος. Συνοψίζοντας λοιπόν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω κρίνεται σκόπιμο να πραγματοποιούνται πιο συχνά έρευνες, καταγραφές και μετρήσεις για να υπάρχει σαφής και πραγματική εικόνα της υπάρχουσας κατάστασης ανά συχνά διαστήματα (για τον αριθμό, το προφίλ και την κατάσταση των αστέγων), για τον έγκαιρο εντοπισμό των προβλημάτων και των ελλείψεων, αλλά και για την ποιότητα των υπηρεσιών που απευθύνονται σε αστέγους, με σκοπό την βελτίωση και την αναβάθμιση τους. Μέσα από την συχνή αποτύπωση των αναγκών τους γίνονται περισσότερο κατανοητά τα ζητήματα που πρέπει να διευθετηθούν και να αναπτύσσονται καινοτόμα προγράμματα και υπηρεσίες που θα διασφαλίζουν δράσεις πιο στοχευμένες και πιο κοντά στις ανάγκες τους σε επίπεδο πρόληψης αλλά κυρίως αντιμετώπισης του προβλήματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

1. Αλσαγιέντ Λ, Βαρελά Α, Καραμιχάλη Α, 2015, «Στέγαση και κοινωνική επανένταξη αστέγων- Απόψεις κοινωνικών λειτουργών σχετικά με τις υπηρεσίες και τις δομές κοινωνικής προστασίας».
2. Αμίτσης, Γ. (2001). Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας - Το Ελληνικό μοντέλο κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία, Αθήνα, Παπαζήσης.
3. Αμίτσης, Γ. (2012). Η ανάπτυξη ενός νέου θεσμικού υποδείγματος κοινωνικής αλληλεγγύης ως μηχανισμός ενδυνάμωσης του Κοινωνικού Κράτους στην περίοδο της ύφεσης, Νομικό Βήμα, 60 (7): 1669-1690.
4. Αντωνίου Κ. (2014) Το φάσμα της αστεγίας στην Ελλάδα της κρίσης. Μια νέα πρόκληση για την εκπαίδευση ενηλίκων, Θεσσαλονίκη 2014
5. Αράπογλου, Β., Γκούνης, Κ., Σιατίτσα Δ. & Σουλελέ, Δ., (2015) Κοινωνική επισφάλεια και έλλειψη στέγης στην Αθήνα: Διαδρομές αποκλεισμού και ένταξης, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, ΜΕΛΕΤΗ-39
6. Αντωνοπούλου Μ, BookReviews | Βιβλιοκριτικές Social Cohesion and Development 2017 12 (2), 145-152 Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 2017 12 (2), 145-152
7. Ασημοπούλου-Μαρίνου, Α. (2013). Αστεγοί ψυχικά ασθενείς την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, Αδημοσίευτη Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας (Πρόγραμμα Ψυχολογίας), Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
8. Ασημόπουλος Χ. , Μαρτινάκη Σ., Ασημοπούλου-Μαρίνου Α. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ, ΤΕΥΧΟΣ 117 – 2015. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος @ www.socwork.gr
9. Βανικιώτη Μ., Καραμπέκο Α., Μουρτέζου Χ., Αποτελέσματα έρευνας ‘STREETWORK’ που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του έργου «Καταπολέμηση της Φτώχειας και της Κοινωνικής Περιθωριοποίησης» 13/3/2015 – 22/3/2016
10. Βαρελίδου Ε. και Μιχαήλ Ξ. (2013), Η “πόλη των αστέγων” – Θεωρητική διερεύνηση Ηπερίπτωσης Θεσσαλονίκης, <http://akea2011.wordpress.com/2014/03/04/ipolitonastegon/>
11. Βεΐζι, Δανδουλάκης, Ζαχαριάκης (2017) «Διερεύνηση της Ψυχοπαθολογίας των Αστέγων σε αντιπροσωπευτικό δείγμα στο νομό Ηρακλείου» Ηράκλειο

12. Βλάση Α., 2013, «Το φαινόμενο των αστέγων στην Αθήνα της κρίσης», Ε.Μ.Π.- Σχολή Αρχιτεκτόνων Μηχανικών Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Αρχιτεκτονική-Σχεδιασμός του Χώρου Κατεύθυνση: Πολεοδομία, Χωροταξία.
13. Βράντσης Ν.«*Το στεγαστικό παράδοξο στους μικρούς Δήμους στην Ελλάδα: Η περίπτωση του Δήμου Νάουσας*» (2021) Ίδρυμα Χάινριχ Μπελ Ελλάδας.<https://gr.boell.org/sites/default/files/202204/digital.pdf>(προσβάσιμη στις 27/07/22)
14. Γιατρά Δ.(2016) Το φαινόμενο των αστέγων στην Πάτρα – Προκλήσεις καθημερινότητας και προοπτικές επανένταξης σε κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον κρίσης»,Σπάρτη
15. ΓιατράΔ., Π.Πρεζεράκος, Φ.Τζαβέλλα, Α.Σαχλάς, Κατασκευή και στάθμιση κλίμακας ευαισθητοποίησης των πολιτών περί την αστεγία (ΚΕΠΑ) ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ2018,35(1):99-105ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(1):99-105
16. Γούλα Α. Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα (2014) , 140-161
17. Γουρνάρη Χ., 2019 «Η ψυχική υγεία και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των αστέγων στο Δήμο Θεσσαλονίκης.- Μια εμπειρική μελέτη για το πώς οι δομές του Δήμου Θεσσαλονίκης ανταποκρίνονται στις ανάγκες ψυχικής υγείας των αστέγων»
18. Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρική και Ψυχικής Υγείας, 2015
19. Ζαραφονίτου, Χ. (2012). «Θυματοποίηση, ανασφάλεια και καταγραφή αναγκών των αστέγων του Δήμου Καλλιθέας». Έκθεση ερευνητικών πορισμάτων. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
20. Θεοδωρικάκου Ο., Αλαμάνου Α., Σταματογιαννοπούλου Ε., Τούρκου Α., Καρύδη Κ., Σαραντίδης Δ., Κατσαδώρος “Homelessness in Greece-2012. An in-depth research on homelessness in the financial crisis homelessness in the financial crisis
21. Καραμιχάλη, Γ. (2019). Άστεγοι με Προβλήματα Ψυχικής Υγείας και Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική», Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος
22. Καρούμπαλη Μ. (2014) Υποστηρικτικές παρεμβάσεις για τους άστεγους στο Δήμο Αθηναίων, Αθήνα
23. Κελεγκουρίδης Γ. (2020) Εμπειρίες των αστέγων της Θεσσαλονίκης στο δρόμο, Λάρισα
24. Κουραχάνης Ν. Κοινωνικές πολιτικές στέγασης. Η ελληνική υπολειμματική προσέγγιση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2017
25. Κουραχάνης Ν. (2015). Η Κοινωνική Πολιτική για τους Άστεγους στην Ελλάδα: Ποιοτική και Κριτική Ανάλυση ενός Ακραίου Κοινωνικού Αποκλεισμού. Κόρινθος: Διδακτορική Διατριβή.
26. ΚΥΑΔΑ (2013), «Καταγραφή Προφίλ Αστέγων που Διαβιούν στο Δρόμο», Αθήνα.

27. Κωνσταντάτου Ε. (2018) Το πρώτο μητρώο αστέγων, Το Βήμα, άρθρο Διαθέσιμο στο:<https://www.tovima.gr/2018/07/11/society/to-prwto-mitrwo-astegwn/>
28. Μαραγκάκη Α., Κωνσταντινίδης Θ., Σαράφης Π.(2019).Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της ελληνικής κρίσης. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής. 36(5) 687-694
29. Ματσαγγάνης Μ. – Λεβέντη Χ (2013), «Η Ανατομία της Φτώχειας στην Ελλάδα του 2013», Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής, Ενημερωτικό Δελτίο 5/2013, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
30. Μητράκος, Θ., Τσακόγλου, Π. (2012). «Ανισότητα, Φτώχεια και υλική Ευημερία : από τη μεταπολίτευση ως την τρέχουσα κρίση. Τράπεζα της Ελλάδος. Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνική συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης».
31. Μπαλούρδος Δ., Ναούμη Μ, «Η φτώχεια στην Ελλάδα. Συγκριτικά στοιχεία με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης», στο Ναούμη Μ., Παπαπέτρου Γ., Σπυροπούλου Ν. κ.ά, (επιμ), Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας 2010. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), σσ 17-48
32. Μπάρκα Δ.(2014)«Αξιοβίωτη Ολοκληρωμένη Ανάπτυξη. Από την Θεωρία στην Πράξη: Η περίπτωση των αστέγων της Αθήνας»
33. Κ. Μπασκόζου «Έλλειψη στέγης - ένα δυναμικό και πολυπαραγοντικό φαινόμενο που απαιτεί αξιόπιστα δεδομένα και καθετοποιημένες παρεμβάσεις εθνικών πολιτικών για την αντιμετώπισή του: η περίπτωση δύο ευάλωτων ομάδων», ΑΘΗΝΑ 2021 ΣΕΙΡΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ Νο4, ISBN: 978-960-6725-12-8,ΕΙΕΑΔ -Υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων
34. Ναούμη Μ., Παπαπέτρου Γ., Σπυροπούλου Ν., Φρονίμου Ε., Χρυσάκης Μ., (2010) Το κοινωνικό πορτρέτο της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΚΕ σ.σ. 215 – 216
35. Α' Νόμοι ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4052 Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων... [Σύσταση Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) - Ιδιωτικά Γραφεία Ευρέσεως Εργασίας (Ι.Γ.Ε.Ε.) - Επιχειρήσεις Προσωρινής Απασχόλησης(Ε.Π.Α.)]:<http://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/418> (Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης: 19/01/2017)
36. ΝΟΜΟΣ 4254/2014 *Μέτρα στήριξης και ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας στο πλαίσιο εφαρμογής του ν. 4046/2012 και άλλες διατάξεις*.<http://elib.aade.gr/elib/view?d=/gr/act/2014/4254> (Προσβάσιμη στις 11/09/2022)
37. Πανούσης Γ. (2004) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ · ΤΕΥΧΟΣ 73-2004
38. Παπαδοπούλου Δ. (2002) Κοινωνικός αποκλεισμός ,Αθήνα, Εκδόσεις Αρμός.

39. Παπαδοπούλου Δ. (2012), *Κοινωνιολογία του Αποκλεισμού την Εποχή της Παγκοσμιοποίησης*, Αθήνα: Τόπος
40. Παπαδοπούλου Δ. (2012). Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης: Η διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού και η αδυναμία συμμετοχής στα κοινωνικά δικαιώματα υπό συνθήκες κρίσης. Αθήνα: Τόπος.
41. Παπαθεοδώρου Χ. (2014), «Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα: Ενίσχυση ή Αποδυνάμωση της Κοινωνικής Προστασίας;», Εισήγηση στο Εργαστήριο με Θέμα: Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα και Κοινωνική Πολιτική, Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία.
42. Παπαλιού Ο. (2010), «Το Ζήτημα των Αστεγών: Μια Πρώτη Προσέγγιση», *Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας 2010*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
43. Πετμεζίδου Μ. – Παπαθεοδώρου Χρ. (2004). Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός. Αθήνα: Εξάντας.
44. Πιερράκος Γ., Τομάρας Π., Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας , *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(1), 105-114, 2009 - Ερευνητική εργασία
45. Πλειός Γ. (1998) «Το νέο περιεχόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού και η σχέση ανεργίας και επιπέδου εκπαίδευσης», *Σύγχρονα Θέματα*, σελ. 73-83, τεύχ. 67, 1998
46. Σόλιας Α., Δέγλερης Ν., ΕΓΓΕΝΕΙΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ: ΑΣΤΕΓΟΙ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ · ΤΕΥΧΟΣ 67-2002
47. Σκραπαρλής Α. (2013) Σύγχρονο αστικό τοπίο, δημόσιος χώρος και άστεγοι. Θεσσαλονίκη: Τμήμα Αρχιτεκτόνων Μηχανικών, Πολυτεχνική Σχολή ΑΠΘ-Μεταπτυχιακή Διατριβή
48. Στασινοπούλου Ο. (2006 Β), Κοινωνική Πολιτική, βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα, Αθήνα
49. Σταυρόπουλος Ε. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ», ΑΘΗΝΑ, 2021
50. Σωτηρίου Ε.. Οι Έλληνες άστεγοι στο Κέντρο της Αθήνας που ζουν στον δρόμο. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Κοινωνικές Διακρίσεις, Μετανάστευση, Ιδιότητα του Πολίτη, Κόρινθος, 2018 .
51. Τουφεξή Μ. (2013) «Χωρίς καταφύγιο» Εστιάζοντας στο φαινόμενο των αστέγων στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης»
52. Τσιάκαλος, Γ. , (1998) Κοινωνικός Αποκλεισμός: Ορισμοί, Πλαίσιο και Σημασία. Στο Κ. Κασιμάτη (επιμ.) Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, Αθήνα: Gutenberg.

53. Τσιφτσόγλου Π. (2017) Στέγη Αστέγων_ Κέντρο Φιλοξενίας και Εκπαίδευσης στη Δυτική Θεσσαλονίκη
54. Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας (2013), «Παροχή Κατευθύνσεων για την Προστασία των Αστέγων κατά την Διάρκεια του Χειμώνα», Αθήνα
55. Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας (2012), «Κοινωνικές Δομές Άμεσης Αντιμετώπισης της Φτώχειας», ΕΣΠΑ - Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού – Θεματικός Άξονας 4, Αθήνα.
56. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών –Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας (2018), «*ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΤΕΓΩΝ*» astegoi.gov.gr (προσβάσιμη στις 27/07/22)
57. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών –Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας (<https://www.astegoi.gov.gr/index.php/en/gia-polites/domes-ypiresies>) (προσβάσιμη στις 16/12/2022)
58. Υπουργείο Υγείας (2014), «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών» (ΦΕΚ Β 1753 – 28.06.2014), Αθήνα.
59. Φερόνας Α. (2004), *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός σε Ευρώπη και Ελλάδα: Έννοιες, Αντιλήψεις, Πολιτικές*, Αθήνα: Σάκκουλα
60. Φιτσιού, Π. (2015). Cause and effect: Mental Health Budget cuts and the impact on homelessness. Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας, Policy Conference – FEANSTA, June 2015, France.
61. Π. Χονδράκη, Μ. Μαδιανός, Γ.Ν. Παπαδημητρίου, *Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στους πληθυσμούς των αστέγων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Ψυχιατρική-Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, 23(4):334–343, 2012
62. Έρευνα: «Η Νέα Γενιά στην Ελλάδα Σήμερα», Πανεπιστήμιο Αθηνών: Τμήμα Επικοινωνίας και ΜΜΕ και Εταιρεία Δημοσκοπήσεων ALCO για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς, Μάιος 2005

63. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

64. Alamanou A., Katsadoros K., Theodorikakou O., “Facing the challenge of confronting homelessness in a national economic crisis: A pilot prevention policy model”. FEANTSA’s European Observatory on Homelessness- European Research Conference on “Understanding

- Homelessness and Housing Exclusion in the New European Context”, Budapest ,17th September 2010,
65. Alamanou A., Stamatogiannopoulou E., Theodorikakou O., Katsadoros K., (2011), The configuration of homelessness in Greece during the financial crisis, KLIMAKA NGO–Greece.
 66. Arapoglou V. P. (2002), “Social and Spatial Dimensions of Homelessness in Athens: Welfare Networks and Practices of Care Professionals”, Unpublished Ph.D. Thesis, London School of Economics
 67. Arapoglou V. P. – Gounis K. (2014), “Caring for the Homeless and the Poor in Greece: Implications for the Future of Social Protection and Social Inclusion”, Final Report, University of Crete: Rethymno.
 68. Archard P. (1979), “Vagrancy – A Literature Review” in Cook T. (Ed.), *Vagrancy: Some New Perspectives*, London: Academic Press
 69. Ayano G., Assefa D., Haile K. et al. (2017). Mental, neurologic, and substance use (MNS) disorders among street homeless people in Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*, 16, Article 40.
 70. Baggett T. P., Hwang S. W., O'Connell J. J. et al. (2013). Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA internal medicine*, 173(3), 189–195.
 71. Brown R. T., Hemati K., Riley E. D. et al (2017). Geriatric Conditions in a Population Based Sample of Older Homeless Adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757–766.
 72. Burt M. – Pearson C. (2005), *Strategies for Preventing Homelessness*, Washington: U.S. Department for Housing and Urban Development.
 73. Burchardt, T. , Le Grand, J. , Piachaud, D. , (1999) Social Exclusion in Britain 1991— 1995. *Social Policy Administration*, Vol. 33, Issue 3.
 74. Bush-Geertsema V. (2010), “Defining and Measuring Homelessness” in BushGeertsema V. – Edgar W. - O’ Sullivan E., Pleace N. (2010), *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*, Brussels: FEANTSA.
 75. Busch-Geertsema V. – Sahlin I. (2007), “The Role of Hostels and Temporary Accommodation”, *European Journal of Homelessness*, 1: 67-93.
 76. Busch-Geertsema V. (2012), “The Potential of Housing First from a European Perspective”, *European Journal of Homelessness*, 6 (2): 209-216.
 77. Busch-Geertsema V. (2013a), “Housing First Europe. Final Report”, Brussels: European Commission.
 78. Busch-Geertsema V. (2013b), “Research Project on Prevention of Homelessness in North Rhine-Westphalia, Germany”, *European Journal of Homelessness*, 7 (2): 405-406.

79. Chamberlain, C. & Johnson, G. (2011). Pathways into Adult Homelessness. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 49(1), 60-77.
80. Chernega, J. and George, C.G. (2014). Works in progress: Searching for solutions to the difficult problems of homelessness, *Journal of Poverty*, 18: 227-230.
81. CORTINA JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl psychol*, 1993, 78:98-104
82. Council of Europe – Steering Committee on Social Policy - Study Group on Homelessness (1994), “Homelessness Report”, Strasbourg: Council of Europe Press.
83. Crosby, P. (1980). *Quality is free*. New York. Happier and Row. 3rd Ed. Crosby, P.B. (1979). *Quality Is Free*. McGraw-Hill, Inc., New York.
84. Dalton Erin ,Emma Wallis Jones, Mitchell Mike (2020), *Improving Survey Outreach and Assessing Satisfaction Among DHS Homeless System Clients* , s | The Allegheny County Department of Human Services, <https://www.alleghenycountyanalytics.us>
85. Dant T. – Deacon A. (1989), *Hostels to Homes? The Rehousing of Single Homeless People*, Aldershot: Avebury.
86. Edgar B. – Doherty J. – Mina-Coull A. (1999), *Services for Homeless People: Innovation and Change in the European Union*,, Bristol: Policy Press
87. Edgar, B., Anderson, I., Baptista, I., Kärkäinen, S., Schoibl, H. and Sapounakis, A. (2003), “Service Provision of Homeless People in Europe: Regulation and Funding Implications for Service Development”, Brussels: FEANTS
88. Edgar B. – Meert H. (2005), “Fourth Review on Statistics on Homelessness in Europe. The ETHOS Definition of Homelessness”, Brussels: European Observatory on Homelessness, FEANTSA.
89. Edgar B. (2009), “European Review of Statistics on Homelessness”, Brussels: European Observatory on Homelessness, FEANTSA
90. European Commission (2013) Commission Staff Working Document. *Confronting homelessness in the European Union*. Brussels: European Commission.
91. Farrington, T., Antony, J. and O’Gorman, K.D. (2018). Continuous improvement methodologies and practices in hospitality and tourism. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(1), 581-600
92. Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2009). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12):225, DOI: 10.1371/journal.pmed.0050225
93. Fazel, S., Geddes, J. R. and Kushel, M. (2014) ‘Homelessness 1 The health of homeless people in high-income countries : descriptive epidemiology , health consequences , and 102

- clinical and policy recommendations’, *The Lancet*. Elsevier Ltd, 384(9953), pp. 1529– 1540. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
94. Fernando Fajardo-Bullón, Igor Esnaola, Isobel Anderson & Lars Benjaminsen, (2019)«*Homelessness and self-rated health: evidence from a national survey of homeless people in Spain*», *BMC Public Health*,19(1): 1081, National library of medicine,<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7380-2> (προσβάσιμηστις 23/07/22)
 95. FEANTSA (2006) *ETHOS – European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* (Brussels: FEANTSA).
 96. FEANTSA Brief Paper (2009b), “Supported Employment for People Experiencing Homelessness. The Role of Work Integration Social Enterprises (WISE)”, Brussels.
 97. FEANTSA Policy Statement (2009a), “Access to Employment for People Experiencing Homelessness. Recommendations for Member States and the European Union”, Brussels
 98. FEANTSA “Housing Solutions for People who are homeless”. Annual Theme 2008 Housing and Homelessness, Greece- National Report,
 99. FEANTSA (2012a), “On the Way Home? FEANTSA Monitoring Report on Homelessness and Homeless Policies in Europe”, Brussels.
 100. FEANTSA (2012b), “Social Innovation to Combat Homelessness: A Guide”, Brussels.
 101. FEANTSA (2013). *Review of the National Reform Programmes*, Brussels.
 102. FilipovicHrast M. – Somogyi E. – Teller N. (2009), “The Role of NGOs in the Government of Homelessness in Hungary and Slovenia”, *European Journal of Homelessness*, 3: 101-125.
 103. Fitzpatrick S. (2005), “Explaining Homelessness: A Critical Realist Perspective”, *Housing, Theory and Society*, 22 (1): 1-17.
 104. Fitzpatrick S. – Stephens M. (2007), *An International Review on Homelessness and Social Housing Policy*, London: Communities and Local Government
 105. Fondeville N. & Ward T., Homelessness during the crisis, Employment, Social Affairs & Inclusion. Social Situation Observatory-Income Distribution and Living condition 2011EuropeanCommission,ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9847&langId=en.(προσβάσιμηστις 18/12/2022).

106. Forehand O.G. Efforts to Overcome Homelessness in the Pruitt Branch of the Nashville Public Library. *The Internal Journal for Information, Diversity and Inclusion*, 2018, vol 2 no 4 : special issue: from diversity theory to diversity in action , doi: <https://doi.org/10.33137/ijidi.v2i4.32204>.
107. Gelberg, L., Linn, L. & Leake, B. (1988). Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *Am J Psychiatry*, 145, 191–196.
108. Grenier, P. (1997). Still dying for a home: an update crisis, 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality, Crisis, London
109. Hardjono T.W and Bakker, R.J.M (2002: 19) Management van processen, identificeren, besturen, beheersen en vernieuwen, Deventer: Kluwer BV
110. Harvey B. (1998), Settlement services for homeless people in Europe: lessons for Ireland, A report for the Homeless Initiative. <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/45679/8560.pdf>
111. Hajek A., Bertram F., Heinrich F. et al (2021). Determinants of health care use among homeless individuals: evidence from the Hamburg survey of homeless individuals. *BMC health services research*, 21(1), 317
112. Juran, J. M. (1991). World war II and the quality movement. *Quality Progress*, 24(12), 19-24. 58
113. Krausz R.M., Clarkson A.F., Strehlau V. et al. (2013) Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 48(8), 1235-43.
114. Kusmer, K. (2001) *Down and Out, on the Road: The Homeless in American History*. New York: Oxford University Press
115. Lalioti V. (2014), “Portuguese and Greek Experiences with Guaranteed Minimum Income (GMI) in Comparative Perspective”, *Κοινωνική Πολιτική*, 2: 27-45
116. Levinson D. (ed.) (2004). *Encyclopedia of Homelessness*. London: Sage
117. Lee B. – Tyler K. – Wright J. (2010), “The New Homelessness Revisited”, *Annual Review of Sociology*, 36: 501-521.
118. Lewis O. (1966). *The culture of Poverty*. *American*: Vol 215, Number 4
119. Lowe S. (2004), *Housing Policy Analysis*, Basingstoke: Palgrave Macmillan
- a. Nickasch B. & Marnocha S. K. (2008), ‘Healthcare Experiences of the homeless’, *American Academy of Nurse Practitioners*, pp. 39 – 46.
120. Martens, W.H. (2001). A review of physical and mental health in homeless person. *Public Health Review*, 29, 13-33
121. Meanwell E. (2012), “Experiencing Homelessness: A Review of Recent Literature”, *Sociology Compass* vol. 6 (1), pp. 72 – 85.

122. McNaughton, C. (2008). *Transitions through homelessness. Lives on the edge*. New York: Palgrave Macmillan.
123. Morrissey, J., & Dennis, D. (1986) *NIMH-Funded Research Concerning Homeless Mentally Ill Persons: Implications for Policy and Practice*. Washington, DC: Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
124. MPHASIS (2009), “Mutual Progress on Homelessness through Advancing and Strengthening Information Systems”, Dundee: University of Dundee and European Commission
125. Murie A. (1998), “Housing”, in Alcock P. – Erskine A. – May M. (Eds.), *The Student’s Companion in Social Policy*, London: Blackwell Publishers
126. Murphy J. – Tobin K. (2011), *Homelessness Comes to School*, Nashville: Sage Publications.
127. Neale J. (1997), “Homelessness and Theory Reconsidered”, *Housing Studies*, 12(1): 47-61.
128. O’Carroll A., Wainwright D. (2019). Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *International journal for equity in health*, 18(1), 113.
129. O’Sullivan E. (2010), “Homelessness and Welfare States” in O’ Sullivan E. – Busch-Geertsema V. – Quilgars D. and Pleace N. (Eds), *Homelessness Research in Europe*, FEANTSA, Brussels.
130. Parasuraman A. ; Zeithml, Valarie A. ; Berry, Leonard L., 1988. Servqual: A multiple – item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of retailing*, vol. 64, issue 1.
131. Pernilla Omerov , Åsa G. Craftman, Elisabet Mattsson, Anna Klarare,(2020),«*Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review,Health and social care*», 28(1):1-11,<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12857> (προσβάσιμηστις 22/07/2022)
132. Philipot Pierre,Paul A. Toro,Carolyn J. Tompsett,Sylvie Lombardo,Hilde Nachtergaele,Benoit Galand,Natascha Schlienz,Nadine Stammel,Yanélia Yabar,Marc Blume,Linda MacKay,Kate Harvey ,(2007)“Homelessness in Europe and the United States: A Comparison of Prevalence and Public Opinion”,63(3):505-524,*Journal of Social Issues*, <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.2007.00521.x>
133. Pleace N. (2000), “The New Consensus, the Old Consensus and the Provision of Services for People Sleeping Rough”, *Housing Studies*, 15 (4): 581-94.
134. Pleace N. – Quilgars D. (2003), “Led Rather than Leading? Research on Homelessness in Britain”, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13 (2): 187-96.

135. Pleace N., Teller N., Quilgars D., (2011) 'Social Housing, Allocation and Homelessness, EOH Comparative Studies on Homelessness', European Observatory of Homelessness, Brussels, pp. 31-32.
136. Ravenhill, M. (2008) *The culture of homelessness*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.
137. Riggs, E. & Coyle, A. (2002). Young people's accounts of homelessness: A case study analysis of psychological well-being and identity. *Counselling Psychology Review*, 17 (3), pp. 5-15
138. Ritsher, J., & Phelan, J. (2004). 'Internalized Stigma Predicts Erosion of Morale among Psychiatric Outpatients', *Psychiatry Research*, pp. 257-265.
139. Rodger R. (1995), *Housing in Urban Britain, 1780-1914*, Cambridge: Cambridge University Press.
140. Romaszko J., Cymes I., Dragańska E., Kuchta R., Glińska-Lewczuk K. (2017). Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PloS one*, 12(12)
141. Sapounakis A. (1997), "Innovative Services for the Homeless in the Greek Context", unpublished report for the European Observatory on Homelessness, FEANTSA, Athens.
142. Sapounakis A. (2005), "National Review of Policies on Access to Housing and Homelessness", unpublished report for the European Observatory on Homelessness, FEANTSA, Athens.
143. Silver H. (1994), «Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms», *International Labour Review*, 133, p. 532-578
144. Seastres R. J., Hutton J., Zordan, R. et al. (2020). Long-term effects of homelessness on mortality: A 15-year Australian cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(6), 476–481.
145. Sofija E., Plugge M., Wiseman N., Harris N.. 'This is the beginning of the new me': process evaluation of a group fitness intervention to promote wellbeing in formerly homeless individuals., 2018, Feb 27;18(1):290. doi: 10.1186/s12889-018-5175-5. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29482615> (προσβάσιμη στις 18/11/2022)
146. Somerville P. (2013), "Understanding Homelessness", *Housing, Theory and Society*, 30 (4): 384-415.
147. Schurink, E., "Homeless People and Social Support: The Process of Becoming Homeless" στο *The International Scope Review* 2003, Vol.5, No 10, σσ.1-2
148. Theodorikakou, O., Alamanou A., Stamatogiannopoulou, E., Tourkou, A., Karydi, K., Sarantidis, D., and Katsadoros, K. (2012). Homelessness in Greece-2012: An indepth research on homelessness in the financial crisis, Klimaka N.G.O, Athens.

149. Theodorikakou, O., Alamanou, A., & Katsadoros, K. (2013). Neo-homelessness and the Greek Crisis. *European Journal of Homelessness, Policy Reviews*, part B, 7(2), December, 203-210.
https://web.archive.org/web/20160314045312/http://feantsaresearch.org/IMG/pdf/ot_et_al_review.pdf.
150. Tangney, J., & Dearing, R. (2002) *Shame and guilt*. New York, US: Guilford Press
151. Torgensen U. (1987), "Housing: The Wobbly Pillar under the Welfare State" in Turner B. – Kemeny J. – Lundqvist L. (Eds.), *Between State and Market: Housing in the Post-industrial Era*, Stockholm: Almqvist and Wiksell.
152. Vuillermoz C., Aouba A., Grout L., et al. (2016). Mortality among homeless people in France, 2008–10, *European Journal of Public Health*, 26,(6), 1028–1033
153. Wasserman, J., & Clair, J. (2010) *At home on the street. People, poverty and a hidden culture of homelessness*. London: Lynne Rienner Publishers Inc.
154. Whitehead C. – Scanlon K. (2007), "Social Housing in Europe" in Whitehead C. – Scanlon K. (eds.), *Social Housing in Europe*, London: LSE
155. Nat MJ Wright, Charlotte NE Tompkins, (2006) 'How can health services effectively meet the health needs of homeless people?' *British Journal of General Practice*, 56(525): 286–293 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1832238/> (προσβάσιμη στις 25/07/22)
156. Wyly, E., & Hammel, D. (2005) 'Mapping neo liberal American urbanism', in G. Bridge, & R. Atkinson, *Gentrification in a global context: the new urban colonialism*. New York: Routledge.
157. Cheryl Zlotnick, RN, DrPH, Suzanne Zerger, PhD, and Phyllis B. Wolfe, LICSW, MSW, MA *Health Care for the Homeless: What We Have Learned in the Past 30 Years and What's Next*, *Am J Public Health*. 2013 December; 103(Suppl 2): S199–S205. Published online 2013 December. doi: [10.2105/AJPH.2013.301586](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301586), National Library of Medicine

Ηλεκτρονικές πηγές

- <https://www.astegoi.gov.gr/index.php/en/sxetika/politikes-tou-ypourgeiou/153-thesmiko-plaisio> (προσβάσιμη στις 25-11-2022)
- https://www.feantsa.org/fea_001-09_el1305464517028336749.pdf (προσβάσιμη στις 28/11/2022)
- <https://www.europarl.europa.eu/news/el/press-room/20201120IPR92124/i-exaleipsi-tis-astegias-eos-to-2030-prepei-na-ginei-stochos-tis-ee> (προσβάσιμη στις 28/11/2022)

- https://www.eiead.gr/wpcontent/uploads/2014/09/publications_docs_%CE%9F%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CF%8C%CF%82%CE%95%CF%86%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CE%AE%CF%82.pdf (προσβάσιμη στις 25/11/2022)
- [http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog\(προσβάσιμη στις 18/11/2022\)](http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog(προσβάσιμη στις 18/11/2022)), Ελληνική κοινωνική έρευνα: Κοινωνικός Αποκλεισμός
- [https://kyada-athens.gr/kentro_astegon/\(προσβάσιμη στις 15/11/2022\)](https://kyada-athens.gr/kentro_astegon/(προσβάσιμη στις 15/11/2022))
- [https://research-ethics-committee.uniwa.gr\(προσβάσιμη στις 10/01/2022\)](https://research-ethics-committee.uniwa.gr(προσβάσιμη στις 10/01/2022))
- <https://socialpolicy.gr/2016/12/κοινωνικός-αποκλεισμός-αίτια-όψεις/html> (προσβάσιμη στις 11/09/2022)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1832238/> (προσβάσιμη στις 25/07/22)
- http://feantsaresearch.org/IMG/pdf/ot_et_al_review.pdf (προσβάσιμη στις 22/10/22)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29482615> (προσβάσιμη στις 18/11/2022)
- <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7380-2> (προσβάσιμη στις 23/07/22)
- <https://www.alleghenycountyanalytics.us> (προσβάσιμη στις 20/02/23)
- <https://dgrkrqgws56a8.cloudfront.net/uploads/2018/08/Dublin-Inquirer-Homeless-Shelter-Satisfaction-Survey.pdf> Dublin Inquirer Homeless Shelter Satisfaction Survey August 2018(προσβάσιμη στις 25/02/23)

Παραρτήματα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αφορά μια ερευνητική μελέτη στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα στη Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής φροντίδας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν τα επίπεδα ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέγων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά και ο προσδιορισμός της επίδρασης κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων στη διαμόρφωση των επιπέδων αυτών.

Η συμμετοχή σας με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι απαντήσεις σας θα είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Ο χρόνος που θα χρειαστεί για να απαντήσετε στις ερωτήσεις είναι περίπου 10-15 λεπτά.

Για όποιες απορίες σας θα βρισκόμαστε στην άμεση διάθεση σας. Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να σας κοινοποιηθούν σε περίπτωση που το επιθυμείτε.

Ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση

Μέξια Ανδριάνα

A) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία: _____

3. Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος Έγγαμος Άλλο

4. Έχετε παιδιά;

Ναι Όχι

5. Εκπαιδευτικό Επίπεδο

- Υποχρεωτική Εκπαίδευση Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
- Τριτοβάθμια Εκπαίδευση Μεταπτυχιακό

6. Εργασιακή κατάσταση/απασχόληση

- Εργαζόμενος Άνεργος Συνταξιούχος
- Περιστασιακή απασχόληση Άλλη περίπτωση

Β) ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ

1. Μένετε πρώτη φορά στο δρόμο ή σε μονάδες φιλοξενίας;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Για πόσο διάστημα μένετε συνολικά στο δρόμο ή σε δομές φιλοξενίας;

Έτη __ Μήνες __

3. Προγενέστερη κατοικία (πριν την δομή φιλοξενίας)

- Ιδιόκτητο σπίτι
- Ενοικιαζόμενο σπίτι
- Φιλοξενία (οικογένεια, φίλοι)
- Δομές ψυχικής υγείας
- Δομές Πρόνοιας
- Δομές φιλοξενίας Μεταναστών

4. Ποιος είναι ο κύριος λόγος που αναγκαστήκατε να μείνετε σε δομή φιλοξενίας;

- Οικογενειακά προβλήματα
- Προβλήματα υγείας
- Οικονομικά προβλήματα
- Ανεργία
- Απώλεια ιδιόκτητης κατοικίας
- Έξωση ενοικιαζόμενης κατοικίας
- Αποφυλάκιση
- Κακές συνθήκες εκεί που ήμουν πριν
- Λήξη παραμονής σε ίδρυμα υγείας /πρόνοιας /ξενώνας
- Άλλο __

5. Χρησιμοποιείτε κάποια άλλη υπηρεσία για άστεγους εκτός από την παρούσα;

Κέντρο Ημέρας Υπνωτήριο Ξενώνα Συσσίτιο Άλλο _____ ΟΧΙ

Γ) ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. Έχετε ασφάλιση για υγειονομική περίθαλψη;

Ναι Όχι

2. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

3. Έχετε κάποια αναπηρία;

Ναι Όχι

4. Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή μακροχρόνια πάθηση;

Ναι Όχι

5. Συχνότητα κατανάλωσης Αλκοόλ;

Πάρα πολύ συχνά Συχνά Αρκετά Σπάνια Καθόλου

6. Κάνετε χρήση ναρκωτικών ουσιών;

Ναι Όχι

Δ) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ

Βαθμολογείστε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 5 (συμφωνώ απόλυτα) τις αντιλήψεις σας για τις υπηρεσίες που προσφέρει το ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΣΤΕΓΩΝ.

Παρακαλώ βάλτε ✓ στο κουτάκι της επιλογής σας, όπου το 1 σημαίνει Διαφωνώ Απόλυτα και το 5 Συμφωνώ Απόλυτα

Διαφωνώ Απόλυτα

Συμφωνώ Απόλυτα

1

2

3

4

5

1). Το ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΣΤΕΓΩΝ έχει σύγχρονο εξοπλισμό.

1

2

3

4

5

- 2). Οι φυσικές εγκαταστάσεις του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ είναι οπτικά ελκυστικές.
- 1 2 3 4 5
- 3). Οι εργαζόμενοι του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.
- 1 2 3 4 5
- 4). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για την θεραπευτική αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά.
- 1 2 3 4 5
- 5). Όταν το προσωπικό του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει.
- 1 2 3 4 5
- 6). Όταν έχω ένα πρόβλημα, το προσωπικό του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ, δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.
- 1 2 3 4 5
- 7). Το προσωπικό του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ είναι αξιόπιστο και παρέχει από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.
- 1 2 3 4 5
- 8). ΤΟ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΣΤΕΓΩΝ παρέχει τις υπηρεσίες του τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει.
- 1 2 3 4 5
- 9). Το ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΣΤΕΓΩΝ διατηρεί τα αρχεία του σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ).
- 1 2 3 4 5
- 10). Το προσωπικό του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ με ενημερώνει.
- 1 2 3 4 5
- 11). Το προσωπικό του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενους.
- 1 2 3 4 5
- 12). Το προσωπικό του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει.
- 1 2 3 4 5
- 13). Το προσωπικό του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των εξυπηρετούμενων όσο απασχολημένο και να είναι.

1 2 3 4 5

14). Η συμπεριφορά των εργαζομένων του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ εμπνέει εμπιστοσύνη στους εξυπηρετούμενους.

1 2 3 4 5

15). Νιώθω ασφαλής στις συναλλαγές μου με τους εργαζόμενους του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ.

1 2 3 4 5

16). Οι εργαζόμενοι του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ είναι πάντα συνεπείς και ευγενικοί.

1 2 3 4 5

17). Οι εργαζόμενοι του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.

1 2 3 4 5

18). Οι εργαζόμενοι του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε εξυπηρετούμενο.

1 2 3 4 5

19). Οι ώρες λειτουργίας του ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΣΤΕΓΩΝ ταιριάζουν σε όλους τους εξυπηρετούμενους.

1 2 3 4 5

20). Το προσωπικό καταλαβαίνει και γνωρίζει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων.

1 2 3 4 5

21) Το ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΣΤΕΓΩΝ έχει τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων του κατά νου.

1 2 3 4 5

22) Το προσωπικό αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων.

1 2 3 4 5

1). Σε ποιο βαθμό το επιστημονικό προσωπικό διευκολύνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων στα πλαίσια της δομής.

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

2). Πως θα αξιολογούσατε συνολικά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΣΤΕΓΩΝ.

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ
ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ
(Κ.Υ.Α.Δ.Α.)
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΑΡΙΘΜ. ΑΠΟΦ.: 50/2022

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 19^η
της 26-07-2022

ΑΠΟΦΑΣΗ

Απόσπασμα της πράξης με αριθμό 50 που αφορά: «στη λήψη απόφασης για την έγκριση ή μη του αιτήματος της κας Ανδριάνας Μέξα, φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» για τη διενέργεια Έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο «Αξιολόγηση των δομών του Δήμου Αθηναίων με βάση την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των αστέγων του Δήμου».

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μελοπομένη (Μελίνα) Δασκαλάκη

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μπέη Καραμπότσου Ρωξάνη Ευαγγελία

ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ: Μελοπομένη (Μελίνα) Δασκαλάκη (Πρόεδρος), Ζαχαροπούλου Μαρία, Τριανταφύλλου Κυριακούλα, Κοκκινάκη Μαρία, Μπέσικος Παναγιώτης, Αθανασάκης Σπύρος, Βαβαγιάννη Μαυρή Μαρία Ειρήνη (Μαίρη), Μπέη Καραμπότσου Ρωξάνη Ευαγγελία, Γεώργιος Ποθητός.

Τα Μέλη προσκλήθηκαν νόμιμα με την αριθμ. πρωτ. 7467/18-7-2022 πρόσκληση.

Χρέη Γραμματειακής Υποστήριξης της συνεδρίασης διατέλεσε η υπάλληλος του Κ.Υ.Α.Δ.Α. Ευαγγελία Πανδή ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ.

Κατά την εκφώνηση του καταλόγου διαπιστώθηκε νόμιμη απαρτία, διότι ήταν παρόντα 9 μέλη, επί συνόλου 9 μελών. Η συνεδρίαση ήταν μεικτή, καθώς δόθηκε η δυνατότητα εναλλακτικά, σε όσα μέλη το επιθυμούν, να είναι παρόντα μέσω τηλεδιάσκεψης, με τη χρήση της πλατφόρμας Zoom (άρθρο 78 του ν. 4954/2022).

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Εισάγεται από την Ημερήσια Διάταξη το 3^ο θέμα αυτής που αφορά: «στη λήψη απόφασης για την έγκριση ή μη του αιτήματος της κας Ανδριάνας Μέξα, φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Διοίκηση

Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» για τη διενέργεια Έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο «Αξιολόγηση των δομών του Δήμου Αθηναίων με βάση την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των αστέγων του Δήμου».

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Επομένως εγκρίνεται.

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ: Εγκρίνεται.

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Αφού έλαβε υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν.3463/2006 «Κύρωση Κώδικα Δήμων & Κοινοτήτων»,
2. Τις διατάξεις του Ν.3852/2010 (άρθρα 72 και 75) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Διατάξεις του Ν. 4412/2016 (Φ.Ε.Κ. 147/Α' /08-08-2016) «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
3. Τη με αρ. πρωτ. 7324 /14-07-2022 αίτηση της κας Ανδριάνας Μέξα.
4. Το υπ' αριθμ. 7349/15-7-2022 έγγραφο του ΚΥΑΔΑ.
5. Τη μεταξύ των μελών συζήτηση βάσει των πρακτικών.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Εγκρίνει το αίτημα της κας Ανδριάνας Μέξα, φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» για τη διενέργεια Έρευνας, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο «Αξιολόγηση των δομών του Δήμου Αθηναίων με βάση την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των αστέγων του Δήμου», σε εξυπηρετούμενους του Ξενώνα, Υπνωτηρίου και Κέντρου Ημέρας του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέγων Δήμου Αθηναίων - ΚΥΑΔΑ.

Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ ΔΣ ΤΟΥ ΚΥΑΔΑ

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΔΣ ΤΟΥ ΚΥΑΔΑ

ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ ΣΠΥΡΟΣ

ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ (ΜΕΛΙΝΑ) ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ

Άδεια για χρήση ερωτηματολογίου

Forwarded message

Από: **andriana andriana** <andrianaandriana2@gmail.com>

Date: Τρί, 4 Οκτ 2022, 15:45

Subject: ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

To: <xaragournari@yahoo.co>

Καλησπέρα σας, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας που αφορά στην ικανοποίηση αναγκών των αστέγων από δομή του δήμου Αθηναίων, θα εκτιμούσα ιδιαίτερα αν μπορο

ύσατε να με διευκολύνετε στο έργο μου παραχωρώντας μου την άδεια να χρησιμοποιήσω τμήματα από το ερωτηματολόγιο που υπάρχει στην έρευνα που έχετε διεξάγει με θέμα:

«Η ψυχική υγεία και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των αστέγων στο Δήμο Θεσσαλονίκης. - Μια εμπειρική μελέτη για το πώς οι δομές του Δήμου Θεσσαλονίκης ανταποκρίνονται στις ανάγκες ψυχικής υγείας των αστέγων. Εννοείται πως θα γίνει αναφορά στο όνομα σας για τη συμβολή σας σε αυτό. Θα αναμένω απάντησή σας. Στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση».

Με εκτίμηση

Μέξια Ανδριάννα

Κοινωνιολόγος

Στις Τετ, 5 Οκτ 2022, 20:43 ο χρήστης Xara Gournari <xaragournari@yahoo.com> έγραψε:

Ναι φυσικά, δίνω την άδειά μου.

Καλή επιτυχία σας εύχομαι!

Χαρά Γουρνάρη

Ψυχολόγος - Συστημική Ψυχοθεραπεύτρια

On Wednesday, October 5, 2022 at 07:33:23 PM GMT+3, andriana andriana <andrianaandriana2@gmail.com> wrote:

----- Forwarded Message -----

From: andriana andriana <andrianaandriana2@gmail.com>

To: Xara Gournari <xaragournari@yahoo.com>

Sent: Wednesday, October 5, 2022 at 08:54:50 PM GMT+3

Subject: Re: ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σας ευχαριστώ θερμά που ανταποκριθήκατε άμεσα και θετικά.

Με εκτίμηση

Μέξια Ανδριάννα