



HOPE Az utcán élő emberek hazatérése rehabilitáció és mediáció révén

IO6 – FELMÉRÉS ÉS KUTATÁS

TANULMÁNYI KÖNYV

AZ UTCA MÁSIK OLDALA: HAJLÉKTALANSÁG

<https://hope.sakarya.edu.tr/>

HOPE partnerség

HOPE partnerség



© Sakarya University
Publications, Sakarya
CERTIFICATE NUMBER: 50135
PUBLICATIONS NUMBER: 229
e-ISBN: 978-605-2238-55-4
FIELD: Social Work

ADDRESS AND CONTACT

Sakarya University
Scientific Publications
Coordinating Board
Esentepe/Serdivan/Sakarya/
Turkey
Tel: +90 264 295 7465
Fax: +90 264 295 5352
sauyayin@sakarya.edu.tr
twitter.com/sakaryauniyayin

**THE OTHER SIDE OF THE STREET:
HOMELESSNESS**

Cases of Turkiye-Austria-Italy-Hungary

EDITOR: YUSUF GENÇ**TRANSLATOR:** DR. ÖZDEN ŞAHİN ER**AUTHORS:** YUSUF GENÇ, İSMAİL
AKYÜZ, UMUT SOLMAZ, HÜSEYİN
ZAHİD KARA, CENGİZHAN AYNACI,
ZEYNEP ATALAY,
MUSA ZOR, AHMET HAMARAT

PUBLISHING EDITOR: MUSTAFA
GÜNERİGÖK**LAYOUT-DESIGN:** GRIFFİN 0312 419 1619**DATE OF PUBLICATION:**

OCTOBER 2022

This publication has been prepared with the financial support of the European Union and the Republic of Turkiye. Responsibility for the information and views set out in this publication lies entirely with the authors and the content of this publication does not reflect the official opinion of the European Union or the Republic of Turkiye.

THE OTHER SIDE OF THE STREET: HOMELESSNESS

Cases of Turkiye-Austria-Italy-Hungary

EDITOR

YUSUF GENÇ

TRANSLATOR

ÖZDEN ŞAHİN ER

AUTHORS

YUSUF GENÇ	CENGİZHAN AYNACI
İSMAİL AKYÜZ	ZEYNEP ATALAY
UMUT SOLMAZ	MUSA ZOR
HÜSEYİN ZAHİD KARA	AHMET HAMARAT

CONTENTS

TABLES	5
ELŐSZÓ	8
BEVEZETÉS	11
1. HALÉKTTALANSÁG ÉS A HAJLÉKTTALANOK	15
1.1. Definíció és tartalmak.....	15
1.2. A hajléktalanság történelmi háttere	17
1.3. A hajléktalanságot magyarázó elméletek	25
1.3. 1. Egyéni elméletek a hajléktalanságról.....	25
1.3.2. A hajléktalanságot magyarázó strukturális és modern elméletek	25
1.4. A hajléktalanok problémái.....	29
1.4.1. Lakhatás	30
1.4. 2. Munkanélküliség.....	31
1.4. 3. Stigmatizáció.....	32
1.4. 4. Családi problémák	33
1.4. 5. Fizikai betegségek.....	34
1.4. 6. Mentális betegségek.....	36
1.5. A hajléktalanság okai.....	38
1.5.1. Gazdasági okok.....	39
1.5.2. Szociális okok	39
1.5.3. Egyéni okok	40
1.6.1. A hajléktalanság típusai	41
1.6.2. Nemek, életkor, földrajz és tipográfia szerinti osztályozás	43
1.7. A hajléktalanásg kultúrája	44
1.8. A hajléktalanság problémája a világban és Törökországban.....	46
2. HAJLÉKTTALANSÁG ÉS A KISZOLGÁLTATOTT CSOPORTOK	49

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

2.1. Hajléktalan családok.....	49
2.2. Hajléktalan nők.....	51
2.3. Hajléktalan gyerekek	52
2.4. Hajléktalan függők	54
3. HAJLÉKTALANOKKAL KAPCSOLATOS POLITIKÁK ÉS GYAKORLATOK..	56
3.1. A HAJLÉKTALANOKKAL KAPCSOLATOS POLITIKÁK ÉS GYAKORLATOK A VILÁGBAN ÉS TÖRÖKORSZÁGBAN	58
3.1. 1. Menedék és lakhatási gyakorlatok	58
3.1. 2. Szociális szolgáltatások alkalmazásai.....	62
4. A HAJLÉKTALANSÁGGAL KAPCSOLATOS SZAKIRODALOM.....	70
4.1. Török irodalom	70
4.1. 1. Posztgraduális szakdolgozatok	70
4.1. 2. Tudományos cikkek	74
4.2. Világirodalom a hajléktalanokról	77
2022.....	77
2021.....	79
2020.....	81
2019.....	83
2018.....	84
MÓDSZEREK.....	87
5.1. Tanulmány csoport	87
5.2. Kutatási terv.....	88
5.3. Adatgyűjtés eszközei	88
5.4. Adat analízis	88
6. EREDMÉNYEK.....	90
6.1. A hajléktalanokkal kapcsolatos megállapítások	90
6.1. 1. A hajléktalanokkal kapcsolatos demográfiai megállapítások	90
6.1. 2. Jellemzők a hajléktalanságról	92

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

6.1. 3. Alapvető szükségletek a hajléktalanság folyamatában	97
6.1.4. Alkohol- és szerhasználat a hajléktalanság folyamatában	100
6.1. 5. Családi, baráti és intézményi támogatás a hajléktalanság folyamatában.....	105
6.1. 6. Családi kapcsolatok a hajléktalanság folyamatában	110
6.1. 7. A munka világa a hajléktalanság folyamatában.....	114
6.2. A hajléktalanok családjaira vonatkozó megállapítások.....	120
6.2. 1. A hajléktalanok családjaira vonatkozó demográfiai megállapítások.....	120
6.2. 2. A családok hajléktalansággal és hajléktalanokkal kapcsolatos attitűdjei	121
6.2. 3. A családi problémák megbeszélésének gyakorisága	132
EREDMÉNY.....	135
HIVATKOZÁSOK.....	147

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

TABLES

Tábla 1: A szakdolgozatok tudományos fakultásai	73
Tábla 2: A hajléktalanok demográfiai jellemzői	91
Tábla 3: Az első hajléktalanná válás kora	92
Tábla 4: Az együttélés állapota és a hajléktalanság időtartama	93
Tábla 5: A rokonokkal való kommunikáció gyakorisága	94
Tábla 6: Hajléktalanság előtti események országonként.....	95
Tábla 7: Börtönbe lépési státusz.....	96
Tábla 8: Lakhatási probléma országonként.....	97
Tábla 9: A személyes biztonság érzékelése a menedékhelyen	98
Tábla 10: A hajléktalansággal kapcsolatos, intézményektől kapott lakhatási tanácsadás helyzete	99
Tábla 11: Élelmiszerhez való hozzáférés	100
Tábla 12: Az első alkoholfogyasztás életkora az első alkalommal hajléktalanná válás életkora szerint	101
Tábla 13: Az országok összehasonlítása az átlagos alkoholfogyasztás gyakoriságában	102
Tábla 14: A hajléktalanok hozzáállása az alkohorról való leszokáshoz/csökkentéshez	103
Tábla 15: Kábítószerrel való visszaélés országonként	104
Tábla 16: A függőként való öndefiniálás állapota	105
Tábla 17: A szerhasználat csökkentésére tett kísérlet	105
Tábla 18: A családtámogatás céljai a hajléktalansági folyamatban	106
Tábla 19: Tétovázás a család támogatásának kérésében a hajléktalansági folyamatban	107
Tábla 20: Tétovázás a barátok támogatásának kérésétől országonként	108
Tábla 21: Tétovaság a szolgáltató intézmények személyzetének támogatásának kérésében.....	109
Tábla 22: Intézményi gondozás története gyermekkorban országonként	110
Tábla 23: A 6-18 év között a rokonokkal való kommunikáció helyzete	111
Tábla 24: A személy alkoholfogyasztási státusza az otthoni alkohol- és kábítószer-fogyasztás státusza szerint 18 éves korig	112
Tábla 25: Családon belüli erőszak szemtanúi 18 éves korukig országok szerint.....	113
Tábla 26: A munkavállalási státusz 15 éves korától napjainkig	114
Tábla 27: Az elmúlt 30 napban a pénzért dolgozó munkanapok száma	115
Tábla 28: Az elmúlt 30 napban végzett különböző munkák száma	115
Tábla 29: Az elmúlt 30 napban használt pénzkeresési módok országok szerint	116
Tábla 30: Az általános egészségi állapot megítélése országonként	117

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Tábla 31: Testi fájdalom megélése az elmúlt 1 hónapban	117
Tábla 32: Képes önállóan elvégezni az "orvos által felírt gyógyszerek szedése" cselekedetet. .	118
Tábla 33: Képes önállóan elvégezni a "A saját támogatási kérelem benyújtása" cselekedetet .	118
Tábla 34: Képes önállóan elvégezni a "Költségvetési terv készítése" cselekedetet.....	119
Tábla 35: Képes önállóan elvégezni a "Busszal utazás" cselekedetet.....	119
Tábla 36: Kórházi kezelés érzelmi vagy mentális egészségügyi problémák miatt	119
Tábla 37: Hosszú távú/magas dózisú kábítószer-használati státusz az elmúlt 30 napban tapasztalt mentális hatások miatt.....	120
Tábla 38: A családok demográfiai jellemzői.....	120
Tábla 39: A hajléktalanság okának megítélése országonként	121
Tábla 40: A hajléktalanokkal való találkozással kapcsolatos attitűdök	122
Tábla 41: Gondolatok az utcai hajléktalanok identitásáról az anyagi helyzet megítélése szerint	123
Tábla 42: A családtag távozása esetén tanúsítandó magatartás	124
Tábla 43: Hajléktalanság esetén a hajléktalan személy jelenléte által tanúsítandó magatartás ..	124
Table 44: A család szerepe a hajléktalan egyén otthonról való távozásában családi állapot szerint	126
Tábla 45: A hajléktalanok lakhatási problémája országonként.....	126
Tábla 46: Vélemények a hajléktalanok lakókörnyezetének biztonságáról a hajléktalanok jelenléte alapján	127
Tábla 47: A hajléktalanok problémáinak megoldását szolgáló szolgáltatások ismertsége	128
Tábla 48: Vélemények az államok hajléktalanok hazatérésével kapcsolatos erőfeszítéseiről országonként.....	128
Table 49: Kíváncsiság a hajléktalanokat ellátó intézmények/szervezetek iránt	129
Tábla 50: A hajléktalanokat ellátó intézmények/szervezetek látogatásának helyzete	129
Tábla 51: A hajléktalanokat ellátó intézményekben/szervezetekben való munkavállalási szándék státusza	130
Tábla 52: A családok véleménye a házból távozó személy hazatéréséről	130
Tábla 53: A családi problémák megbeszélésének gyakorisága	132
Table 54: A családi problémák megoldási módszere	132
Tábla 55: A családon belüli erőszak helyzete	133
Tábla 56: Gondolatok az erőszak elleni intézkedésekről	133

ÁBRÁK

Ábra 1: Megoszlás évek szerint	71
--------------------------------------	----

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Ábra 2: A tézisek nyelvei	71
Ábra 3: Tézisek típusa.....	72
Ábra 4: A szakdolgozatokban használt módszerek.....	72

ELŐSZÓ

Ma, amikor a világ korlátlan erőforrásokkal és lehetőségekkel rendelkezik, senki sem részesülhet ezekből egyenlően és igazságosan. Az ilyen egyenlőtlenség számos társadalmi problémát okoz a társadalomban. A hajléktalanság, amely egy ősi, hosszú múltra visszatekintő kérdés, fontos társadalmi kérdés, amely a múltból napjainkig minden társadalom témája volt/van, és napjainkban is különböző formákban jelenik meg. Az e témával foglalkozó tanulmányok értékes szellemi hozzájárulásokat hoztak a tudományos irodalomba, amelyek útravalót jelentenek az utánuk következők számára. Ilyen előfeltétel alapján készült ez a könyv és az a projekt, amely a könyv elkészítéséhez vezetett, hogy a korábbi tanulmányok felhalmozásából profitálva különböző nézőpontokat és megoldásokat kínáljon a hajléktalansággal és a hajléktalan emberek otthonukba való visszatérésével kapcsolatban.

Ez a tanulmány, amely az Erasmus+ KA204 "Returning Home to Street People through Rehabilitation and Mediation (HOPE)" projekt kimeneteiből jött létre, a Sakarya Egyetem fő koordinálásával, a Bolu Abant İzzet Baysal Egyetem, a Disadvantaged Groups Understanding and Social Support Association, az Arıhan Private Education Company, Sakarya Provincial Directorate of Family and Social Services (Törökország) partnerségével, ARES Compobasso (Olaszország), Human Profess Közhasznú Nonprofit Kft. (Magyarország), Austrian Association Of Inclusive Society (AIS) - Verein Fur Eine Offene Geselleschaft (Ausztria) közreműködésével. A partnerek áttekintették a hajléktalanság kérdését, amely a világ egyik krónikus problémája mindenütt, és a kapott adatokat összehasonlító módon mutatják be az olvasóknak. Mivel a társadalmi problémák nem tartoznak egyetlen földrészhez, és nem érthetők meg egyetlen nézőpontból, a hajléktalanság problémájának megoldása szempontjából értékes a különböző országokban kialakult gyakorlat.

Bár szinte mindenkinek van mondanivalója a hajléktalanságról, nagyon nehéz ezeknek a diskurzusoknak tudományos identitást nyerniük. A vizsgált célközönséghez való hozzáférés ugyanis nem mindig teszi lehetővé a megállapítások információvá alakítását. Ami ezt a tanulmányt mássá teszi, az az, hogy négy különböző országban élő hajléktalan csoportokkal és hajléktalan családokkal dolgoztak. A szakirodalomban a problémával kapcsolatos tanulmányok csak korlátozott területen élő hajléktalanokkal készültek. Emiatt a mi tanulmányunk eredeti aspektusa az, hogy transznacionális identitással rendelkezik, hogy különböző (különböző kultúrákból származó) csoportokat értünk el, és hogy a hajléktalanok nem csak magukat, hanem családjukat és társadalmi környezetüket is bevonva terveztük. Örülünk, hogy egy ilyen átfogó tanulmányt hoztunk a tudományos mezőbe.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Tanulmányunk fő célja, hogy meghatározzuk a hajléktalanok és a hajléktalan személyekkel együtt élő családok bio-pszicho-szociális problémáit, hogy megfelelő megoldási stratégiákat dolgozzunk ki ezekre a problémákra, és hogy rehabilitációjukkal hozzájáruljunk a hajléktalanok otthonukba való visszatéréséhez. Tanulmányunk keretében, amelyben a csapatmunka, a koordináció és a fegyelem szavak elevenedtek meg, meghatároztuk a hajléktalanok és a hajléktalan egyénekkel rendelkező családok jelenlegi helyzetét, és következtetéseket vontunk le. A projekt vonatkozó eredményeit, amelyekben a hajléktalanok, családjaik és az e területen dolgozó szakmai személyzet számára képzési modulokat dolgoztunk ki, online elérhetővé tettük az e-learning platformon keresztül török, angol, német, olasz és magyar nyelven.

Ez a hat fő fejezetből álló tudományos kutatókönyv a társadalmi problémák területén fontos tanulmányokat végző tudományos munkatársaink aprólékos, hatékony, alapos, objektív és tekintélyes hozzájárulásával készült. Az első részben egy elméleti keretet hoztunk létre olyan alapvető kérdésekkel, mint a hajléktalanság jelenségének fogalmi kerete, történelmi háttere, a hajléktalansággal kapcsolatos elméletek, a hajléktalanok által tapasztalt problémák, a hajléktalanság okai, típusai és osztályozásai, a hajléktalanság kultúrája és a hajléktalanságkutatás a szakirodalomban. Ezen túlmenően az elméleti infrastruktúrát gyakorlati információkkal támasztották alá azáltal, hogy a hajléktalanságra vonatkozó kvantitatív adatokat vontak be mind a világban, mind Törökországban. A második rész a hajléktalanság különböző társadalmi csoportokra gyakorolt hatásával foglalkozik. Mivel az egyes társadalmi csoportok szerepe és funkciója a társadalomban eltérő, az olyan probléma, mint a hajléktalanság, eltérő mértékben érinti őket. Ezért fontosnak tartjuk a társadalmi csoportok helyzetét ebben a folyamatban.

A harmadik részben, ahol a hajléktalanokkal kapcsolatos szociális politikákat tárgyaljuk, a hajléktalansággal kapcsolatos politikákat és gyakorlatokat értékeljük különböző országok és intézmények példáinak bemutatásával. A szociálpolitikák a társadalmi problémák azonosításának és megoldásának úttervei. Egy olyan kérdésben, mint a hajléktalanság, az országoknak saját jellemzőiknek megfelelően kell kidolgozniuk és fejleszteniük a szociálpolitikát. E címszó alatt mindezen folyamatokról tájékoztatást adunk. A negyedik fejezetben a hajléktalansággal és a hajléktalanokkal kapcsolatos tudományos kutatásokat tárgyaljuk mind Törökországban, mind a világban, példák bemutatásával. A kutatási folyamat során megfigyelték, hogy a hajléktalansággal/hajléktalanokkal kapcsolatos tanulmányok (a közelmúltat kivéve) nagyon kevesen vannak. Ezért ez a munka remélhetőleg inspirálni fogja az utána jövőket az előtte lévőkre való hivatkozással.

A kutatás ötödik része a módszertanhoz kapcsolódik. A vizsgálati csoportra, a mintára, az adatgyűjtési eszközökre és az elemzésekre vonatkozó leíró információk kerültek a tartalmi

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

részbe. Az eredmények utolsó része a hajléktalanok és családjaik leíró információival kezdődően olyan kimeneteket tartalmaz, mint a hajléktalanság folyamata során felmerülő problémák, a szociális támogatási igények, a hajléktalansággal kapcsolatos attitűdök és az életben való részvételi szándék, a rossz szokások megszerzése és fenntartása a hajléktalanság folyamata során, valamint a társadalmi környezet kapcsolatai a hajléktalanság folyamata során. A tanulmányba bevont országok adatai összehasonlító módon négy különböző ország hajléktalansági helyzetét mutatták be. Ez lehetővé tette, hogy a témát különböző nézőpontokból tekintsük át. Mindezek az eredmények lehetővé tették, hogy széleskörű és értékes információk kerüljenek elő, és a kutatás céljainak megfelelően találkozzanak az olvasókkal.

Az összes szerző nevében,

Prof. Dr. Yusuf GENÇ

BEVEZETÉS

Az emberek az őskor óta folyamatosan küzdenek a túlélésért és a fejlődésért. Ez idő alatt az emberek egyszerre váltak alanyává és tárgyává az önmagukat és a társadalmat mélyen érintő eseményeknek és folyamatoknak. Minden olyan fejlődés, amelyet az ember létrehozott, vagy amelynek hatása alá került, előfeltétele az előzőnek, de egyben az őt követő események egymásutánjának lépcsőfokait is megformálta. A túlélés és a helytállás az ember egyik legalapvetőbb szükséglete, minden korszak alapvető társadalmi kérdéseként került megvitatásra. Ezzel szemben a hely hiánya és az állandó otthon hiánya a társadalmak egyik fontos problémájává vált. Az a tény, hogy minden egyénnek saját privát élettere van, nagyban hozzájárul ahhoz, hogy megvédje magát a külső veszélyektől.

Nagyon nehéz olyan jelenségekről beszélni, mint a magántulajdon, az örökség átadása vagy bármilyen vagyontárgy birtoklása, azelőtt, hogy az emberek csoportokba szerveződtek, letelepedtek, és olyan tevékenységeket folytattak, amelyek kielégítik alapvető szükségleteiket (Swain, 2005: 175). Ebből a szempontból nem lenne tévedés azt mondani, hogy az ember tulajdonszerzésének és élőhelyhez jutásának egyik alapvető kitörési pontja az állandó településre való áttérés volt. Az állandó letelepedéssel az embernek olyan tulajdona van, amelyet sajátjaként azonosíthat. Az egyik ilyen tárgy, a "ház" a magántulajdon legfontosabb struktúrájaként jelent meg. E fejlemények után a társadalmak saját struktúrákat építettek, és az "otthon" fogalma az emberiség fontos tárgyává vált.

E folyamatok után a világ számos pozitív és negatív fejleménynek volt tanúja, és az emberek olyan eseményeket éltek át, amelyek súlyosan érintették őket. Számos makroesemény, például a szárazság, a migráció, a háborúk és a természeti katasztrófák megváltoztatták a történelem menetét, és ez a helyzet számos társadalmi probléma kialakulásához vezetett. A tömegek folyamatos mozgása, az emberek vándorlási helyeinek elégtelen erőforrásai és a menedék iránti igény növekedése megváltoztatta a "ház" jelenségének megítélését. A társadalom bizonyos szegmenseinek képtelensége arra, hogy állandó helyen lakjanak, megnyitotta az utat az új fogalom, a "hajléktalanság" identitást nyerő fogalma előtt.

A hajléktalanságot, amely az emberi történelemmel egyidős téma, nagyon nehéz vizsgálni. Ugyanis a témával foglalkozó számos tanulmány sokféle elképzelést fogalmazott meg a hajléktalanság kezdetéről vagy töréspontjairól. Mivel azonban a magántulajdont a letelepedett életre való áttéréssel együtt látják, az otthon/otthonatlanság elemzése is ezekre az időpontokra hivatkozva végezhető el. Bizonyos időszakok változásai hatnak erre a társadalmi problémára, amellyel minden ország vagy civilizáció kisebb-nagyobb mértékben szembesül. Mivel ezek az

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

időszakok mindegyike a maga sajátosságait tükrözte, a hajléktalanságról alkotott nézetek is eltérőek voltak. Mint már említettük, az első időszak a letelepedett életre való áttérés időszakaként és az iparosodás előtti időzakként fejezhető ki (Blou, 1992: 10). Ebben az időszakban a hajléktalanság/hajléktalan egészen más meghatározást és tartalmat kapott, mint ma, amikor menedékhelyekből elég kevés volt. A második időszak az iparosodás, amely a 18. század végén következett be, és az egész világra hatással volt, megváltoztatta a világ arculatát. Az ipari forradalom, mint az emberi történelem egyik legfontosabb fordulópontja, meghatározó eredményeket hozott mind az egyén, mind a társadalom számára.

Az ipari forradalom, amely a társadalom növekvő igényeinek és a technológiai fejlődésnek a közös megnyilvánulása, a történelmi szintér egyik mérföldkövének tekinthető, amelynek identitása a korábbi időszakokhoz nem hasonlítható hatásokkal jár. Miközben ez az időszak megváltoztatta a társadalom arculatát, és új reményeket keltett a szükségletek kielégítésében és a társadalmi jólétben, ugyanakkor az osztálykülönbségek is nyilvánvalóbbá váltak, társadalmi egyenlőtlenségek alakultak ki, és az embereket alapvető szükségleteik kielégítésétől is megfosztották.

Miközben a növekvő termelési igények azt mutatják, hogy több munkaerőre van szükség, a munkaerő kizsákmányolása a társadalom részévé vált. A társadalmi erőforrások megosztása és felhasználása azonban nehézkessé vált, és egyes társadalmi csoportokat megfosztottak ezektől az forrásoktól. Az, hogy az országok a jóléti állami modellek helyett liberális politikát folytatnak, a szabad piacgazdaság erősödése és a privatizációk növekedése a társadalmi egyensúly megrendülését okozta. A városi élet arculatának nagymértékű változása a növekvő népességgel együtt fontos társadalmi kérdéssé tette a lakhatást. Ennek a helyzetnek természetes következményeként jelent meg a "hajléktalanság" problémája, amely nem csupán a szükségletektől való megfosztottságot, hanem az életmódot is jelenti, és amelynek alapvető jellemzői kezdtek kirajzolódni.

Bár a hajléktalanság nagy tömegeket érintő módon való behatolása a társadalomba és a mai megítélése az ipari forradalommal vált nyilvánvalóvá, köztudott, hogy ez egy olyan ősi társadalmi kérdés, amely egyidős az emberi történelemmel. Ugyanis minden társadalomban nem lehet minden létfontosságú szükségletet rövid időn belül vagy tartósan biztosítani. Ezért egyes csoportok különböző okok miatt más problémák hatására vagy okozójaként szembesülhetnek a hajléktalanság problémájával.

Elmondható, hogy a harmadik törés a gyarmatosítási tevékenységgel együtt következett be (Blou, 1992: 10). Miközben a kizsákmányolás révén Ázsiából és Afrikából Európába és Amerikába áttelepült emberek komoly változásokat okoztak a jelenlegi népességben, a növekvő

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

számú ember nem fért el a meglévő lakásokban, ami olyan társadalmi problémát okozott, mint a hajléktalanság.

A negyedik időszak az iparosodás fejlődésével és elterjedésével járt (Blou, 1992: 10). Bár időbe telik, amíg az iparosodás az egész világon elterjed, az a valóság, hogy globális hatása van. Míg az iparosodás, amely közel száz év alatt fejlődött ki, a kapitalizmust tárta fel, addig a globális mobilitás, amely a tömegek városokba vándorlásával kezdődött, minden társadalmi problémát táplált, valamint növelte a hajléktalanságot. Vannak olyan elméletek is, amelyek azt állítják, hogy a hajléktalanság ebben az időszakban nőtt a legnagyobb mértékben.

Végül az ötödik időszak a piacgazdaság, amely az 1980-as években lépett be az emberek életébe (Blou, 1992: 10). Ezzel a gazdasági modellel csökkentek a szociális jóléti programokba és célokba történő beruházások, csökkentek a munkavállalók bérei, az állami intézményeket átadták a magánvállalkozások monopóliumának, és alacsony bérű munkakörülmények alakultak ki. Ebben az időszakban, amikor a társadalom szinte teljes egésze a magánvállalkozásoknak volt kiszolgáltatva, a rendkívül rossz társadalmi-gazdasági helyzet volt az egyik olyan fejlemény, amely a hajléktalanságot kiváltotta. Az a tény, hogy az ebben az időszakban megszerzett pénz nem tudta kielégíteni az életszínvonalat, azt a problémát okozta, hogy az emberek nem tudtak tulajdonhoz jutni a folyamat során.

A hajléktalanság a múltból származó történelmi örökségével szinte minden társadalmi diszciplína címzettjévé vált, különösen a 80-as években, amikor a világ globális faluvá vált, és különböző konceptualizációknak volt kitéve. Az ezzel az időponttal járó technológiai ugrások és a dolgok korlátlan mozgása a világ minden táján megnyitotta az utat a hajléktalanság új és különböző dimenzióinak megvitatásához, kutatásához és alkalmazásához a makroterületeken. Bár a vonatkozó tudományos kutatások új anyagokat tártak fel és új perspektívákat mutattak be a hajléktalansággal kapcsolatban, ez magával hozott néhány kihívást is a hajléktalansággal és a hajléktalanokkal kapcsolatban. Az a tény, hogy a fogalom nehezen keretezhető, és nincs a témával kapcsolatos specifikus módszer, azt eredményezte, hogy az érintettek számára alkalmazandó tevékenységek sokrétűvé és összetetté váltak (Özkazanç-Dinçer, 2020: 69).

A hajléktalanság, amely ma már valószínűleg minden társadalomban megjelenik, negatív jellegzetességeket nyert, akárcsak azok az emberek, akik megtapasztalták ezt a problémát. Bár minden társadalomban más-más formában jelenik meg, más-más hatással van a hajléktalanokra, akik különböző okok miatt élik így az életüket. Ezért elmondható, hogy mind a hajléktalanság, mind a hajléktalanok a történelmi, társadalmi-gazdasági, politikai és kulturális tényezők függvényében változnak vagy alakulnak át (Hopper, 2003: 15-17).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A hajléktalansággal kapcsolatos számos narratíva, politika és gyakorlat szerveződik és valósul meg helyi vagy nemzetközi szinten szerte a világon. Rendkívül fontos, hogy a fogalmak egyértelműen definiálva és időrendben legyenek, mielőtt a hajléktalansággal és a hajléktalansággal kapcsolatos gyakorlatokba belekezdenénk. Ugyanis a hajléktalansággal és a hajléktalanokkal kapcsolatban csak az a konszenzus, hogy nagyon nehéz meghúzni a határt a kétértelműség és a téma között. Emiatt a hajléktalanság/hajléktalanok fogalmi kerete és történelmi háttere képezi majd a kutatás alapvető alapjait.

1. HALÉKOTALANSÁG ÉS A HAJLÉKOTALANOK

1.1. Definíció és tartalmak

A hajléktalanság olyan társadalmi probléma, amely napjainkban szinte minden társadalomban létezik. A hajléktalanság, amely a társadalmakat mélyen érintő társadalmi jelenség, számos nehézséget is tartalmaz. Míg azonban ezek a nehézségek egyes társadalmakban jobban láthatóak, addig másokban a helyzet teljesen fordított. Bár fontos társadalmi problémáról van szó, a hajléktalanságnak nincs általános definíciója. Az általános definíció hiánya miatt a társadalomtudósok nem értenek egyet a hajléktalansággal kapcsolatban. Ez a helyzet azt eredményezi, hogy a hajléktalanság minden területen egyedi identitást nyer. Mivel az országok anyagi és erkölcsi értékei különböznek egymástól, természetes, hogy a hajléktalanság is másként jelenik meg. A legáltalánosabban azonban a hajléktalanságot úgy lehet meghatározni, mint a menedékhez való jog hiányát, amely az ember egyik alapvető szükséglete.

Bár a hajléktalanság fogalmának meghatározása bizonytalan, látható, hogy a különböző tudósok különböző definíciókat adnak erre a problémára. Tekintettel arra, hogy a hajléktalanság valamitől való megfosztás, érthető, hogy a fogalom az "otthon" szóra épül. Így a fogalmi keret könnyebben magyarázható. A legáltalánosabb meghatározás szerint az "otthon" az a környezet, amelyben az egyének szükségletei kielégülnek, az összetartozás érzései kicsíráznak, és a személyes fejlődéssel kapcsolatos folyamatok és gyakorlatok első lépései megtörténnek (Somerville, 1992: 532-534). A ház, amely minden olyan tevékenység fő központja, amely hozzájárul az emberek anyagi és szellemi fejlődéséhez, számos pszichoszociális, gazdasági és/vagy kulturális tényezőt foglal magában (Ravehill, 2008: 12; Arnold, 2004: 60).

Az "otthon" nemcsak olyan környezet, amely kielégíti az emberek biztonsági szükségleteit, hanem lehetővé teszi az emberek számára, hogy felismerjék és kifejezzék önmagukat (Smith és Ravenhill, 2007). Az egyének ebben a környezetben tervezik meg életüket és szervezik meg cselekedeteiket. Így alakulnak ki a társas kapcsolatok (Rossi, 1989). Tekintettel arra, hogy azok az emberek, akiknek bármilyen házuk van, az összes említett tevékenység közvetlen címzettjei, és nyilvánvaló, hogy a "hajléktalanként" definiált egyének megfosztottak mindezen folyamatoktól. Ami azt illeti, a "hajléktalan" definíciója is erre utal, és a "hajléktalanok" olyan emberek vagy csoportok, akiknek nincs rendszeres lakhelyük, hajlékuk és szükségleteiket különböző szociális szolgáltatásból próbálják kielégíteni (FEANTSA, 2002: 10). Ezek az emberek a társadalomtól elszigetelt életet élnek, és ezért nagyobb valószínűséggel fertőződnek meg betegségekkel. Emellett társadalmi kapcsolataik nagyon gyengék, és nagyon passzívak a társadalmi erőforrásokból való részesedés tekintetében (Acar és Erbay, 2013: 9).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Általánosságban ezek a meghatározások azt mutatják, hogy a hajléktalan embernek vannak közös jellemzőik.

Látható, hogy a hajléktalanság / hajléktalanok kérdését is különböző intézményi hatóságok határozzák meg. Az ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Bizottsága (UNCESCR) a hajléktalanság meghatározásakor a megfelelő lakhatás kritériumát vette alapul. A bizottság meghatározása szerint a hajléktalanság a következőket jelenti; "Elegendő menedék, elegendő magánélet, elegendő hely, elegendő biztonság, megfelelő világítás és szellőzés, elegendő alapvető infrastruktúra, munka és ésszerű árak, elegendő hely". (UNCESCR, 1991: 11. cikk). Az amerikai jogban: "Azokat az embereket, akiknek nincs otthonuk vagy lakóhelyük, utcán élnek, nincs megfelelő helyük éjszakai alvásra, ideiglenes életkörülményeket biztosító helyeken, például szállodákban, tömegszállásokon, börtönökben és elmebetegek átmeneti elhelyezésére szolgáló helyeken tartózkodnak, és ellenőrzött szociális lakásokban élnek, "hajléktalannak", az ebből a folyamatból eredő helyzetet pedig "hajléktalanságnak" nevezik" (Yağan, 2009).

Robertson, Roper és Boyer (1984) szerint a hajléktalanság az állandó lakóhely, a postai küldemények fogadására szolgáló eszköz és az alvóhely hiánya. Bár ez a meghatározás a hajléktalanság fizikai dimenziójára összpontosít, a kapcsolódó probléma nem csak a lakhatás hiánya. Lehet például egy egyszobás házban lakni, vagy együtt lakni valakivel. Ebben az esetben azonban a hajléktalanságot az életszínvontól függően kell kezelni (Wolch, Dear és Akita, 1988, 442. o.). Springer (2000: 479) definíciója ezt a helyzetet jelzi, és a hajléktalanságot úgy fejezi ki, hogy az illető nem rendelkezik egy speciális minimális életszínvonallal.

Egy másik kérdés, amelyben nem sikerült konszenzusra jutni, a hajléktalanság és a tartózkodási hely/tartózkodási képtelenség, amely a migrációs mozgásokkal együtt jelentkezett. Baum és Burnes (1993: 14) szerint a bevándorlókat nem szabad összekeverni a hajléktalanokkal, mivel a bevándorlók nem rendelkeznek állandó tartózkodási engedéllyel. Bár ez a helyzet megakadályozza a tulajdonszerzést, ezek az emberek fenntartják kapcsolataikat mind a családjukkal, mind a társadalommal.

Másrészt a hajléktalanság a "marginalizáció", az "elidegenedés" és a "társadalmi kirekesztés" változókkal is magyarázható. A marginalitás fogalma "olyan emberek helyzetére utal, akik önmagukban dialektikus kapcsolatot létesítenek a másság, a kirekesztettség és a kulturális identitás feltételeivel, és akik a domináns kultúra vagy a hatalmi mechanizmusok miatt kirekesztettek a társadalmi környezetből" (Zengel és Kaya, 2003: 17). A hajléktalanok gyakran a társadalom marginalizált csoportjai közé tartoznak. Ezek az egyének egyrészt nem rendelkeznek a lakhatási igényeik kielégítéséhez szükséges lakhatási lehetőségekkel. Másrészt problémáik vannak a társadalmi részvétellel. A vonatkozó kérdés vizsgálatakor azonban eltérő

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

vélemények merülnek fel. Ezek szerint a hajléktalanok inkább maguk választják jelenlegi életüket, és nem hajlandóak dolgozni, megélhetésüket pedig a társadalomra bízják. Bár mind a társadalomban, mind a szakirodalomban létezik ilyen általános elfogadás, a hajléktalanok között meglehetősen alacsony azoknak a száma, akik elmenekülnek a munka világa elől, és még ezek az egyének is igencsak hajlandóak részt venni a munka világában (Lovell, 2007: 160).

Bár a meghatározások, dimenziók és kritériumok változnak, és a fogalommal kapcsolatban különböző nézőpontok kerülnek bemutatásra, a hajléktalanság legalapvetőbb jellemzői az, hogy sérti az egyén méltóságát, megfosztja őt mindenféle biztonságtól, és hátrányos helyzetűnek érzi magát a társadalomban. Fitzpatrick, La Gory és Ritchey (1999: 439) a hajléktalanságot a fent említett tág perspektívából értékelte, és megállapította, hogy a hajléktalanság sokkal több, mint a fizikai fedél hiánya. Az egyéneket stresszeli, azonosíthatatlanná és személytelenné teszi őket. Ezen túlmenően kijelentették, hogy az ezzel kapcsolatos probléma előkészíti az utat az erőszak megjelenéséhez, és veszélyezteti az embereket és a társadalmat egyaránt.

Mint látható, a hajléktalanságnak különböző definíciói és megközelítései vannak, és mindegyik keretet ad a témának. Ezek alapján a témával másképp lehet foglalkozni, és diverzifikálni a kutatást.

1.2. A hajléktalanság történelmi háttere

Minden koncepció mögött történelmi háttér áll. Ha ezt a háttérrel figyelembe vesszük, akkor láthatóvá válnak az adott probléma dimenziói, a társadalom nézőpontjának eltérései és a megoldási javaslatok. Ezért a hajléktalanság kezelésénél figyelembe kell venni a történelmi folyamatot. Hiszen napjainkban a hajléktalanság, mint minden fogalom, azokon a határokon és körülményeken belül formálódik, amelyekben elhelyezkedik. Ezért lehetnek különbségek a ma emlegetett hajléktalanság és a hajléktalanságnak a kialakulásának időszakában tulajdonított jelentések között.

A hajléktalanság meghatározásában tapasztalt kétértelműség a fogalom történelmi háttérében is megnyilvánul. Bár az emberiség igen gazdag forrásokkal rendelkezik a települések, a termelés és a kultúrák tekintetében, szinte lehetetlen olyan információkkal és dokumentumokkal rendelkezni, amelyek a hajléktalanság közvetlen történetét adnák meg. A helyzet okairól készült értékelések közül az első megállapítja, hogy a fogalom közvetlenül nem fejez ki semmit. Ez azt mutatja, hogy a hajléktalanságnak a múltban nem volt definíciója. A másik ok a tulajdon fogalmán keresztül magyarázható. A maradványnak tekinthető régészeti tárgy hiánya miatt azonban nem lehet a hajléktalanság kronológiai értékelését elvégezni (Özkazanç-Dincer, 2020: 76).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A hajléktalanság alapvetően azt jelenti, hogy nem hagyunk hátra semmit, és ezt a helyzetet különösen az ingatlanon keresztül kezeljük (Howe, 2004: 2). Ezért egyes kutatók az ipari forradalmat a hajléktalanság mérföldköveként vizsgálták (The National Academic Press, 2018: 175), míg más tanulmányok azt feltételezik, hogy a hajléktalanság története egyidős az emberiséggel (Fox-Strangways, 1924; Bassuk és Franklin, 1992: 67). Az emberiség történetének első írott szövegei, törvények és konvenciók ebben a tekintetben segédforrásoknak tekinthetők. Bár ezek az eszközök közvetlenül nem nyújtanak információt és adatokat a hajléktalanságról és a hajléktalanokról, fontos források a tulajdonviszonyok és azok hiányának feltárása szempontjából. Hasonlóképpen, a korabeli körülményeket és légkört tükröző informális szövegek (történetek, versek stb.) betekintést és támpontokat nyújtanak a témába (Özkazanç-Dinçer, 2020: 77).

Írásos szövegek, amelyekben a hajléktalanságot fogalomnak tekintik, és a hajléktalan emberekkel mint társadalmi csoporttal először a Kr. e. 2. században találkoztak. Amikor Plutarkhosz (1811:197) Tiberius Gracchus következő szavait említi, a "hajléktalan" fogalma először talált helyet az irodalomban:

[A hajléktalanokat vadembereknek nevezi]: "Az olaszországi vadállatoknak barlangjaik és odúik vannak, ahol megpihenhetnek, de a bátor férfiaknak, akik vérüket ontották az ő ügyéért, nem maradt más, csak a levegő és a fény. Házak nélkül, házastársukkal és gyermekeikkel együtt vándorolnak egyik helyről a másikra. Bátorítják katonáikat, és felszólítják őket, hogy harcoljanak a háború előestéjén, a császárok sírjainak és templomainak védelmében vívott harcokban a szülőföldjük isteneiért. E számok miatt talán nincs egyetlen római sem, akinek ne lenne oltára az őseinek, vagy olyan sírja, amelyben a hamvai állnának. Azért harcolnak és halnak meg, hogy az idősebbek gazdagságát és fényűzését előmozdítsák. Bár a világ urainak nevezik őket, egyetlen darab földjük sincs, amely a saját tulajdonukban lenne (Plutarkhosz, 1811: 197)." (Plutarkhosz, 1811: 197).

Ebből a szempontból elmondható, hogy a társadalmi rétegződés az ókori Rómában komolyan megmutatkozott. Az írott, szóbeli és vizuális kommunikációs eszközökből származó információk alapján ismert, hogy az ellentétek együtt éltek az ókori Rómában. A gazdagok és szegények, rabszolgák és szabadok, férfiak és nők, fiatalok és idősek közötti különbségek az ókori Rómában teljesen normálisnak számítottak (Wiedemann, 2005: 13). Egy ilyen társadalmi-demográfiai társadalmi struktúrában elkerülhetetlen, hogy vannak olyan társadalmi csoportok, amelyek a csúcson és az alján élik az életüket. Ezért nem lenne tévedés azt jósolni/mondani, hogy a gazdagok fényűző életmódja mellett a hajléktalanság is elterjedt a társadalomban (Özkazanç-Dinçer, 2020: 77).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A másik legkorábbi korszak, amelyben a hajléktalanságot a történelmi folyamatban látták, az ókori Görögország. Jelentős különbség van az akkori és a mai "ház" felfogása és meghatározása között. A magántulajdon fogalmát azonban ápolják, védik és az életben való részvétel előfeltételének tekintik. E szerint a hajléktalanoknak nincs megfelelő helyük a társadalomban. A vonatkozó perspektíva miatt az emberek számára nehezzé válik az életben való részvétel és az élethez való alkalmazkodás. Ebből a szempontból elmondható, hogy az ókori Görögországban az állampolgárság és a társadalmi életben való részvétel lehetősége a tulajdonhoz kapcsolódott (Arendt, 1958: 29-30).

Ha ezt az AKK előtti időszakok történelmi folyamát értékeljük, elmondható, hogy az otthon, a hajléktalan és a hajléktalanság fogalmának és a leíró tényezőknek a szemlélete egészen más, mint napjainkban. Megállapítható, hogy a társadalmak és az általuk befolyásolt kultúrák által megélt különböző események képezik ennek a helyzetnek az alapját. Mivel az egyéni, társadalmi vagy állami felfogások minden korban és földrajzilag eltérőek, a hajléktalansággal szembeni attitűdök és gyakorlatok a földrajzilag sajátos módon határozódnak meg. Mindezt figyelembe kell venni a hajléktalanság és a hajléktalanok fogalmának kutatásakor.

A különböző földrajzi és történelmi sémák e dátumok után és a Kr.e. előtti államok értékes tudáskincsével rendelkeznek a hajléktalanság és a hajléktalanok számára. Anglia, az az ország, ahol a feudalizmus és az abszolutizmus legkorábban oldódott meg, kortársaihoz képest meglehetősen gyorsan fejlődött és alkalmazkodott a modernitáshoz. Ez lehetővé tette az ország számára, hogy gyorsabban összpontosítson a szociális kérdésekre és dolgozzon ki szakpolitikákat, és hozzájárult a hajléktalansággal kapcsolatos számos gyakorlat kialakulásához. Ezzel a folyamattal a hajléktalanság modern jelenségként kezdett helyet kapni az emberiség történelmének napirendjén (Acemoğlu és Robinson, 2012: 119).

A 14. század járványokat hozott magával. A pestisjárványt, amely 1347-1351 között világszerte és Európában is tetőzött, az emberiség történetének leghalálosabb betegségeként jegyezték fel. A betegség az európai történelem alakulására is hatással volt, és vallási, társadalmi és gazdasági zűrzavart okozott (URL-1, 2022). E járvány következtében, amely Európában több millió ember halálát okozta, és különösen az Egyesült Királyság lakosságának egyharmadát, a társadalomban megnőtt a társadalmi-gazdasági nélkülözés. Emiatt számos, a szegénységre összpontosító és a társadalom minden szegmensére kiterjedő törvény lépett hatályba. Az 1948-ban véget ért brit szegénnytörvények (British Poor Laws) néven általánosan ismert törvénycsomagok egy része első látásra a szegényeknek szólt, mint a korszak aktuális viszonyainak szükségszerűsége (URL-2, 2022).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Az 1495-ben VII. Henrik vezetésével életbe lépett törvények első célja nem a szegénységre irányult, hanem a munkaerőpiac és a munkaerő szabályozására. A pestisjárvánnyal együtt azonban a csökkenő munkaerő és a gyengülő gazdasági rendszer olyan társadalmi problémákat hozott magával, mint a magas munkanélküliség és a koldulás. A csavargókról és koldusokról szóló törvény, amely e problémák eredményeként született, megtiltotta, hogy munkanélküliség, szegénység és gazdasági problémák esetén kolduláshoz és tétlenséghez forduljanak. A törvény a következő megállapításokat tartalmazza a csavargókra és koldusokra vonatkozóan (URL-2, 2022):

"A csavargókat, gyalogosokat és a gyanús személyeket három nap és három éjjel tartják a raktárban, és a kenyéren és vízen kívül nem kapnak élelmet. Ezután kiviszik őket a városból. Minden tanulmányozásra alkalmas koldus száz emberhez jelentkezik azon a helyen, ahol utoljára élt, ahol a legjobban ismerték vagy ahol született, és az említett büntetés után ott marad. "

Ezen intézkedések ellenére a szegénység tovább nőtt, a társadalom pedig munkaképtelenné vált. Ezért új törvényeket készítettek elő a szegény, hajléktalan vagy munkaképtelen polgárok számára. A csavargókról és koldusokról szóló törvényt követő folyamat során kiadott jogi szövegek azonban inkább az ilyen helyzetbe került emberek megbüntetését célozták, mintsem a vonatkozó probléma megoldását.

Az 1536-ban elfogadott, a szegények megsegítéséről szóló törvény az első olyan törvény, amely kizárólag a szegény állampolgárokra összpontosított, és amelyet az Egyesült Királyság szegénységgel kapcsolatos törvényeinek kezdeteként fogadnak el (Holdsworth, 1945: 392. cikk). Az I. Erzsébet kormánya által életbe léptetett törvény értelmében a lakosokat arra ösztönözték, hogy segítsenek a szegényeknek, a hajléktalanoknak vagy a koldusoknak (Slack, 1995: 59-60). Ez a törvény három fontos alapelemre épül, mint például a munkalehetőségek keresése a dolgozni vágyók számára, a koldulás nem elfogadása helyes viselkedésként és életmódként, valamint a koldusok nyilvános megbüntetése. Ennek a feladatnak az ellenőrzését és végrehajtását az egyházra bízták, és úgy döntöttek, hogy az előjárónak kell felügyelnie (Elton, 1953: 56).

A következő évben, 1601-ben lépett hatályba az új szegénytörvény [Elizabethan Poor Law]. Erzsébet idején a szegények segélyezéséről szóló törvény (an Acte for the Relief of the Poore) alapján idézték be. Ez a törvény az 1597-es törvény átdolgozott változata.

Az 1601. évi törvény bevezető része a következő kijelentést tartalmazza:

"Az 1601. évi törvény értelmében minden egyházi közigazgatási körzetnek segítenie kell a saját idős és rászoruló emberein, gondoskodnia kell a védtelen gyermekekről, és munkát kell biztosítania a munkaképeseknek".

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Röviden összefoglalva a következőket mondhatjuk:

- Az egyházi közigazgatási körzet a szegények megsegítésének közigazgatási egysége. Ehhez az egységhez tartoznak az egyházi gondnokok vagy egyházi közigazgatási körzeti felügyelők, akik a szegénységi adók beszedéséért és elosztásáért felelősek.
- Egyes termékek, mint például a len, a kender és a gyapot, munkát biztosítanak a szegényeknek, akik tudnak dolgozni. Azokat a szegényeket, akik megtagadják a munkát, miközben a "Javítóházba" küldhetik vagy bebörtönözhetik őket.
- A gondozásra szoruló szegények közé tartoznak az idősek, vakok, nyomorékok és mások. Ezeknek a személyeknek olyan elhelyezési lehetőségeket biztosítanak, hogy ne kelljen bejelenteniük a munkájukat. Ugyanakkor ez a törvény előírja, hogy ha egyes rokonok különböző ellátásokat tudnak felajánlani, akkor ezek a szülők, nagyszülők vagy gyermekek iránt jogi felelősséggel tartozó személyek is kapnak támogatást.

A szegénységi adó beszedése az egyházkerület igazgatótanácsa által választott, önkéntes alapon dolgozó ellenőrök feladata. Ez a munka nem volt népszerű, olyannyira nem, hogy a heti rendszeres gyűlések egyikének elmulasztása elég volt egy font pénzbüntetéshez. Ezek az adók, amelyeket utcai segélyként (out-relief) osztanak szét, kenyérré, ruhára, tüzelőanyagra, lakbértámogatásra vagy pénzbeli segélyre vonatkoznak.

Az 1601-es törvénnyel az egyházi közigazgatási körzet felügyelői felhatalmazást kaptak arra, hogy a nép fizetőképességének megfelelően pénzt gyűjtsenek a szegények számára. A szegénységi adó tulajdonképpen a helyben beszedett jövedelemadó egy formája, de idővel csak a minősítési rendszer lett belőle. A vagyonadót az ingatlanvagyon után szedték be, és nem a földbérlet, hanem a földtulajdonos fizette. A fizetéssel kapcsolatban felmerülő problémákat a helyi békebíróshoz (békebírák) utalták. A bíróság pénzbírsággal, vagyonelkobzással, sőt börtönnel is büntette az embereket.

1607-ben alakultak ki a büntetés-végrehajtási házak [House of Correction]. Az illegálisan kolduló vagy csavargókból álló emberek egy csoportját erőszakkal fiatalkorúak fogházaiba zárták, és nehéz munkára használták munkaerőnek. Ezek az intézmények biztosították a munkásházi rendszerhez szükséges infrastruktúrát (Fowler, 2014). Azonban rájöttek, hogy a csavargók nem találnak munkát, a gazdag emberek kötelező adományaival a szegények jótévedőnek tekintett részének (később csak a helyi szegényeknek) nyújtottak segítséget, például pénzt, élelmet és ruhát.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A munkásotthonok korszaka, amelyre az első példák a Bristol Corporation of the Poor 1696-os megalapításával kezdődtek, eredetileg a 18. században terjedt el. A Knatchbull's Act néven ismert törvény 1723-ban jogi alapokra helyezte a dologházi rendszert, és térben is megerősítette a szegények segélyezésének és támogatásának intézményesítését. A dologház, amely először olyan intézményként jelent meg, ahol a szegényeket, munkanélkülieket és hajléktalanokat egyszerre látták vendégül és foglalkoztatták, gyorsan szaporodott, és fegyelmi intézményként vált a brit történelem ismert elemévé (Fowler, 2014: 28). Az évek során mind a dologházak, mind az innen szolgáltatásokat igénybe vevők száma jelentősen megnőtt. Egy 1776-ban kelt parlamenti jelentés szerint mintegy 90 ezer ember részesült szolgáltatásokban összesen 1978 munkaházban (Parish Workhouses, 2019).

A pozitívumok mellett a dologházi rendszernek az egyén és a társadalom számára negatívumai is vannak. A dologházban élni ugyanis abban az időben a méltóság elvesztésével és kisebb megaláztatással is járt. Ráadásul a dologházban élni az ilyen negatív helyzetek elfogadását jelentette. Az is köztudott volt, hogy az itt élőknek gondot okozott a kinti társadalmi élethez való alkalmazkodás (Fowler, 2014: 71). A folyamat során átélt háborúk és azok hatásai miatt a dologházak száma csökkent, és a dologházi rendszer negatív aspektusai is láthatóvá váltak (Fowler, 2014: 37). A folyamatban lévő folyamat során ezek a házak egyfajta alamizsnaház-modellé alakultak át, ahol csak időseket, fogyatékosokat és gyerekeket helyeztek el. Ez a rendszer, amelynek célja a munkanélküliek és hajléktalanok védelme, kezdett ápolóotthonná, elmeorvosintézetné, árvaházzá válni, a munkaképtelen tömegek számára (Fowler, 2014: 73). Az akkori körülmények brutalitása és az erőforrások tervszerűtlen elpusztítása miatt a 20. században olyan okok miatt bírálták, mint a dologházak költségeinek növelése és a munkaerőverseny megakadályozása, és a 20. század elején megkezdődött a bezárása, azzal az indokkal, hogy ellentmond a modern állami intézmények működésének. Ezeket idővel olyan új intézmények és gyakorlatok váltották fel, mint az egészségbiztosítás és a gondozási központok.

Mindezen Angliára vonatkozó információkat figyelembe véve látható, hogy mind a szegénységgel kapcsolatos törvények, mind a gyakorlatok közvetlenül foglalkoznak a hajléktalanság jelenségével. Mivel a hajléktalannak lenni azt jelenti, hogy nincs semmije, azt is magában foglalja, hogy megfosztják ettől a dologtól, és hogy szegény. Emiatt az angol munkásotthonok fontos szerepet játszottak abban, hogy a korabeli viszonyok között kielégítsék a menedékre (legalábbis a házban élésre) való igényt.

Ezzel a helyzettel ellentétben a különböző időszakok és földrajzi területek között komoly különbségek vannak a hajléktalanság jelenségének megítélésében. Míg egyesek jó példák, mások elfogadhatatlanok az emberiség számára. Például az 1630-as években Svájcban a hajléktalanokat

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

a korabeli állami hivatalnokok elfogták és lemészárolták. Hasonló eset történt Rio de Janeiróban a 20. század végén, és hajléktalan gyerekeket öltek meg úgy, hogy pincékbe zárták őket (idézi Şeker, 2018: 41). A 16. századi Velencében viszont érdekes, hogy a politikailag befolyásos és magas rangú családok inkább bérelt házakban éltek, minthogy bármilyen ingatlanuk lett volna. Ráadásul a fiú nélküli családok a házaikat a hajléktalanok elszállásolására szentelték, ahelyett, hogy otthonaikat bárkire is rábíznák utánuk (Brown, 2004: 23). Úgy gondolják, hogy a házzal (ingatlannal) való nem rendelkezésének különböző okai vannak. Egyes családok számára a bérleményben való élet sokkal előnyösebb, mint a házvásárlás. A jelenlegi időszakhoz képest úgy látják, hogy a reneszánsz kori Velencében a saját ház birtoklása nem volt a jólét mutatója (Brown, 2004: 24). Abban az időben azonban a háztulajdonosok kötelességüknek tartották, hogy tisztában legyenek bérlőik társadalmi-gazdasági helyzetével, és kielégítsék igényeiket. Ezt a helyzetet a társadalom nagy része elfogadta. A társadalom bomlasztó aspektusainak kiküszöbölése érdekében a középkor és a kora reneszánsz korszak óta különböző társadalmi csoportok (hajléktalanok, dolgozó szegények, özvegyek, idősek stb.) számára nagyon alacsony bérezésű bérházakat hoztak létre. Emellett a végrendeletek által felszentelt vagy adományokból épített ingyenes építményeket is e társadalmi csoportok szolgálatába állították. Az ilyen intézmények a társadalom egészét célozták meg, vallási vagy világi világnézet nélkül (Brown, 2004: 29-47). Ebből a helyzetből kiindulva látható a vallási meggyőződések, valamint a törvények hatása. Egy 1528-ban hozott törvény keretében a szegényeket gazdag családokba osztották, és szükségleteiket kielégítették. Vallási kötelezettségként széles körben elterjedt az a nézet, hogy a gazdagok felszabadításának útja mindkét világban a szegények imáin múlik (Brown, 2004: 39).

A közelmúltban a világ számos olyan társadalmi eseménynek volt tanúja, amelyek nagy tömegeket érintettek. Ezek a társadalmi események pusztító hatással voltak az egyénekre és a társadalmakra. Az ipari forradalommal kezdődő termelési változás folyamata jelentős változásokat eredményezett a tömegek számára. A nagyarányú migráció gyorsan megváltoztatta a város-vidék részek egyensúlyát, a városok profilja gyorsan megváltozott és heterogénné vált. A vidék jelentőségének elvesztése miatt a városok sűrű népességsűrűsége még inkább előtérbe került, és a hajlékra szoruló egyének igényeinek kielégíthetlensége ismét a hajléktalanság problémáját okozta. Sokan, akik nem tudták kielégíteni a fedél iránti igényüket, a városok különböző részein kezdtek szabálytalan életet élni, és ezt a helyzetet magukévá tették.

A közelmúltban a világtérkép átrajzolása, az egyes tömegek által okozott belső konfliktusok és a háborús döntések meghozatala makroszinten sok változás előhírnöke volt. E politikai mozgások természetes következményeként emberek milliói haltak meg, és hasonló számú embernek kellett

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

elköltöznie lakóhelyéről. Két nagy világháború, különösen a 20. század első felében, megváltoztatta a meglévő problémák tartalmát és arcát, miközben új, korábban meg nem határozott problémákat vetett fel a világban. A hajléktalanság, mint addig létező társadalmi kérdés, ismét napirendre került, de más formában a háborúk által érintett tömegek számára. Miközben emberek milliói kényszerültek olyan földrajzi területeken élni, amelyeket valószínűleg soha nem ismertek, elkezdtek élni az életüket ingatlan nélkül.

A háború végével és a világ kétpólusú politikai rendjével az országok több időt tudtak szentelni szociális ügyeiknek. Ez lehetővé tette, hogy az idők során különböző alkalmazásokat hajtsanak végre a társadalmi problémák megoldására. A technológiai fejlődés felgyorsulása még ismertebbé tette a világot, és a tömegek elkezdtek követni a fokozatosan kialakult új világrend számos fejleményét. E fejlemények közül a legszembetűnőbb a globalizáció, amely megjelenése óta fokozatos emelkedéssel hatott az egész világra. A globalizáció, amely radikális társadalmi-gazdasági, kulturális és politikai hatással van az államokra, számos jó és rossz eredményt hozott.

Miközben a különböző társadalmak elkezdtek megismerni egymást és közelebb kerülni egymáshoz, az országok társadalmi problémái kezdtek kirajzolódni, és negatív hatással voltak az emberekre. A hajléktalanságot, mint az egyik ilyen társadalmi problémát, az idők során ismert felfogásától eltérően kezdték újraértelmezni és értelmezni. Napjainkban a globalizáció által létrehozott tömegmozgásoknak köszönhetően emberek milliói költöztek el a földjeikről különböző helyekre, és kezdtek új életet kezdeni. Azonban nem minden egyén lehet részese egy teljesen pozitív kalandnak. A célországokban tapasztalt körülmények egyes esetekben kényszerítették az egyéneket, és ez a helyzet lakhatási problémákhoz vezetett. Az út, amelyet emberek milliói a jobb életszínvonal érdekében választottak, disztópiává változott, ahol még a legalapvetőbb szükségleteket sem lehet kielégíteni.

Ebben a szakaszban a hajléktalanság történelmi háttéréről adunk tájékoztatást. A hajléktalanság társadalmi tény azóta, amióta emberek léteznek és feljegyezték őket. A hajléktalanság a világ minden fordulópontján átment, minden, a társadalmat érintő esemény átformálta, és napjainkig fennmaradt. Ma már ismert, hogy az alapvetően azonos módon definiált hajléktalanságot a különböző földrajzokban és kultúrákban eltérő módon határozzák meg. Míg egyes társadalmakban a hajléktalanságot szegényforrásnak tekintik, addig más társadalmakban ez a helyzet az egyének által meghozott és elfogadott választássá vált. Ezért az egyéni és társadalmi különbségek fontosságát hangsúlyozni kell, amikor a hajléktalanságról és a kérdéssel szembeni ellenállásról beszélünk.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

1.3. A hajléktalanságot magyarázó elméletek

A hajléktalanság okait alapvetően két elmélettel magyarázzák. Az első ezek közül az elméletek közül a szisztematikus okok elmélete. Ezen elmélet szerint olyan okok vezetnek a hajléktalansághoz, mint a nem megfelelő mentálhigiénés politikák, a magas munkanélküliségi ráta és a lakások elégtelen száma. A második elmélet a személyes alkalmatlanság elmélete. Ezen elmélet szerint a hajléktalanság okait olyan okokkal magyarázzák, mint az alkoholizmus, a kábítószerfüggőség, a mentális betegségek, a társadalmi kapcsolatok hiánya, a lustaság stb. (Özdemir, 2010). A két elmélet közül az egyik a hajléktalanságot strukturálisan, míg a másik az egyéni okokkal összefüggésben magyarázza. Tekintettel arra, hogy minden társadalmi probléma egy egészet alkot, hasznos lenne az okokat átfogó módon értékelni.

A hajléktalanságot és a hajléktalanság okait magyarázó elméletek mindegyike a saját szemszögéből értékeli a jelenséget, és ebben a fejezetben a hajléktalanságot és a hajléktalanság okait magyarázó elméleteket két fő címszó alatt mutatjuk be.

1.3. 1. Egyéni elméletek a hajléktalanságról

A hajléktalanság okait magyarázó egyes elméletek alapvetően kétféleképpen oszthatók meg. Az első elmélet szerint az egyének személyes hibáik miatt válnak hajléktalanná. Ezeket az egyéneket azzal vádolják, hogy hajléktalanok, és olyan leírásokkal illetik őket, mint alkoholisták és agresszívok. A második, a hajléktalanság okait magyarázó egyéni elméletben az egyének rászorultságát, nélkülözését és elégtelenségét tárgyalják (Johnson et al., 1991). E magyarázatok mellett a hajléktalan egyének hajléktalanságának okait magyarázó másik módszer az olyan hiányosságok magyarázatának módja, mint a mentális problémák vagy a kábítószerfüggőség (Küçük, 2014). Mindezeket az egyéni tényezőkön belül kezelik. A hajléktalanság okait magyarázó egyéni elméletek többnyire egybeesnek a személyes alkalmatlanság és a szisztematikus okok elméleteivel. Ezek az elméletek nem voltak megfelelőek, mivel inkább az egyéni tényezőkre, mint a környezeti tényezőkre összpontosítottak, és fokozatosan elvesztették érvényességüket, különösen az 1960-as évek után.

1.3.2. A hajléktalanságot magyarázó strukturális és modern elméletek

Az 1960-as évekig az egyénközpontú megközelítést részesítették előnyben a hajléktalanság okainak magyarázatára. Az 1960-as évek után azonban alternatív megközelítések felé fordultak, mivel az egyéni elméletek nem voltak elégségesek a hajléktalanság okainak magyarázatára. Az ebben az összefüggésben kidolgozott elméletek az egyéni és környezeti tényezők figyelembevételével magyarázták a vonatkozó strukturális elmélet öző problémát. A

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalanság magyarázatában használt strukturális és modern elméletek a következőkben vannak felsorolva.

1.3.2.1. Strukturalista elmélet

A hajléktalanság okainak magyarázata a második világháborút követő időszakokban kialakult strukturális tényezőkkel. Ezt az időszakot követően az 1980-as években végzett tanulmányok úttörő szerepet játszottak a hajléktalanság strukturális okainak hangsúlyozásában. A hajléktalanok szerkezetének a megadott években bekövetkezett változása szintén a hajléktalanság strukturális okainak hangsúlyozásához vezetett. A hajléktalanság strukturális okait olyan tényezőkkel magyarázzák, mint a globalizáció, a szegénység és a városi átalakulás, de ezeket országonként eltérően értelmezik (Koegel, 2004). Bár a hajléktalanság országonként eltérő, mégis társadalmi problémának tekintik. A fent említett okok miatt a hajléktalanság növekedett, és a szegénység növekedése növelte a hajléktalanok számát.

A strukturalista elméletek a hajléktalanságot makrodimenzióban értékelik. Ezért a hajléktalanság okainak értékelésekor több tényezőt, például a társadalmi és gazdasági struktúrát, a munkanélküliséget, a lakhatási elégtelenséget, a társadalombiztosítási struktúra változását, a szegénységet és a családi széthúzást együttesen értékelik (Fitzpatrick, 2005). Mivel a strukturális teoretikusok az egyéni kívül kialakuló tényezőkre összpontosítanak, átfogóbb értékeléseket végeznek. Ez a helyzet azt is mutatja, hogy a hajléktalanságnak több oka is lehet. Ezért a strukturalista elmélet az egyik olyan elmélet, amely az idők során egyre népszerűbbé vált.

1.3.2.2. Új ortodoxia elmélet

Az új ortodox megközelítés szerint a strukturális tényezők teremtik meg a hajléktalansághoz vezető feltételeket, az egyéni problémákkal küzdő emberek kiszolgáltatottak e feltételek mellett, és a hajléktalanok körében a személyes problémák gyakorisága összefügg a makrostrukturális erővel szembeni sebezhetőséggel (Fitzpatrick, 2005; McNaughton, 2009). Míg a lakhatás elégtelenségét, a családok felbomlását, a szegénységet és a munkanélküliséget fogadják el fő strukturális okoknak, addig a szexuális zaklatást, a családi vitákat, a börtönben való tartózkodást, a kábítószer-függőséget, valamint a fizikai vagy mentális egészségügyi problémákat tekintik fő egyéni okoknak (McNaughton, 2009). Az új ortodox megközelítés az egyéni és strukturális okokat egy egész struktúrában értékeli. Ezért a hajléktalanság okait a fő okok helyett az egyéni okokra próbálja magyarázni. Hangsúlyozza, hogy ezek az okok kapcsolatban állhatnak egymással, és az okok láncolatként játszódhatnak le az egyén életében.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

1.3.2.3. Liberális perspektíva

A liberális nézet egy szociálpolitikai megközelítés, amely szerint a beavatkozási formákat a hajléktalanság okainak megfelelően kell kialakítani. Ez a megközelítés az új ortodox megközelítés eredményeként alakult ki. Ha a hajléktalanság állapota kontrollálatlanul alakul ki, akkor az az elképzelés dominál, hogy a hajléktalanok több segítséget érdemelnek (Neale, 1997a). Ez a megközelítés azt értelmezi, hogy az egyének megérdemlik-e a segítséget vagy sem. Ezért a hajléktalanságot inkább eredményorientált megközelítésként, mint okorientált megközelítésként értékeli. Az okokra való összpontosítás, miközben eredményorientáltan cselekszik, az okperspektívát mutatja a hajléktalanság magyarázatában.

1.3.2.4. Feminista elmélet

Az 1960-70-es években a feminista elmélet elkezdte vizsgálni a hajléktalanság okait, arra az elképzelésre alapozva, hogy az államok marginalizálták a nőket a lakáspolitikában és - gyakorlatban. A feminista elmélet szerint a nőknek nincs hatalmuk saját lakásigényeik meghatározására. Ennek a gyengeségnek a fő oka a férfiak és nők közötti egyenlőtlenség a munka világában (Neale, 1997b). Emellett ismert, hogy a feminista teoretikusok szerint a nők hajléktalanná válásának okaként olyan problémákat tartanak számon, mint a családon belüli erőszak, a nők elleni erőszak és a nők bántalmazása (Fitzpatrick, 2005). A feminista elméletek szerint a nők hajléktalansága magasabb, mint a férfiaké. Ennek a védekezésnek a kulcspontjai a férfiak és nők közötti egyenlőtlenség és a családi problémák. A feminista teoretikusok, akik a hajléktalanság okait a nők és férfiak közötti viszonyban és a családi viszonyokban értelmezik, amellet érvelnek, hogy olyan politikákat kell kidolgozni, amelyek megakadályozzák a hajléktalan nők számának növekedését.

1.3.2.5. Poszt-strukturalizmus

A posztstrukturalizmus egy olyan mozgalom, amely a strukturalista elmélet ellentétéként alakult ki. A posztstrukturalizmus szerint nincsenek határozott definíciók és rögzített viszonyok (Gür, 2013). A posztstrukturalisták szerint nem létezik egyetlen igazság, és nem lehet egyetlen ok. Ellenzik az oksági kapcsolatot (Neale, 1997b). E nézetek miatt ellenzik a hajléktalansággal kapcsolatos megkülönböztetéseket is, mint például a struktúra-cselekvés viszony, érdemesek/nem érdemesek, házasok/hajléktalanok (Neale, 1997a). A posztstrukturalizmus azt hangsúlyozza, hogy a hajléktalanságot a maga okai miatt egészében kell értékelni, és az értékelést dualista felfogás nélkül kell elvégezni. Ezért különbözik az olyan megközelítésektől, mint a strukturalizmus, a liberális megközelítés stb.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

1.3.2.6. Foucault megközelítése

Foucault, aki a hajléktalanságot és annak okait más szemszögből magyarázza, a hatalom fogalmával magyarázza a hajléktalanságot. A hatalom fogalmának magyarázata során Foucault a hatalmi szubjektumok kialakulási folyamatát a hatalommal kapcsolatban felmerülő problémák függvényében értékeli (Sarup, 2010). Foucault hatalomról alkotott elképzelése alapján a hajléktalanság jelenségének értékelésekor nincs szó a hajléktalanság kialakulását okozó strukturális hatalomról. A hajléktalanság kialakulásában különböző erők vannak, amelyek fenntartják a társadalmi igazságtalanságokat és gyengítik az egyéneket. Ezen erők között számos tényező, például a lakhatás elégtelensége és az egyéni jellemző tulajdonságok növelik a hajléktalanság valószínűségét (Neale, 1997a). Foucault a hatalomelemzéssel azt állítja, hogy a hajléktalanság a hatalmi viszonyok következtében kialakuló egyenlőtlenségek révén alakul ki, és az egyének gyengék maradnak. Ezért más megközelítésektől eltérően nem vonatkozik közvetlenül a strukturális indoklásra.

1.3.2.7. A strukturáltság elmélete

A strukturáltság elmélete egy Giddens által előterjesztett megközelítés. Giddens szerint a társadalmat nem az emberek építették. A struktúra és a társadalom nem külsőlegesen egymáshoz képest, és kölcsönhatás van a társadalom és az egyén között. Ezért az egyén és a struktúra nem független képződmények (Layder, 2006). A Giddens által kidolgozott strukturáltság elméletét az individualizáló elméleteket alkalmazó megközelítésekkel szemben fejlesztették ki a hajléktalanság magyarázatában. A megközelítés szerint a hajléktalanok olyan egyének, akiknek jogaik és kötelességeik vannak, társadalmilag konstruáltak, és különböző módon kell viselkedniük (Fitzpatrick, 2005; Neale, 1997b). Giddens strukturálódási elméletében a struktúra értékeléséről van szó. Ebben a struktúrában a hajléktalanokat olyan egyéneknek tekintik, akik kénytelenek a hajléktalanság kultúrájában élni, vagy akiknek meg kell tapasztalniuk ezt a tapasztalatot. Ez a magyarázat olyan magyarázatként tűnik ki, amely inkább mélyreható gondolkodást igényel, mintsem hogy a hajléktalanságot közvetlenül egy okból magyarázza.

1.3.2.8. Kritikai realizmus

A kritikai realizmus egy Bhaskar által kidolgozott megközelítés. Ebben a megközelítésben, amely Kant és Marx nézetein alapul, az a vélemény, hogy létezik egy egyéntől független, rétegzett valóság, és ezt a valóságot a tudománynak kell feltárnia (Yalvaç, 2010). Fitzpatrick és McNaughton gyakran használták a kritikai realizmust. Fitzpatrick a kritikai realizmust elméleti keretként használta a hajléktalanság okainak magyarázatára. Kritizálta a hajléktalanság okainak a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

kritikai realizmussal való magyarázatára irányuló megközelítéseket. Szerinte nem megfelelő megközelítés, ha a hajléktalanság magyarázatára használt okokat differenciálatlanul, összességében mutatjuk be, és nem vesszük figyelembe az egymáshoz való viszonyukat. E felfogás miatt célszerűbb a hajléktalanság okának tekintett tényezőket a hajléktalanságot növelő kockázatokként értékelni. Fitzpatrick emellett azzal érvel, hogy a hajléktalanság nem határozható meg univerzális kategóriaként. Azt állítja, hogy a hajléktalan népességben belül inkább al csoportokat kell meghatározni, mint a hajléktalanságot definiálni (Fitzpatrick, 2005). Összefoglalva, Fitzpatrick olyan gondolkodó, aki amellett érvel, hogy a hajléktalanság társadalmilag konstruált folyamat, és a valóság tengelyén kell értékelni.

McNaughton szerint a hajléktalanság az egyének által megélt folyamat (Somerville, 2013). Szerinte a hajléktalanok viselkedése egy bizonyos kontextuális kereten belül alakul ki. A kontextuális keret meghatározója a strukturális erők. A hajléktalan egyének a strukturális kontextuson belül a preferenciáiknak megfelelően cselekszenek. Miközben a hajléktalanok a preferenciáik szerint cselekszenek, bizonyos esetekben a strukturális rétegen belül is küzdenek. A hajléktalanok racionálisan cselekszenek és érvelnek, amikor szereplői döntéseiket meghozzák (McNaughton, 2009). Fitzpatrickkal ellentétben McNaughton, aki a hajléktalanság meghatározásakor az egyéni preferenciákra összpontosít, azt állítja, hogy a hajléktalanok olyan emberek, akik képesek racionális döntéseket hozni, és küzdelmet folytatnak.

1.4. A hajléktalanok problémái

A hajléktalanság nemzeti és nemzetközi szinten egyaránt társadalmi probléma. E probléma miatt az egyének nem találnak menedéket, nem jutnak élelmiszerhez és egészségügyi szolgáltatásokhoz, és különböző problémákkal szembesülnek az egyéb lehetőségekhez való hozzáférés terén (Biedrzycki, 2018: 676). Emellett az emberek fizikai és mentális problémákat is tapasztalhatnak, és a megbélyegzés miatt kirekesztődhetnek a társadalomból. Ezért fontos, hogy a szociálpolitikai tanulmányok megismerjék a hajléktalanok által tapasztalt társadalmi problémákat, mentális és fizikai betegségeket. Ha ugyanis egy csoport által tapasztalt problémák nem ismertek, akkor a pályázatok nem lehetnek teljes mértékben sikeresek. A szakirodalom alapján ebben a fejezetben a hajléktalanok által tapasztalt problémákat vizsgáljuk a lakhatás, a munkanélküliség, a megbélyegzés, a családi problémák, a mentális betegségek és a fizikai betegségek alcím alatt. Minden vonatkozó cím a hajléktalanság okai alatt is megjelenik, mert a hajléktalanság magyarázata során egy helyzet egyszerre jelenhet meg okként és problémaként is. Ezért a fejezet egyes címszavai alatt szerepel, hogy a vonatkozó probléma egyben ok is lehet.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

1.4.1. Lakhatás

A lakhatás az egyének egyik legalapvetőbb joga. Ezért az államok kötelesek olyan lakhatási lehetőségeket biztosítani polgáraik számára, amelyek méltóak az emberi méltósághoz, egészségesek, és nem jelentenek problémát a szolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából. Előfordul azonban, hogy az egyes emberek lakhatási igényeit nem lehet kielégíteni, mert az illető maga vagy családja, illetve szociális problémái miatt az emberek az utcára kerülnek. Ez a helyzet különböző kockázatokkal és problémákkal jár.

Ha a hajléktalan személyek szempontjából vizsgáljuk, a hajléktalanszállás az egyik első probléma ebben a csoportban. Az országok a hajléktalanság elleni küzdelemmel párhuzamosan próbálnak szabályos lakhatási politikákat kidolgozni, vagy pedig a hajléktalan emberek családjukhoz való visszatérését célzó gyakorlatukat valósítják meg. Bár a szakirodalomban számos tanulmány foglalkozik a hajléktalanság kérdésével, mindenekelőtt a hajléktalan személyek rendszeres lakhatásának hiányát és az ezzel járó problémákat említi.

A hajléktalanok lakhatási problémái közül az első a biztonsági szükségleteken alapul. Az emberek az utcán veszélyeknek lehetnek kitéve, és különböző fizikai, érzelmi és szexuális támadásoknak lehetnek kitéve. Ezenkívül az évszakoktól függően is lehetnek problémák, és az emberek nagyobb mértékben lehetnek kitéve a fizikai és mentális betegségekkel való találkozás veszélyének.

Amikor a hajléktalanok lakhatási problémáit vizsgáljuk, a másik megállapítás az, hogy a szolgáltatásokat az emberek igényeinek figyelembevétele nélkül nyújtják. Az országok figyelmen kívül hagyhatnak más szükségleteket, miközben megpróbálják kielégíteni a hajléktalanok lakhatási igényeit (Brallier et al., 2019: 186). Ebben az összefüggésben a hajléktalanszállások iránti igény kielégítése érdekében olyan széles körű szolgáltatások megszervezésére van szükség, amelyek nem a személy egyediségén alapulnak, és a szolgáltatásokat úgy kell megtervezni, hogy a vizsgálatokba bevonják a problémára panaszkodó csoportokat.

A lakhatással kapcsolatos másik probléma a hajléktalanok rendszeres ellátásának hiányán alapul. A hajléktalanszállókon dolgozó szakemberekkel végzett vizsgálatban az egyének azt állították, hogy a lakhatási szolgáltatásokat nem lehet a kívánt szinten biztosítani a pénzhiány, a szakpolitikák bizonytalansága, a nem megfelelő foglalkoztatás, a kínált megoldások következetlensége és a hajléktalanok megbélyegzése miatt (Paat et al., 2021: 263).

Egy másik probléma, amelyet a rendszeres lakhatási lehetőségek hiánya okoz az emberek számára, az idő és a tér érzékelése. A hajléktalanok az utcára kerülés után elkezdik

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

megváltoztatni az idő- és térfelfogásukat, hogy alkalmazkodni tudjanak új életükhöz. Bár ez a helyzet megkönnyíti új életüket, a hajléktalanok elszakadnak és elszigetelődnek a társadalomtól, és megnehezíti a visszatérést az otthoni életükhöz. Ugyanakkor a hajléktalanok is elkezdnek ingadozni a két világ között, attól függően, hogy milyen dilemmát élnek át (Van Doorn, 2010: 237). Úgy gondolják, hogy a vonatkozó probléma különböző mentális problémákat is okozhat.

1.4. 2. Munkanélküliség

A munka és a jövedelemszerzés az egyének egyik legalapvetőbb joga. Minden állam a fejlettségi szinttel párhuzamosan kínál munkalehetőséget polgárainak, és politikáját úgy alakítja ki, hogy rendszeres jövedelemhez jusson. Az ország fejlettségi szintje azonban nem elég jó. Háborúk, belső konfliktusok, kényszermigráció, gazdasági válságok és egyéb okok megnehezítik ezt a folyamatot, és az emberek munkanélküliséggel szembesülhetnek. Az egyik olyan helyzet, amely miatt az egyének munkanélküliséget tapasztalnak, az általuk tapasztalt megkülönböztetés és megbélyegzés miatt alakulhat ki. A személyes jellemzők és egy bizonyos csoporthoz való tartozás megakadályozhatja az embereket abban, hogy munkához jussanak és rendszeres jövedelemhez jussanak. Az egyik ilyen csoport a hajléktalanoké.

Ha megnézzük a hajléktalanok gazdasági jövedelmét és foglalkoztatási helyzetét vizsgáló tanulmányokat, megértjük, hogy ez a csoport komoly munkanélküliségi problémával küzd. Bár az államok politikájától függően próbálnak munkalehetőséget kínálni a hajléktalanoknak, érthető, hogy ez a helyzet nem folytatódik rendszeresen. Ez arra készítheti a hajléktalan egyéneket, hogy olyan módszerekhez folyamodjanak, mint a prostitúció és a lopás, hogy életben tartsák magukat (Slesnick et al., 2018: 247). Ugyanakkor az is ismert, hogy a hajléktalan egyének legális forrásokból származó jövedelme hozzájárul a problémamegoldó folyamatokhoz. Így az egyének megbízható módon tudnak olyan tevékenységeket végezni, amelyekkel fenntarthatják az életüket (Ferguson et al., 2015: 53). Emellett az emberek gazdasági támogatást kaphatnak családjuktól és barátaiktól. A legális jövedelmek számának növekedésével megfigyelhető, hogy a hajléktalan egyének kevésbé folyamodnak más jövedelemszerzési módszerekhez, például a prostitúcióhoz és a lopáshoz (Slesnick et al., 2018: 247).

A munkanélküliség másik hatása a hajléktalanokra a szociális lehetőségekhez és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben nyilvánul meg. A munkanélküliség nagyobb törekenységet okoz a hajléktalan csoportok körében, és korlátozhatja a megállapított szükségletekhez való hozzáférésüket. Emellett a munkanélküliség növelheti a hajléktalanok ellátási igényét (Burke et al., 2013: 1391). Ebben az összefüggésben úgy gondolják, hogy előnyös lenne, ha a hajléktalanok nem fordulnának illegális megélhetési formákhoz, ha az állam támogatná őket a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

fizikai és mentális ártalmaktól, és ha a helyi önkormányzatok és a civil szervezetek bevonásával támogatnák a hajléktalanokat a munka és a foglalkoztatás terén.

1.4. 3. Stigmatizáció

A megbélyegzés úgy definiálható, mint az egyének a társadalom által a rá jellemző állapot miatt alacsony pozícióba helyezése és a hírnevének aláásása. Bár a történelem minden korszakában beszélhetünk a stigma létezéséről, megállapítható, hogy hatása az utóbbi időben fokozódott. A stigma teljes megértéséhez interdiszciplináris tanulmányokra van szükség (Özmen és Erdem, 2018: 185). A hajléktalanok is a társadalomban a stigmatizációnak kitett csoportok közé tartoznak, és ez a helyzet fenntartja a társadalomban való elterjedtségét (Mejia-Lancheros et al., 2020: 1).

Az egyik első dolog, amivel a hajléktalan egyének stigmatizációja során találkozunk, azon alapul, ahogyan más egyének meghatározzák őket. Manapság sokan úgy definiálják a hajléktalan egyéneket, mint "haszontalan, lusta, felelőtlen, bűnöző, maladaptív stb.". Egy kvalitatív tanulmányban 20 hajléktalan egyénnel készítettek interjút, és elemezték problémáikat. Abban a tanulmányban, amelyben a stigmatizálást tekintették problémának, a hajléktalan egyének azt állították, hogy a társadalom a külsejük alapján értékeli őket, potenciális bűnözőnek tekintik őket, és a társadalom kirekeszti őket (Acar et al., 2022: 352). Another stigma that the homeless are exposed to manifests itself through diseases. Homeless individuals can be considered as individuals with HIV/AIDS, alcohol and substance addiction, and mental problems by society. This shows that people are both stigmatized for being homeless and are considered as potential "patients," and are subjected to exclusion (Davila, 2018: 1335).

mentális betegségekre. Az embereknél depresszió alakulhat ki a stigmának való kitettségtől és annak időtartamától függően (Boyd et al., 2016: 253). Emellett a stigma az emberek önbecsülésére és gyógyulási hajlamára is hatással van (Boyd et al., 2014: 20). Emellett a stigma hatására a hajléktalanok érzelmi problémái fokozódnak, és csökken a társadalmi támogatásuk (Oppong Asante és Onyeaka, 2022: 589). Ezek az eredmények jelzik a stigma egyénekre gyakorolt pszichoszociális hatásainak feltárásának fontosságát.

A hajléktalanokat érintő megbélyegzés másik hatása a szolgáltatásokhoz való hozzáférés során jelentkezik. A hajléktalan személyek az általuk tapasztalt stigmatizáció miatt nem férnek hozzá kellő mértékben a szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz (Omerov és mtsai., 2020: 1). Másrészt a hajléktalan személyeket kiszolgáló személyzet stigmatizáló hozzáállása megakadályozhatja, hogy az egyének hozzáférjenek a szolgáltatásokhoz (Campbell et al., 2015: 7). Emellett a hajléktalan egyének akkor is ki lehetnek téve a stigmatizációnak, amikor elmennek

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

egy egészségügyi intézménybe, és elmagyarázzák, hogy hajléktalanok és függők (Monari et al., 2020: 472).

A hajléktalanok egyrészt ki vannak téve az öngyilkossági kockázatnak, másrészt a negatív tapasztalataik miatt mentális betegségeknek, miközben a rendszeres lakhatás, az öltözködés és a táplálkozás szükségleteinek nem kielégítése a fő probléma. E problémák másik dimenziója a megbélyegzés, amely a társadalomból való kiszorulást okozza, és megnehezíti számukra a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Emiatt közösségi alapú, stigmaellenes vizsgálatokra van szükség (Schreiter et al., 2021: 400).

1.4. 4. Családi problémák

A család az egyik társadalmi intézmény, amely anyából, apából és gyermekekből áll, és a társadalom legkisebb építőelemének tekinthető. Ezzel a legismertebb meghatározással a család számos szakma és tudományág munkatárgyai közé tartozik, mivel a család az általa ellátott funkciókkal formálja a társadalmat, és a társadalom befolyásolja. A modernizációs folyamattal számos változás történt a családban. A családon belüli kapcsolatok azonban nem mindig a kívánt szinten valósulnak meg. Néha konfliktusok, viták, sőt, akár erőszak is előfordulhat (Bayer, 2018: 215). Ha ezeket a problémákat nem sikerül megoldani, a család nem tudja egészségesen ellátni a funkcióját, és különböző gazdasági, pszichoszociális és fizikai problémákkal szembesülhet.

Ha a hajléktalanok szempontjából vizsgáljuk, tudjuk, hogy a családon belüli konfliktusok, az erőszak és a problémák hatékonyan hozzájárulnak ahhoz, hogy az emberek az utcára kerüljenek. Ugyanakkor a család is hatékony a hazatérés folyamatában, és a család hozzáállásától függően könnyebb vagy nehezebb lehet a folyamat. Erre a helyzetre utalnak az e területen végzett tanulmányok is. Stein et al. (2009: 39) kutatásában hajléktalan serdülőkkel készítettek interjúkat, és megállapították, hogy azok a fiatalok, akik nem tudtak egészséges kötődési mintát kialakítani, nagyobb kockázatnak vannak kitéve. Emellett megfigyelték, hogy a negatív szülői kapcsolatok miatt ezeknél a fiataloknál kockázatos szexuális viselkedés és szerhasználati zavarok alakulnak ki. Moskowitz és munkatársai (2013: 1015) kutatásában megállapították, hogy a hajléktalan fiataloknál fennáll az önkárosítás és az öngyilkosság kockázata, valamint a háttérben érzelmi és családi problémák állnak.

Amikor a hajléktalanságba forduló egyének hajléktalanság előtti és utáni kapcsolatait vizsgáljuk, megértjük, hogy vannak traumák és családi diszfunkciók. A negatív családi kapcsolatok és a traumához kapcsolódó mentális zavarok miatt az egyének externalizálhatják az általuk tapasztalt problémákat. Ez rávilágít a családi kapcsolatok vizsgálatának fontosságára a hajléktalan egyének problémáinak és mentális zavarainak megértése szempontjából (Milburn et al., 2017: 37).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Más, a hajléktalanok családi kapcsolatait vizsgáló tanulmányokban az erőszak jelenségét vizsgálják. Magától értetődő, hogy a családon belüli traumának való kitettség és a gondozóval kapcsolatos problémák növelik a hajléktalanság súlyosságát, és az egyéneket sebezhetővé teszik a depresszióval szemben (McGuire-Schwartz et al., 2015: 587). Hasonló eredményekre jutottak egy másik tanulmányban is, és a hajléktalan serdülők családi kapcsolatait vizsgálták az otthon elhagyása előtt és után. A kutatás eredményeként kiderült, hogy a poszttraumás stressz zavar, a szexuális visszaélések előzményei és az önkárosító viselkedés is jelen volt (Wong et al., 2016: 831). Egy másik tanulmányban megállapították, hogy a fiatalok a családi működés függvényében hajlamosak elszökni otthonról, és ez a helyzet hajléktalanságot vált ki (Holliday et al., 2017: 257).

Az egyének gyermekkorban szerzett traumatikus élményei negatívan befolyásolják az életüket. Egyes egyének gyermekkorukban többszörös traumáknak (fizikai, érzelmi, szexuális bántalmazás) vannak kitéve, és ezek a többszörös traumák az utcai életben is megnyilvánulhatnak (rablás, fizikai erőszak, szexuális támadás). Ez a helyzet azt eredményezi, hogy a kétszeres áldozattá vált hajléktalanok sérülékenyebbé válnak a poszttraumás stressz zavarra és a depresszióra (Bender et al., 2015: 115). A hajléktalanok által átélt családi traumákról azonban nem áll rendelkezésre elegendő számú tanulmány (Bender et al., 2014: 1628).

Mint látható, a trauma, a bántalmazás, a konfliktus és az erőszak, amelynek egy személy a családban ki van téve, negatívan befolyásolja a mentális egészségét; ez okozhatja az otthonról való elmenekülést vagy a hajléktalanságot. Az emberek azonban az utcán az átélt traumák miatt nagyobb veszélynek lehetnek kitéve; előfordulhat alkohol- és szerhasználati zavar, depresszió, poszttraumás stressz zavar és más mentális betegségek. Úgy látják, hogy a családi beavatkozások elengedhetetlenek ahhoz, hogy az egyén védve legyen ezektől a kockázatoktól és visszatérhessen az otthoni életbe. Tény, hogy a tanulmányok azt mutatják, hogy a családi beavatkozásoknak pozitív hatásai vannak. Wang és munkatársai (2019: 1528) szerint a beavatkozások után a hajléktalan személyeknél a depresszióval és a szerhasználati zavarral való megküzdés szintje növekedett. Egy másik vizsgálatban is hasonló eredmények születtek, és a pszichológiai beavatkozásokról kiderült, hogy jótékonyan hatnak a családtámogatásra és az egyének mentális egészségére (de Vet et al., 2017: 175). Ebben az összefüggésben úgy gondolják, hogy a hajléktalanság elleni küzdelem során fontos a családalapú beavatkozásokra összpontosítani.

1.4. 5. Fizikai betegségek

Az Egészségügyi Világszervezet szerint az egészség a személy fizikai, szociális és mentális jólétének állapota, és nem csupán a betegség vagy akadály hiánya (WHO, 2020: 1). Amint az

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

ebből a meghatározásból érthető, az egészségnek vannak meghatározó tényezői, és ezek egyike a fizikai jólét. A fizikai jólét általában azt jelenti, hogy az illető személy egészséges táplálkozási szokásokkal rendelkezik, aktív életet él és a fizikai egészség irányába viselkedik (Korkut Owen és Demirbaş Çelik, 2018: 443). Ha azonban ez a helyzet nem valósul meg, fizikai betegségek lépnek fel, és köztudott, hogy a hajléktalanok különböző fizikai betegségekkel küzdenek. Amikor a fizikai betegségek és a hajléktalanság közötti kapcsolatot vizsgáljuk, megértjük, hogy a folyamat kétirányú. Azaz az egyének fizikai betegségeik miatt fordulhatnak az utcára, és azért szembesülnek fizikai betegségekkel, mert az utcára fordulnak.

A fizikai betegség kialakulásának folyamatában a kiegyensúlyozott táplálkozás hiánya, a nem megfelelő minőségű alvás, a fizikai mozgás hiánya, a stressz, az erőforrásokhoz való hozzáférés képtelensége, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés képtelensége és más tényezők hatnak. Ezenkívül a kultúra, amely befolyásolja a társadalom életmódját, vezethet az egészségügyi felfogás kialakulásához és bizonyos betegségek kialakulásához (Bolsoy és Sevil, 2006: 78). A hajléktalan személyekről is ismert, hogy az említett problémákkal küzdenek, és ez a helyzet azt eredményezheti, hogy a hajléktalan személyek sebezhetővé válnak a betegségekkel szemben, és a korai halálozás kockázatával szembesülnek (Hewett et al., 2011: 200). Ráadásul a halálozási kockázatot növelő betegségek többsége kezelhető (szívbetegség, rák, tüdőgyulladás) betegség (Field et al., 2019: 857).

Ha megvizsgáljuk, hogy a hajléktalanok milyen fizikai betegségekben szenvednek, akkor azt látjuk, hogy a HIV/AIDS kerül előtérbe. A HIV/AIDS olyan betegség, amely miatt az emberek a hajléktalanság felé fordulnak (Douaihy et al., 2005: 516). Ugyanakkor az a tény, hogy az embereknek nincs rendszeres tartózkodási helyük, növeli a betegség terjedésének kockázatát. Emellett az alkohol- és kábítószer-függőség, a lakhatási problémák és a szexuális visszaélés is kockázati tényezőként jelentkezik a HIV/AIDS hajléktalanoknál történő átvitelében (Wolitski et al., 2007: 167). A probléma megoldása érdekében tanulmányokra van szükség az egyének szükségleteinek sokoldalú meghatározására, a mindennapi klinikai ellátás interdiszciplináris megközelítésen alapuló közösségi alapú beavatkozásokra való alkalmazására, valamint a szükséges kezelési és megelőzési stratégiák meghatározására (Douaihy és mtsai., 2005: 516).

Az egyik másik fizikai betegség, amellyel a hajléktalanok szembesülnek, a rák. A közelmúltban kiderült, hogy a rák a hajléktalanok halálát okozó betegségek között az élen jár. Úgy gondolják, hogy a rákos típusok különösen a függőségek, például a dohányzás miatt alakulnak ki. Másrészt úgy látják, hogy a hajléktalanok az általános lakossághoz hasonló arányban kívánnak leszokni az ilyen függőségekről. Ez azt jelenti, hogy ha egy hajléktalan egyén akarja, akkor az egészségügyben előrelépés történik (Biedrzycki, 2018: 678). Emellett úgy gondolják, hogy a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

rákszűrő programok végrehajtása a hajléktalanok számára és a rendszeres lakhatás iránti igény teljesítése hatékony lesz a rákbetegség kezelési folyamatában (Asgary, 2018: 344).

A hajléktalanok másik egészségügyi problémája a táplálkozással kapcsolatos. Az utcán élő hajléktalanok nem jutnak tiszta és elegendő mennyiségű ételhez a kívánt szinten. Ugyanakkor maguk az élelmiszersegélyek sem a kívánt szinten vannak. A HIV/AIDS-hez hasonlóan az alkohol- és/vagy anyagfüggőség, valamint a mentális betegségek jelenléte is problémát okoz az élelmiszerekhez való hozzáférésben (Wiecha et al., 1991: 364). Emellett a hajléktalanok hozzáférése a magas telített zsírsav- és rosttartalmú élelmiszerekhez is problémás, ami káros az egészségre (Seale et al., 2016: 143). Ebben az összefüggésben szükség van arra, hogy tanulmányokat végezzenek a hajléktalan egyének tiszta és egészséges ételekhez való hozzáférése érdekében, és képzést kapjanak az e témában tanulmányokat végző szakemberektől (Wiecha et al., 1991: 364).

1.4. 6. Mentális betegségek

A mentális egészség olyan fogalom, amelyet már sok éve tárgyalnak. Nehéz pontosan meghatározni ezt a fogalmat, mivel minden társadalomnak megvan a maga kultúrája, hiedelmei és értékei, amelyek befolyásolják a mentális egészség értékelésének módját. A legáltalánosabb formában kifejezve a mentális egészség a társadalomban betöltött szerepek megfelelő és harmonikus betöltésének képessége (Buzlu és Şahin, 2017: 253). Egy másik meghatározás szerint a mentális egészséget úgy fejezhetjük ki, mint az egyén érzelmeinek, gondolatainak és viselkedésének következetességét, alkalmasságát és kompetenciáját (Öztürk és Uluşahin, 2011: 16). Természetesen a nem megfelelés és az eltérések időről időre minden egyén érzéseiben, gondolataiban és viselkedésében előfordulnak. Ha azonban ez a helyzet állandósul és megzavarja a személy funkcionalitását, akkor mentális betegségek lépnek fel. Az olyan problémák, mint a háborúk, a belső konfliktusok, a kényszer migráció, a technológia helytelen használata, a környezeti problémák és a tiszta erőforrásokhoz való hozzáférés hiánya szintén kiváltják ezt a folyamatot, és a mentális betegségek növekedését okozzák.

Amikor a hajléktalanok mentális betegségeit vizsgáljuk, megállapítható, hogy először az alkohol- és a kábítószer-használati zavarok fordulnak elő. Az alkohol- és kábítószer-használati zavarok a hajléktalanok körében gyakoribbak, mint az általános népesség körében (Fischer és Breakey, 1991: 1115). Ha általános arányt adunk meg, akkor látható, hogy a függő egyének körülbelül 30%-a hajléktalan egyén (Wessel et al., 1997: 167). A helyzet súlyosságát növeli az is, hogy az emberek nem kapnak támogatást családjuktól, barátaiktól és más társadalmi köröktől, és elszigetelten élnek (Fischer és Breakey, 1991: 1115). Az alkohol- és kábítószer-használati

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

zavarokkal küzdő hajléktalan emberek kezelési folyamataiban szükség van az egyének mentális egészségét javító beavatkozásokra, a szolgáltatások fejlesztésére és a társak által támogatott gyakorlatok alkalmazására (Rhoades és mtsai., 2011: 320; Barker és Maguire, 2017: 598).

Amikor a hajléktalanok mentális problémáit vizsgáljuk, az egyik probléma, amellyel találkozunk, az öngyilkossággal kapcsolatos. Az öngyilkosság a 30-39 év közötti, mentális betegséggel küzdő hajléktalan személyek halálát okozó kockázati tényezők egyike (Prigerson és mtsai., 2003: 213). Egy hajléktalanokkal végzett vizsgálatban a résztvevők 66,2%-a nyilatkozott úgy, hogy életének egy bizonyos pontján öngyilkosságra gondolt, 51,3%-uk megkísérelte az öngyilkosságot, és 26,9%-ukat pszichiátriai klinikán kívüli kórházakban kezelték emiatt a helyzet miatt (Desai et al., 2003: 365). Egy másik vizsgálatban is hasonló eredmények születtek, a megkérdezett hajléktalanok 61%-a nyilatkozott úgy, hogy öngyilkossági gondolatai voltak (Eynan, 2002: 418). Egy másik tanulmányban az öngyilkosság kockázati csoportjait azonosították, és a hajléktalanokat is a kockázati csoportban értékelték (Nordentoft, 2007: 306). Ebben az összefüggésben szükség van az öngyilkossági kockázatról szóló tanulmányok elvégzésére, és ennek a helyzetnek a megelőzése érdekében a hajléktalanok mentális egészségi állapotáról szóló tanulmányokra kell összpontosítani.

Egy másik mentális betegség, amelyben a hajléktalanok szenvednek, a depresszió. Az általános népe sszeggel összehasonlítva azt látjuk, hogy a hajléktalanok körében magasabb a depresszió aránya. A hajléktalanokkal végzett vizsgálatokból megérthető, hogy a hajléktalanok közel felének vannak depressziós tünetei (Ayano et al., 2021:1). A különböző hajléktalancsoportokkal végzett vizsgálatok eredményei alapján megállapították, hogy a depresszió súlyossága a hátrányos helyzetű hajléktalan egyének problémáinak nagyságával nőtt (Roze et al., 2018: 314). Megállapították, hogy a hajléktalan személyek a családi problémák, az alkohol- és kábítószerfüggőség, valamint a lakhatással kapcsolatos egyéb negatív tényezők miatt érzékenyebbek a depresszióra (Coohey és Easton, 2016: 111). Ebben az összefüggésben fontos, hogy megkönnyítsük az egyének mentálhigiénés szolgáltatásokhoz való hozzáférését, és megoldjuk egészségügyi és mentális problémáikat (Roze et al., 2018: 314). Emellett szükség van arra, hogy a gyakorlatok megfeleljenek az emberek érzelmi szükségleteinek (Coohey és Easton, 2016: 111).

Ha megnézzük a hajléktalanoknál előforduló egyéb mentális betegségeket, akkor bipoláris zavarokat, szerencsejáték-zavart és skizofréniát látunk. Általánosságban elmondható, hogy a hajléktalanság olyan probléma, amely komoly hatással van az emberek pszichoszociális jólétére. Ebben az összefüggésben szükség van a hajléktalanság és a mentális egészség közötti kapcsolatot vizsgáló tanulmányokra. Emellett szakpolitikákat és programokat kell bevezetni a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalanok mentális zavarainak megelőzése, valamint a hatékony diagnózis és kezelés érdekében (Hossain et al., 2020: 538-539).

Amint látható, a hajléktalan személyek mentális és fizikai betegségekkel egyaránt szembesülnek, és a kialakuló betegséget kísérő betegségek (morbidity) aránya magas. A probléma leküzdése érdekében hatékony és hozzáférhető egészségügyi szolgáltatásokra és az alapellátási intézmények elterjesztésére van szükség. Emellett fontos, hogy a hajléktalan személyek egyéb egészségügyi és szociális szükségleteikhez intézményi támogatást kapjanak, és hogy az érintett intézményekben javuljon a szolgáltatások minősége. A probléma megoldásához elengedhetetlen a területen folyó interdiszciplináris munka is, és meg kell oldani azokat a tényezőket, amelyek ezt a helyzetet megakadályozzák (Wright és Tompkins, 2006: 286).

1.5. A hajléktalanság okai

A hajléktalanság társadalmi jelenség, amelynek okai vannak. A probléma okainak magyarázatakor három tényezőt veszünk figyelembe. Ezek a következők; az embernek nincs munkája, nincs pénze, és elveszíti az otthonát (Özdemir, 2010). A hajléktalanság problémájának okait azonban nem csak az említett három tényező magyarázza. A releváns okokat kétfelé lehet osztani, mint belső és külső okok. Míg a külső okok közé tartoznak a személyes, viselkedési, oktatási stb. következmények, addig a belső okok közé a mentális betegségek, a kábítószer-függőség, valamint a fejlődési vagy viselkedési problémák tartoznak (Holland, 2014).

A hajléktalanság okait magyarázó, fent említett megkülönböztetések mellett létezik egy olyan megkülönböztetés is, amely az egyént rendszerként és struktúraként kezeli. Amikor a hajléktalanság egyéni okait értékelik, úgy gondolják, hogy az egyének által átélt traumatikus események, a személyes válságok, a szegénység, a munkanélküliség, a bűnözésben való részvétel, a demográfiai jellemzők, a gyenge szociális támogatási mechanizmusok, az iskolázatlanság, a mentális állapot és a kábítószer-függőség hatással vannak (Nooe és Patterson, 2010). A szisztematikus értékelés során felsorolják, hogy az intézményi struktúra nem teljesen kiépített, a kórházi szolgáltatások elégtelenek, hiányoznak a mentális egészségügyi és szenvedélybetegségekkel foglalkozó létesítmények, nincs elég támogató mechanizmus a bevándorló menekültek számára, a személyzet nem rendelkezik elegendő információval, és ideiglenes megoldásokat hoznak (Gaetz et al., 2013). A strukturális okok vizsgálatakor olyan tényezőket sorolnak fel, mint a szegénység, az igazságtalan jövedelemelosztás, a munkanélküliség, az alacsony bérű munka, a magas egészségügyi kiadások és a diszkrimináció (Nooe és Patterson, 2010). Mindezek a tényezők összefüggnek egymással, és magyarázzák a hajléktalanság okait.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A hajléktalanság okait már évek óta kutatják, és a fenti tényezők mellett a kapcsolódó okokat gazdasági, szociális, egészségügyi stb. okokra osztják. Roth és Bean tanulmányában a hajléktalanság okait három fő csoportba sorolták: szociális problémák, gazdasági problémák és a dezintegráció (Akyıldız, 2017). Mindezen információk fényében a hajléktalanság okait három fő címszó alatt lehet értékelni.

1.5.1. Gazdasági okok

A hajléktalanság problémájának legfontosabb okai között gazdasági okok szerepelnek. Köztudott, hogy a hajléktalansággal küzdő egyének többsége olyan problémákkal küzd, mint a szegénység és a munkanélküliség, mielőtt ezt a problémát megtapasztalná (Ziefert és Brown, 1991). Az 1980-as évek után az országok gazdaságpolitikája is növelte a hajléktalanságot (Hope és Young, 1986). Roth és Bean 1986-ban végzett tanulmányában a hajléktalanság okai között szerepelt a munkanélküliség, a szegénység, az infláció és a bérelosztás egyenlőtlenségei (Roth és Bean, 1986). Egy Işikhan által végzett tanulmányban a szegénység és a munkanélküliség növekedése, a jövedelem és a vásárlóerő fokozatos csökkenése, valamint az elégtelen minimálbér-emelések a hajléktalanság okaként mutatkoztak meg (Işikhan, 2006b). A Büyükbodur és Kayma 2021-ben végzett tanulmányában a munkanélküliség összefüggésbe hozható a hajléktalansággal (Büyükbodur és Kayma, 2021). Egy másik tanulmányban azt találták, hogy a hajléktalanság legfontosabb oka gazdasági tényezőkön alapult (Ersin és Baş, 2021). A kutatások azt mutatják, hogy a társadalmi problémák mögött gazdasági paraméterek állnak. A szegénység és a munkanélküliség a legfontosabb hatástényezők e társadalmi problémák között.

1.5.2. Szociális okok

Ezek az okok szorosan kapcsolódnak az egyének élettapasztalataihoz. A családon belüli kommunikáció hiánya, a család közömbössége, a széthullott vagy elvált családok, a túlságosan védelmező családok és a szerhasználó családok közé tartoznak ezek az okok (Sevil, 1998). Emellett olyan tényezők is növelik a szociális hajléktalanságot, mint a társadalmi struktúrában jelentkező munkanélküliség, a város lakosságának változása és az állami támogatások elégtelensége (Burt, 1993). Işikhan szerint a lakhatási elégtelenség, az alacsony társadalombiztosítási kiadások, az alacsony életszínvonal és a válások számának növekedése is a társadalmi okok közé tartozik (Işikhan, 2006b). Mindkét tanulmányban, amelyek Işikhan tanulmányát alátámasztják, a lakásárak emelkedését és azt a tényt, hogy az emberek nem találnak lakást, amelyben lakhatnának, a hajléktalanságot növelő tényezőként említik (Büyükbodur és

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Kayma, 2021; Tully és Sharon, 1995). Mivel az emberek társas lények, a társadalmi okok szerteágazóak. Ezek növekedése a hajléktalanság közvetlen vagy közvetett növekedését okozza.

1.5.3. Egyéni okok

Ezen okok közül az egyének viselkedése és az élettapasztalat hatékony. A hajléktalan egyének egyik leggyakoribb viselkedési formája az alkoholizmus. Egy Fischer és Breakey (1991) által végzett tanulmányban megállapították, hogy a hajléktalanok kétharmadának alkoholizmusproblémái vannak (idézi Baum és Burnes, 1993). A kábítószer-függőség ugyanolyan fontos ok, mint az alkoholizmus. A tanulmányok szerint a hajléktalanok egyötöde kábítószerfüggő (Yoder, 1998). E helyzeteken kívül a mentális betegségek jelenléte is a hajléktalanság egyik oka. Egy másik tanulmányban azt találták, hogy a hajléktalanok 90%-a mentális problémákkal küzd (Van, 1993). A személy jellemzői is okozhatják a hajléktalanságot. Ha az illető félénk, hajlamos a társadalomtól való elzárkózásra, vagy más személyek kirekesztik, hajléktalanná válhat (Baum és Burnes, 1993). Más tanulmányok szerint a hajléktalanság okai között szerepel a kábítószerfüggőség, a mentális betegségek és az elégtelen személyiségfejlődés (Acar et al., 2022; Işikhan, 2002). Ennek eredményeképpen az egyéni tényezőket személyre szabottan értékelik. Ezek a tényezők az egyének életük során felmerülő problémáktól függően diverzifikálódhatnak, vagy személyes preferenciáiknak megfelelően merülhetnek fel. Minden olyan tényező, amelyet gazdasági, társadalmi vagy egyéni tényezőnek tekintenek, a hajléktalanság osztályozásában hatékony tényezők. A fent említett tényezők képezik az alapját a hajléktalanság különböző típusainak létezésének igazolásának vagy osztályozásának. Ezért a hajléktalanság okai és osztályozása között nagy a kapcsolat.

Hajléktalanság

A hajléktalanság olyan jelenség, amelyet az előző címben említett okok okoznak. Mivel a hajléktalanság okai eltérőek, nem lehet egyértelműen osztályozni a hajléktalanság típusait. Ezért a szakirodalom vizsgálata során azt látjuk, hogy a hajléktalansággal kapcsolatban nem létezik egységes osztályozás. A hajléktalanságnak több osztálya van idő, nem, kor, földrajzi és tipográfia szerint. Mindezt az osztályozást az ENSZ Európai Gazdasági Bizottsága végezte el 2009-ben. A Bizottság szerint a hajléktalanságot kétféleképpen, elsődleges és másodlagos módon tárgyalják. Az elsődleges hajléktalanság az elhagyatott helyeken élő hajléktalanokat írja le, akiknek nincs megfelelő lakhatási lehetőségük. A másodlagos hajléktalanságot ezzel szemben olyan hajléktalanokként definiálják, akik hajléktalanok számára fenntartott átmeneti szállásokon élnek, gyakran költöznek, és nem rendelkeznek szokásos tartózkodási hellyel (UN Economic

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Commission for Europe, 2009). Mivel úgy gondoljuk, hogy az általános osztályozáson belüli osztályozások jobban megmagyarázzák a hajléktalanságot, a hajléktalanság típusait ebben a tanulmányban címszavak alá helyezzük át.

1.6.1. A hajléktalanság típusai

Az idő szerinti osztályozást vizsgálva látható, hogy a legnépszerűbb osztályozás a Kuhn és Culhane által készített osztályozás (Kuhn és Culhane, 1998). A Kuhn és Culhane által készített osztályozás kritikáit Lennon és Kuang 2011-ben értékelte, és egy másik idő szerinti osztályozás alakult ki. A Kuhn és Culhane által készített osztályozás három alapvető címszóra osztható:

Ideiglenes hajléktalanok: Az ebbe az osztályozásba tartozó hajléktalanok olyan hajléktalanok, akik napi munkát végeznek, és olyan helyeken élnek, mint például buszok, teherautók és kunyhók (Genç, 2016). Ezek az emberek elkülönülnek az egészségügyi problémákkal, kábítószerfüggőséggel és mentális problémákkal küzdő hajléktalanoktól, és többnyire fiatal egyénekről van szó. Ők általában valamilyen szociális problémával (munkanélküliség, válás stb.) együtt tapasztalják a hajléktalanságot (Küçük, 2014). Ezen okok miatt az átmeneti hajléktalanság megnehezíti az egyének számára a társadalomba való visszailleszkedést, és növeli annak valószínűségét, hogy olyan negatívumokat tapasztaljanak, mint a családtól való elszakadás, a depresszió és a kábítószerfüggőség (Akyıldız, 2020). Ugyanakkor látható, hogy ha ezek az egyének ismét megfelelő feltételeket kapnak, akkor visszanyerhetik munkahelyüket, otthonukat és társadalmi státuszukat (Akyıldız, 2017). Az átmeneti hajléktalanok olyan személyek, akik nem élnek állandóan hajléktalanságban, és a körülményeik javulásával visszanyerhetik korábbi státuszukat. Ez a helyzet azt mutatja, hogy az átmeneti hajléktalanok a szükséges beavatkozásokkal megszabadulhatnak hátrányos helyzetükből.

Epizodikus hajléktalanok: Az ilyen típusú hajléktalanságot megélő hajléktalanok azok, akik a szegénységi küszöb alatt élnek, és nem rendelkeznek rendszeres jövedelemmel (Akyıldız, 2017). Az epizodikus hajléktalanok folyamatosan szembesülnek a hajléktalanság lehetőségével (Genç, 2016). Az ebbe a besorolásba tartozók általában olyan felnőtt személyek, akiknek olyan problémáik vannak, mint a mentális fogyatékoság és a kábítószer-függőség. Kórházakban, egyházi épületekben vagy az utcán élnek a legtöbb időt a hajléktalanszállókon kívül (Küçük, 2014). Köztudott, hogy ezek a személyek folyamatosan hajléktalanok. A krónikus hajléktalanoktól azonban abban különböznek, hogy milyen módon veszik igénybe a hajléktalanszállókat. Az epizodikus hajléktalanok általában rendszeres időközönként veszik igénybe a hajléktalanszállókat.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Krónikus hajléktalanok: A hajléktalanok ebben az osztályban a hajléktalanságot választották életformájuknak. Az utcán való életet normálisnak fogadják el, és a társadalom más egyedeivel való kommunikációjuk szkeptikus (Genç, 2016). A fent említett típusokhoz képest az ilyen típusú hajléktalanok idősebbek, mint a másik két típusba tartozó hajléktalanok, és jobban küzdenek a társadalmi problémákkal (Küçük, 2014). A krónikus hajléktalanok általában nem részesülnek semmilyen szociális segítségben, és az emberi kapcsolatok egy-két olyan emberre korlátozódnak, akik szintén hajléktalanok (Işıkhan, 2006b). A krónikus hajléktalanságban szenvedő személyek körében magasabb a mentális betegségek vagy a kábítószer-függőség aránya, mint az átmeneti és epizódikus hajléktalanságban élőkénél (Arce et al., 1983).

A fenti osztályozást Kuhn és Culhane 1998-ban kritikával illette. Az ezzel kapcsolatos kritikákat három fő címszó alá gyűjtötték. Az első, hogy hiányzik a hajléktalanszállón töltött idő mint kritérium; a második, hogy a hároméves tapasztalaton alapul, a harmadik pedig, hogy a hosszú távú és intenzív hajléktalanszállót igénybe vevő emberek nem szerepelnek az osztályozásban (McCallister et al., 2011). A kritikák a hajléktalanság bizonyos kritériumok szerinti osztályozását illetően helytállónak tekinthetők. Ezért az idők során különböző típusú osztályozások alakultak ki. A hajléktalanság olyan jelenség, amely társadalmi problémaként megbonthatja a társadalmi struktúrát. Ezért úgy gondolják, hogy célszerűbb lenne az összes kritérium figyelembevételével osztályozni.

A hajléktalanság egy másik osztályozását McCallister et al. végezte el, akik szerint a hajléktalanságot négy modellel magyarázzák. Az első, ideiglenes modellként meghatározott modellben azok a személyek, akik harminc nap alatt csak egyszer mennek be a hajléktalanszállóra, ideiglenesen hajléktalanok, és nem valószínű, hogy újra visszatérnek a hajléktalanszállóra. A második modellben, amelyet folyamatos strukturális modellként határoznak meg, van egy olyan megközelítés, hogy azok, akik harminc napnál hosszabb ideig tartózkodnak a menhelyen, a menhely elhagyása után nagyon ritkán térnek vissza. A harmadik modell a strukturálisan szórványos modell, és eszerint a hajléktalanok folyamatosan menedékhelyen vannak, de különböző kapcsolódó helyzetek különböző módon merülhetnek fel. Az utolsó modellben, a nem strukturális intervallumos modellben az szerepel, hogy a hajléktalanok bizonyos időszakonként és ritkán lépnek be és lépnek ki a menedékhelyről (McCallister et al., 2011). Ezen a modellen kívül az időlegesen hajléktalanokat marginális és ciklikus hajléktalanokra osztják. A marginális hajléktalanokat gyakrabban tekintik kábítószerfüggőknek vagy mentális betegeknek. Ezek az egyének inkább más hajléktalanokkal, mint családtagokkal kommunikálnak, ha segísre van szükségük. A ciklikus hajléktalanok olyan egyénekből állnak, akik hajléktalanok, majd elhagyják a hajléktalanságot, de a jövőben

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

ismét hajléktalanná válnak (Genç, 2016). A Mccalister et al. által kidolgozott modellt a hajléktalanszállón töltött idő és gyakoriság alapján alakították ki. Más meghatározások az időleges hajléktalansággal foglalkoznak. Ezen a modellen túl azonban a hajléktalanság különböző jellemzői alapján különböző osztályozások készülnek.

1.6.2. Nemek, életkor, földrajz és tipográfia szerinti osztályozás

A hajléktalanság osztályozása során egy másik megkülönböztetés a nemek alapján történik. A hajléktalanság inkább a férfiaknál, mint a nőknél jelentkező probléma. Köztudott, hogy a nők által a hajléktalanság folyamata során tapasztaltak többnyire szorongás, szerhasználat, alacsony önértékelés, hangulatzavar és pszichózis. Míg a nők hajléktalanságát olyan tényezőkkel magyarázzák, mint a kapcsolatok megromlása, a családon belüli erőszak és a zaklatás, addig a férfiaknál ez a helyzet az érzelmi kötődéssel és az automatikus kontrollal fejeződik ki (Akyıldız, 2020). Ennek eredményeképpen, amikor a hajléktalanságot a nemek szempontjából értékeljük, azt látjuk, hogy a férfiak többször tapasztalják a hajléktalanságot, mint a nők, és az okok is eltérőek.

A hajléktalanság osztályozásának másik kritériuma az életkor. Az életkor alapján történő értékeléskor a hajléktalanságot három részre lehet osztani: gyermek hajléktalanság, fiatal hajléktalanság és felnőtt hajléktalanság. A gyermekek által tapasztalt hajléktalanságban a lakáshiány, a családon belüli erőszak, a viselkedési zavarok, a szociális támogatás hiánya és a gyermekjóléti rendszerben való részvétel hatékony (Aratani, 2009). A hajléktalan fiatalok ezzel szemben a 12-21 éves korosztályba tartozó egyének. A hajléktalan gyermekek és fiatalok problémáit tekintve a szegénység, az éhezés, az egészségügyi problémák, valamint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei és viselkedési eltérései (Akyıldız, 2020). A hajléktalan fiatalok és gyermekek problémái mellett a következő kockázatokkal szembesülhetnek:

- Kábítószer-függőség,
- Szexuális érintkezésnek vagy zaklatásnak való kitettség,
- munkanélküliség,
- börtönbüntetés,
- iskolai mulasztás,
- Egészségügyi kockázatok,
- Pszichológiai problémák (Akyıldız, 2020).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A felnőttkori hajléktalanság a fiatalkori és a gyermekkori hajléktalanság folytatása. Ezt a típust a 24 év feletti egyének által tapasztalt hajléktalanság típusaként ismerjük. Megfigyelhető, hogy a legtöbb hajléktalan felnőtt hajléktalanságát menhelyeken vagy az utcán éli meg. A felnőttkori hajléktalanság általában a gyermek- és fiatalkori tapasztalatok miatt következik be (Herman et al., 1997). A felnőttkorban bekövetkező események, a családi kapcsolatok megszűnése, a szerhasználat, a gazdasági nélkülözés, a mentális betegségek stb. a felnőttkori hajléktalanság okai közé tartoznak (Akyıldız, 2020). A hajléktalanság minden korcsoportra negatív hatással van. Ezért úgy gondolják, hogy fontos a szükséges szociális szolgáltatási beavatkozásokat mikro-, közép és makroszinten alkalmazni.

Ezen osztályozások mellett létezik a hajléktalanság földrajzi és tipográfiai besorolása is. A hajléktalanság földrajz szerinti osztályozásában érintett csoportok a következők:

- Hajléktalanok utcai közössége,
- Azok, akik hajléktalanszállókon tartózkodnak,
- Azok, akik átmeneti szállásokon, például szállodákban vagy reggelizőhelyeken tartózkodnak,
- Azok, akik családjukkal vagy másokkal élnek.

A tipográfiai osztályozás során figyelembe veszik az egyének jellemzőit és igényeit. Ebben az osztályozásban a hajléktalanok az utcai lakosságból, a középkorú férfi lakosságból álló alkoholfüggőkből, a tartós pszichotikus betegségben szenvedőkből, a helyzettől függően stresszhelyzetben lévőkből, a hajléktalan családokból és a hajléktalan fiatalokból állnak (Genç, 2016). Az összes besorolást értékelve a hajléktalanság hátterében gazdasági, pszichológiai, szociális stb. okok állnak. Bizonyos esetekben a hajléktalan emberek úgy folytatják életüket, hogy a hajléktalanságot kultúrává teszik. Ezért a hajléktalanság kultúrája az egyik fontos kérdés, amelyet a hajléktalanságban értékelni kell.

1.7. A hajléktalanság kultúrája

A kultúra olyan anyagi és szellemi alkotások összessége, amelyek segítik az egyének alkalmazkodását fizikai és társadalmi környezetükhöz (Tezcan, 2008). A hajléktalan egyének életszínvonala és életformái a mindennapi életben eltérnek a társadalomban élő többi egyéntől. Ez a helyzet egyedi kultúra kialakulását eredményezi.

Köztudott, hogy a társadalomban élő hajléktalan egyének különböznek vallási meggyőződésük, az utcán élés időtartama, nemük és gyermek-fiatal-felnőtt státuszuk tekintetében (Akyıldız, 2020). Egy az Egyesült Államokban végzett tanulmány hangsúlyozza, hogy a hajléktalan

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

egyéneknek van néhány közös kulturális jellemzőjük, és megállapítja, hogy a kultúrának három fontos dimenziója van. Ez a három dimenzió a következő; a hajléktalanok életmódja vagy életstílusa, a hajléktalan egyének közötti társadalmi kapcsolatok, valamint a hajléktalan egyének integrációja, vagyis a jelentésrendszerek és gondolkodásmódok (Flaskerud és Fellin, 2000). A hajléktalanok életmódja a legfontosabb tényező, amely a hajléktalanság kultúráját alkotja. A mindennapi rutinjaikból adódó viselkedésmintáik alkotják a hajléktalanság kultúrájának viselkedésmintáit. Ezek a viselkedésminták alkotják társadalmi kötődéseiket a társadalomban és egymás között kialakított kommunikációjukban. Az élettapasztalataikkal együtt szerzett gondolkodásmódjuk szintén olyan elemként jelenik meg, amely kiegészíti a hajléktalanok kultúráját.

A hajléktalanság kultúrájának magyarázatára a legnépszerűbb modell a Ravenhill (2008) által kidolgozott modell. Ravenhill arra a kultúrára vagy társadalmi kapcsolatra összpontosít, amelyet a hajléktalan egyének a környezetükkel teremtenek. A hajléktalan egyének által az otthonukon kívüli életükben más emberekkel megtapasztalt érzelmi kötődéseket és szociális támogatási rendszert nevezi "hajléktalan kultúrának vagy hajléktalansági kultúrának" (Ravenhill, 2008). Ezen a támogatási rendszeren belül a kapcsolatoknak lehetnek pozitív és negatív oldalai is (Doğan Bekaroğlu, 2019). Ezért a hajléktalanság kultúráján belül minden olyan kapcsolat szerepel, amelyet a hajléktalan egyének más emberekkel létesítenek. A meglévő kapcsolatok alakítják az egyének viselkedési mintáit, és segítenek nekik egy egyedi életmód kialakításában.

Ravenhill szerint a hajléktalanság egy olyan folyamat, amely a társadalmi kapcsolatokat lefedi. Hangsúlyozza, hogy a hajléktalan egyént körülvevő szervezetek és intézmények ebben a folyamatban nem érték el céljukat. Ravenhill szerint, aki állítását a hajléktalanságipar fogalmával magyarázza, a hajléktalanságipar teszi a hajléktalanság kultúráját stabillá és integráltá. Ebben az iparágban vannak szervezetek, szószólók és jótékonyági szervezetek. Az ipar által táplált hajléktalansági kultúrában élő egyének nem kapcsolódnak be azonnal ebbe a struktúrába, és a tapasztalataikból megismerik a kultúrát (Ravenhill, 2008). A szociális szolgáltatások szempontjából értékelve a hajléktalanok számára nyújtott szociális szolgáltatási gyakorlatok várhatóan növelik az egyének és a társadalom jólétét. Ravenhill azon a véleményen van, hogy ezek a -informális vagy formális- gyakorlatok tovább növelik a hajléktalanságot. A szociális szolgáltatás filozófiája szerint, amely humanista szemléletben valósítja meg alkalmazásait, Ravenhill gondolatai nem esnek egybe. Ez a nézet nem jelenti azt, hogy nincs hajléktalansági kultúra. Létezik a hajléktalanság kultúrájának nevezett fogalom és jelenség, de nincs olyan szociális szolgáltatási koncepció, amely a hajléktalanságot szolgálja.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Ravenhill inkább a kiváltó tényezőkre, mint a hajléktalanságot meghatározó tényezőkre összpontosít. A kiváltó tényezők a hajléktalan személyek élettapasztalatai során jelennek meg. Ezek a tényezők halmozottan előrehaladva rontják az egyén életszínvonalát, és felemésztik a hajléktalansággal szembeni védőelemeket (Somerville, 2013). A hajléktalanságnak vannak meghatározó tényezői is. Ezek a tényezők az, hogy az egyének munkanélküliek maradnak, szegények és nem találnak lakást. Az egyének e tényezők egymást követő és sorozatos tapasztalatai felgyorsíthatják a hajléktalanság folyamatát. A kiváltó tényezők mellett Ravenhill hangsúlyozza, hogy az egyének minden egyes hajléktalansági tapasztalata növelheti a hajléktalanná válás valószínűségét, és a hajléktalanság minden egyes időszaka meghosszabbíthatja a következő időszak időtartamát (Ravenhill, 2008). Ezért fontos az összes tényező együttes figyelembevétele és a szükséges szociálpolitikák kidolgozása annak érdekében, hogy az egyének hajléktalansági tapasztalatai a lehető legkisebbre csökkenjenek.

Ravenhill szerint a hajléktalansági kultúra szubkultúráját olyan emberek alkotják, mint a kábítószerfüggők, a szellemi fogyatékkal élők stb. Ezek az emberek azáltal válnak a hajléktalan kultúra részévé, hogy hajléktalanként definiálják magukat, és a hajléktalanok csoportjába kerülnek (Küçük, 2018). A hajléktalan személyek nem az egyetlen csoport, amely a hajléktalanság kultúrájába tartozik. Vannak olyan egyének is, akik a hajléktalan egyének életmódjához hasonlóan élnek, és közvetve a hajléktalanság kultúráját szolgálják. Az összes egyén viselkedése és életmódja teszi a hajléktalanság kultúrájának egészét. Ezért a hajléktalan egyének értékelésénél nem szabad figyelmen kívül hagyni a társadalmi környezetüket.

1.8. A hajléktalanság problémája a világban és Törökországban

A társadalmi probléma olyan jelenség, amely az egész társadalmat negatívan érinti (Koçak, 2015). A hajléktalanságot is társadalmi problémának tekintik, amely a társadalom szerkezetét érinti. Ennek a társadalmi problémának a megjelenése megfelel az iparosodás időszakának mind a világban, mind Törökországban.

Az iparosodással a nehéz körülmények között és alacsony bérek mellett dolgozó munkásosztály, a nők és a gyermekek nehéz körülmények között folytatják a munkáséletet, a társadalmi problémák kezdetének tekinthetők. Az 1929-es gazdasági válság és a második világháború azonban a problémák növekedését és diverzifikálódását is okozta (Şişman, 2017). Az olyan tényezők, mint a szegénység és a munkanélküliség az alapja ezeknek a társadalmi problémáknak. A hajléktalanság ezekkel a problémákkal párhuzamosan jelent meg.

A hajléktalansággal kapcsolatban vannak nemzetközi szervezetek tanulmányai. Az ENSZ által 2005-ben készített Emberi Jogi Bizottság jelentése szerint a világon 100 millió hajléktalannak

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

számítanak (Akyıldız, 2017). Még ha a hajléktalanság problémája napról napra nő is, a hajléktalanság problémájának meghatározását megnehezíti, hogy a hajléktalanság meghatározása vagy jellemzői országonként eltérőek (lásd 1.1. szakasz. Még ha nehéz is meghatározni, a hajléktalanság a legtöbb fejlett, fejlődő és fejletlen országban problémaként jelentkezik (Sipahi és Arslan, 2021).

Az Egyesült Államok egyike azon országoknak, ahol a hajléktalanság tapasztalható. Bár fejlett országról van szó, ismert, hogy az USA-ban magasak az olyan problémák, mint a szegénység, a munkanélküliség és a hajléktalanság (Yılmaz, 2015). Egy 2009-ben közzétett jelentésben megállapították, hogy a hajléktalan családok az összes hajléktalan 32%-át teszik ki (URL-3, 2020). A 2017-ben közzétett jelentésben azt állapították meg, hogy az USA-ban 554 000 hajléktalan személy él (Bassuk, 2010). Anglia egy másik ország, amely a hajléktalanság problémájával küzd. A 2019-es adatok szerint megállapították, hogy az Egyesült Királyságban körülbelül 250 000 háztartást és 400 000 embert fenyeget a hajléktalanság veszélye. A probléma kialakulásának legfontosabb okának a lakhatási problémát tekintik (Busch-Geertsema és Fitzpatrick, 2008). Egy másik tanulmányból kiderült, hogy Indianapolisban minden éjszaka 2000 hajléktalan él fedél nélkül (Castillo, 2017). Becslések szerint Kanadában is 4000-8000 hajléktalan ember él (Gaetz et al., 2013). Az írországi Lakásügyi és Helyi Közigazgatási Minisztérium 2022-es tanulmányában arra a következtetésre jutott, hogy márciusban 3,5%-kal nőtt a hajléktalanok száma (Department of Housing, 2022). Ausztráliában viszont egy 2016-ban közzétett jelentésben megállapították, hogy a hajléktalanság problémája nőtt, és körülbelül 116 000 ember hajléktalan (Pawson et al., 2018).

A hajléktalanság Oroszországban is nagy problémaként jelentkezik, amely Európa után az egyik legfontosabb ország. Becslések szerint körülbelül 5 millió hajléktalan ember él Oroszországban, és ezek a hajléktalanok olyan városokban élnek, mint Moszkva és Szentpétervár (Nochlezhka idézi Sipahi és Arslan, 2021). A fejlett országok mellett a fejletlen országokban is hasonló a helyzet. Indiában például a vidéki területeken élő hajléktalanok aránya 70%. A 2012-es adatok szerint Indiában a hajléktalanok száma 6 millió. Más országokkal ellentétben Indiában a hajléktalanság legfontosabb oka az osztály- és gazdasági különbségek (Wardhaugh, idézi Sipahi és Arslan, 2021). Amint a fenti példákban látható, még ha az országok különböznek is, a hajléktalanság problémája továbbra is fennáll. Az a tény, hogy a hajléktalanság problémája a fejlett országokban is létezik, annak a jele, hogy az országok ezzel kapcsolatos politikái elégtelenek. Ezért a hajléktalanság problémáját szociálpolitikával és szociális szolgáltatási gyakorlatokkal kell megpróbálni megoldani.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A hajléktalanság problémájának értékelése során Törökországban azt látjuk, hogy a hajléktalanságra vonatkozó adatok korlátozottak. Ismeretes, hogy a hajléktalanságról szóló egyik első tanulmány az 1991-95 között végzett szakértői dolgozat. Mivel ebben a tanulmányban 126 embert foglalkoztattak, nem lehetett általánosítani (Altun, 1997). Később az Işikhan által 1995-ben kiadott "A városok árnyékában élő hajléktalanok" című könyvben 58 emberrel való munka közvetítette az olvasó számára egy bizonyos csoport jellemzőit a hajléktalansággal kapcsolatban (Işikhan, 2002). E tanulmányokon kívül létezik egy Meneviş által 2006-ban kiadott könyv a hajléktalanság okairól, valamint Yağan 2009-ben megjelent tanulmánya az ankarai hajléktalanhalálózásról (Meneviş, 2006; M. Yağan, 2009). E tanulmányok mellett a hajléktalanságról szóló tanulmányokról is vannak beszámolók. A jelentések általánosíthatóbb dokumentumok a törökországi hajléktalanság tükröződésének leírása szempontjából. A törökországi hajléktalanokról szóló, 2011-ben közzétett jelentésben az áll, hogy az országban több mint 70 ezer hajléktalan ember él (Munka- és Igazságügyi Szövetség, 2011). Egy másik, a török Nagy Nemzetgyűlés által készített tanulmányból kiderül, hogy 2010-ben 286 hajléktalant szolgáltak ki az ankarai buszpályaudvaron. A tanulmányok nem mutatnak teljesen kielégítő adatokat a hajléktalanság magyarázatában. Ezért még nem lehet általánosítani a hajléktalanság számát és helyzetét Törökországra vonatkozóan. A meglévő eredmények értékelése során, bár ismert, hogy a hajléktalanság száma kevés Törökországban, úgy gondolják, hogy ez a szám az urbanizáció növekedésével növekedni fog.

2. HAJLÉKTALANSÁG ÉS A KISZOLGÁLTATOTT CSOPORTOK

A lakhatást, amely az emberek egyik legalapvetőbb szüksége, a történelem során különböző tényezők alakították ki, mint például az éghajlat, a földrajz, az alapvető erőforrásokhoz való hozzáférés, a társadalmak kulturális jellemzői, a vallás és a politika. A hajléktalanság, amely a lakhatás szükségletének hiányára utal, számos problémával jár, a biztonsági aggályoktól a táplálkozásig, az egészségügyi problémáktól a szocializációig.

A hajléktalan személyek többnyire olyan nehézségekkel küzdenek, mint az anyagi ellehetetlenülés, a biztonság, a kirekesztés, a hajléktalanság, az egészség és a munkanélküliség (lásd az 1.4. szakaszt). A jelenlegi helyzetben tapasztalt nehézségek azt mutatják, hogy a nyújtott szolgáltatások elégtelensége és a kulturális szemlélet negatívan értékeli a hajléktalan egyéneket. A hajléktalanság folyamatának családi szintű hatásaira vonatkozó reflexiók olyan tapasztalatokkal jelennek meg, mint a család felbomlása, válás, otthonról való távozás, pénzügyi alkalmatlanság, csőd és kirekesztés (Akyıldız, 2020).

Napjainkban a hajléktalanság problémája számos különböző dinamika összefüggésében jelenik meg, és a társadalom különböző szegmenseit különböző dimenziókban érinti. Amikor egy család teljesen hajléktalannak tekinthető, vannak olyan helyzetek, amikor a csoportként nevezhető egyének is hajléktalanok. A szociális szolgáltatási szakirodalomban a legfontosabb ilyen, érzékeny, sérülékeny és hátrányos helyzetű csoportként megfogalmazott csoportok a gyermekek, a nők, a szenvedélybetegek, a bevándorlók, a mentális problémákkal küzdők és a szegények mint tágabb csoport. Ebben a fejezetben a hátrányos helyzetű csoportokra jellemző hajléktalanság problémáját tárgyaljuk, és bemutatjuk, hogyan érinti a különböző csoportokat.

2.1. Hajléktalan családok

A legismertebb meghatározás szerint a család egy anyából, apából és gyermekekből álló intézmény, amelyet a társadalom építőkövének tartanak. Mivel ez a társadalom építőköve, a családra bizonyos küldetéseket róttak, és a család bizonyos funkcióit elfogadták. Még ha ezek a funkciók különböznek is, elfogadott, hogy a családnak társadalmi, gazdasági, nevelési, szexuális és biológiai funkciói vannak. Egészséges családi struktúra esetén feltételezik, hogy az egyén elsajátítja ezeket a funkciókat és alkalmazkodik a társadalomhoz. A családon belüli kapcsolatok azonban nem mindig mennek a kívánt szintre, vagy néha problémák merülnek fel az egészségtelen kapcsolati minták miatt. Ebben az esetben előfordulhat, hogy az egyének nem szerzik meg a szükséges funkciókat, és fizikai, mentális, szociális és gazdasági problémákkal szembesülhetnek.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A hajléktalan családokat is általában a hajléktalan kategóriába sorolják, és létezik egy Bassuk által 1991-ben végzett tanulmány a hajléktalan családokról (Bassuk, 1991). E csoportosításon kívül a hajléktalansággal kapcsolatos tanulmányok a hajléktalanság megértésére és meghatározására (Lee et al., 2003; Takahashi, 1996; Woich et al., 1988), az országok hajléktalansággal kapcsolatos politikájára (Minnery és Greenhalgh, 2007), a hajléktalanok pszichés-elmei zavaraira és mentális állapotaira (Gelberg és Linn, 1989; Gory et al, 1990; G. Johnson és Chamberlain, 2011), a hajléktalanság okai (Anderson és Christian, 2003), a hajléktalan emberek jellemzői (Bassuk és mtsai., 1986; Goering és mtsai., 2002).

Míg a hajléktalanság gyakran az egyének problémája, a hajléktalan családok száma az utóbbi években egyre nő. Rog és Buckner (2007) számos egybehangzó kutatási eredményt állított össze, és a következő következtetésekre jutott a hajléktalan családokkal kapcsolatban.

- A hajléktalan családok többnyire 20-as éveikben járó egyedülálló nők (egyszülős családok) két gyermekkel.
- Az etnikai kisebbségeknek tekintett családok nagyobb veszélynek vannak kitéve.
- Megfigyelhető, hogy a család a hajléktalanság előtt és után is szétválík és szétesik.
- A hajléktalanok többnyire szegények, és sok hajléktalan nem részesül eléggé az oktatási és foglalkoztatási lehetőségekből.
- A hajléktalan családokban felmerülő problémák között olyanok szerepelnek, mint a trauma és az erőszak.
- A hajléktalan anyák körében a többi szegény családhoz képest magasabb a kábítószer-használat aránya. Ez az arány azonban alacsonyabb, mint a hajléktalan felnőtteké.

A hajléktalan családok komoly stressznek vannak kitéve e probléma miatt. A stresszforrás alapja az a tény, hogy a családok nem rendelkeznek rendszeres lakhatási lehetőséggel. Ez a helyzet sérti a családok magánélethez fűződő igényeit, és sérti a határaikat, ha hajléktalanszállókon tartózkodnak, és zsúfolt embercsoporttal kell együtt élniük. Az ezzel kapcsolatos problémák a hajléktalan családok szétesését és szétválását okozzák (The National Center on Family Homelessness, 2012).

A törökországi helyzetet vizsgálva látható, hogy a hajléktalan családok száma nem túl magas, a meglévő családok az átmeneti hajléktalanok csoportjába tartoznak, és szakmai beavatkozásokkal ki tudnak kerülni ebből a negatív helyzetből. A hajléktalan családok alacsony száma Túrkevén annak a következménye, hogy a társadalomban a családnak nagy jelentőséget tulajdonítanak.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Emellett a török társadalomban tapasztalható erős szolidaritás és összetartozás érzése, valamint az a tény, hogy a szociális állam szemlélete a családot helyezi előtérbe, megakadályozza, hogy a családok valamilyen módon hajléktalanok legyenek.

2.2. Hajléktalan nők

A hajléktalanság problémájának egyik leginkább érintett része a nők, és erre a szakirodalomban található tanulmányok is rámutatnak (Anderson és Rayens, 2004; Arangua et al., 2005; Connett-Finfgeld, 2010; Walsh et al., 2009; Wenzel et al., 2000). A legkülönbözőbb okokból hajléktalanná vált nők a férfiaknál jobban megtapasztalják ennek a helyzetnek a hátrányait. Ezek a problémák megnyilvánulhatnak a gyermekgondozási tevékenységek nehézségeként, a szociális környezetből való elköltözésben, a családon belüli erőszaknak való kitettségben, az érzelmi-fizikai-szexuális erőszakkal való találkozásban, a kábítószer-függőségben, a családi és közeli környezet támogatásának megvonásában és az alacsony önértékelésben. A férfiakhoz képest a hajléktalan nőknek több kockázattal kell szembenéznük az utcán. Emiatt kijelenthető, hogy a hajléktalan nőknek nagyobb szociális támogatásra van szükségük, és intézményi intézkedésekre van szükség az érintett csoport kiszolgálására (Erbay, 2013).

Ha a hajléktalan nők által tapasztalt probléma hátterét vizsgáljuk, akkor a nemi hovatartozást látjuk. Magától értetődik, hogy a nők identitását az anyaságuk határozza meg, valamint faji hovatartozásuk, gazdasági helyzetük és társadalmi pozíciójuk miatt kirekesztettek. Emellett elmondható, hogy a hajléktalan nőkről szóló tanulmányok a csecsemő-gyermekközpontúak, és a nők alapvető jogait is elhanyagolják (Santos et al., 2021). Ebben az összefüggésben érthető, hogy a hajléktalan nők mind az általuk tapasztalt probléma, mind a nemük miatt hátrányos helyzetbe kerülnek. Ez a kettős hátrány a probléma méretének növekedését okozza. A probléma súlyosságának növekedése miatt a nők fiatalon elveszíthetik életüket (Cheung és Hwang, 2004), prostitúcióhoz és kábítószerfüggőséghez fordulhatnak (Aldridge et al., 2018), valamint a gyermekházasságok arányának és a szabálytalan munkavégzésnek a növekedését okozhatják (Haile et al., 2020). Ebben az összefüggésben úgy vélik, hogy fontos a nemek szerint kezelni a kérdést, és holisztikus politikákat kell kialakítani (Salem et al., 2021).

A törökországi kérdést tekintve elmondható, hogy a hajléktalan nők száma nagyon alacsony. A török társadalomban a nőknek tulajdonított jelentés és a nekik tulajdonított érték megakadályozza, hogy a nők valamilyen módon az utcára kerüljenek. Különösen a család támogatása nagyon fontos ezen a ponton. Azok a nők, akiknek nincs saját otthonuk vagy jövedelmük, a családjukkal együtt folytathatják életüket, és találnak egy házat, ahol meghúzhatják magukat.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

2.3. Hajléktalan gyerekek

A történelem során a gyermekek képviselték a társadalom azon szegmensét, amely a legnagyobb hátrányt szenvedte el. A hajléktalansággal összefüggésben az utcán élő gyermekek sokkal több kockázatnak vannak kitéve, mint más hajléktalanok, és erre tanulmányok is rámutatnak (Bassuk, 2010; Bassuk és Rubin, 1987; Rescoria és mtsai., 1991; Takahashi és mtsai., 2002). Bár maga az utca tele van veszélyekkel és kockázatokkal, a gyermekek helyzete sokkal negatívabb, mint a felnőtteké, ami az ezektől a kockázatoktól és veszélyektől való védekezést illeti. Ráadásul a hajléktalan gyermekek egészségi állapota sem túl jó. Az akut betegségek gyakoriak ezeknél a gyerekeknél, míg a védőoltások ritkábban fordulnak elő. Ezek az emberek, akik gyakran szenvednek olyan betegségektől, mint a láz, a hasmenés és az asztma, és akik szociálisan veszélyeztetettek, a nem biztonságos környezet miatt különböző sérülésekkel, a testi fejlődés visszafejlődésével és erőszakkal szembesülnek.

A tanulmányok azt mutatják, hogy az utcán élő gyermekek apáinak többsége általános iskolai végzettségű vagy az általános iskolát elhagyta, az anyák több mint fele pedig nem jár iskolába. A családok tulajdonában lévő gyermekek száma magas, gazdasági körülményeik és lakhatási lehetőségeik nem megfelelőek. Az ilyen családtagokat az erőszak, a fizikai és szexuális bántalmazás, a mások által bűncselekmények elkövetésére kényszerítés, a sérülés, a krónikus-veszélyes fertőző betegségek, az elhanyagolás okozta egészségügyi problémák, az elrablás és a gyilkosság veszélye fenyegeti.

Az utcán élő gyermekek többnyire fiúk. Mivel a lányoknál nagyobb a bántalmazás veszélye, őket rokonaik és barátai fogadják örökbe. Ezek a gyerekek nélkülözik a család támogatását a mindennapi élethez. Bár általánosan "elhagyottként" emlegetik őket, a gyerekek maguk is elhagyják családjukat, belefáradva a bizonytalanságba, az elutasításba és az erőszakban való felnövekedésbe. Idővel ezek a gyerekek teljesen megszakítják a családjukkal való kapcsolatukat. A nyomornegyedek ebből a szempontból kockázatosabbak.

Bár az okok, amelyek a gyerekeket az utcára kényszerítik, összetett szerkezetűek, a következőképpen foglalhatók össze (Genç, 2016).

- Gazdasági problémák
- Gyors urbanizáció, magas népességnövekedés és munkanélküliség
- Társadalmi és kulturális változások
- Politikai zavargások és természeti katasztrófák
- Elégtelen foglalkoztatási lehetőségek

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Az erőforrások, szolgáltatások és lehetőségek igazságtalan elosztása
- Negatív működési feltételek
- A főbb szolgáltatásokhoz való hozzáférés képtelensége
- Családok felbomlása és különélési arányok
- Az oktatásban való sikeresség hiánya
- Alkoholizmus és kábítószerrel való visszaélés
- Elhanyagolás és bántalmazás
- Az együttérzés és az érzelmi támogatás hiánya

Megállapítható, hogy a családi kapcsolatok jelentik a legfontosabb alapot ahhoz, hogy a gyerekek az utcára forduljanak. Ebben az összefüggésben a mostoha szülői tényező szerepet játszik a családon belüli erőszak, a bántalmazás és a család felbomlása problémájának kialakulásában. Amikor a gyermek megfosztódik a gondozójától és a családjától, hogy megvédje őt, veszélyeknek van kitéve. Ezek a kockázatok elhanyagolásban és bántalmazásban, prostitúcióban és homoszexualitásban, kábítószerfüggőségben, bűnözésben, lakhatási problémákban és alultápláltságban nyilvánulnak meg (Barış és Solmaz, 2021).

A tanulmányok azt mutatják, hogy az utcán élő serdülőknél súlyos és gyakori egészségügyi problémák jelentkeznek. Az utcán élő gyermekek egészségügyi problémáinak jelentős része abból adódik, hogy nem lehet őket megvédeni a kedvezőtlen időjárási viszonyoktól, és nem részesülhetnek a szükséges egészségügyi szolgáltatásokból (Ögel és Yücel, 2005).

Az utcán élő serdülők leggyakoribb mentális problémái a depresszió, az önkárosító magatartás, a destruktív viselkedés és az öngyilkosság. Arról is beszámoltak, hogy a viselkedési zavarok tünetei is gyakoriak. Megállapítják, hogy az utcán élő serdülőknél több az olyan probléma, mint a szomorúság, az alacsony önbizalom, a pszichotikus gondolatok, az öngyilkossági hajlam, valamint az alkohol- és szerhasználat felé fordulás. Egy 219 utcán élő serdülővel végzett vizsgálat során megállapították, hogy több mint felüknél viselkedési zavarok és agresszív viselkedés mutatkozott. Egy másik tanulmányban azt találták, hogy az utcán élő serdülők szorongásos állapota magasabb volt, mint a családjukkal élő serdülőké. Egyes tanulmányok szerint a szerhasználat növeli a mentális problémák valószínűségét (Ögel és Yücel, 2005).

2.4. Hajléktalan függők

A biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők hatékonyan befolyásolják a szerfüggőség kialakulását. Az utcán élő egyéneket tekintve ismert, hogy többségüknél fennáll a kábítószer-használat vagy az ahhoz kapcsolódó kockázatok kockázata. Mivel az a tény, hogy az egyének az utcán élnek, növeli annak valószínűségét, hogy gyakrabban kerülnek kapcsolatba más szerhasználókkal, és a szerhasználat a szociális környezet hatására széles körben elterjed (Baris és Solmaz, 2021).

A Fischer és Breakey (1991) által végzett kutatás szerint a hajléktalanok 2/3-a alkoholproblémákkal küzd. Az alkoholizmus a hajléktalanság krónikussá válását okozza. Míg az alkoholfüggő hajléktalanok 52%-a férfi, addig 17%-a nő. Kanadában évente több ezer ember tapasztalja meg a hajléktalanságot. A tiltott kábítószer-használat magas szintje e népesség körében növekvő közegészségügyi problémát jelent. Sőt, a legújabb becslések szerint a hajléktalanok 44-60%-a használt illegális kábítószerrel élete során (Erbay, 2013).

A függőség a hajléktalanság okaként és következményeként is értékelhető (lásd az 1.4. és 1.5. szakaszt). Ebben az értelemben vannak olyan emberek, akik azért kerülnek az utcára és válnak hajléktalanná, mert függők, és vannak olyanok is, akik azért kerülnek az utcára és válnak hajléktalanná, mert függők. Amikor a függőség és a hajléktalanság összeadódik, a tapasztalt problémák leküzdhetetlen spirálba fordulnak. A hajléktalan függők nélkülözik a függőségtől való megszabaduláshoz szükséges orvosi, pszichológiai és szociális támogatást. Az is elmélyíti a problémát, hogy az embereket megbélyegzik. Az utcán élő embereket a társadalom olyan kifejezésekkel bélyegzi meg, mint részeges, csavargó, narkós, részeges, és a társadalmi kirekesztő mechanizmusok lépnek működésbe. A szociális támogatás ugyanolyan fontos, mint az orvosi beavatkozás a függőség elleni küzdelemben. Bár a hajléktalan szenvedélybetegek a szociális munka programjain keresztül orvosi segítséget kapnak, az utcára visszatérve megfosztják őket a szociális támogatástól, és visszaesnek a függőségbe. Ebben az értelemben a fő megoldandó probléma a hajléktalanság, de amíg ez a probléma nem oldódik meg, olyan folyamatokat kell létrehozni, ahol az utcán élő függőket valamilyen módon orvosi beavatkozással rehabilitálni lehet.

Úgy tűnik, hogy az utcán élő emberek is képesek részt venni a kábítószer-kereskedelemben. A kábítószer-kereskedelem vonzó lehet a hajléktalanok számára, akik könnyen belekeveredhetnek illegális tevékenységekbe, hogy kielégítsék alapvető szükségleteiket, és hogy beszerezzék a függőségükhöz tartozó anyagokat. Ha egyszer már belekeveredtek, nem könnyű kiszállniuk ebből az üzletből; néha önként, máskor pedig akarataikon kívül folytatják. Ebben az értelemben a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

kábítószerek elleni küzdelem nem megfelelő, és szükség van szociális szakemberekre. Még ha a rendőrség azonnali beavatkozással átmenetileg meg is oldja a problémát, a hajléktalan függők megfelelő szociálpolitika és szakértői beavatkozás nélkül továbbra is függők és valamilyen módon a kábítószer-kereskedelem részesei maradnak.

3. HAJLÉKTALANOKKAL KAPCSOLATOS POLITIKÁK ÉS GYAKORLATOK

Az olyan tényezők, mint az urbanizáció, a népességnövekedés, a migráció és a társadalmi-gazdasági feltételek kiegyensúlyozatlansága mind a városi, mind a vidéki területeken napirendre tűzik a hajléktalanság problémáját. Olyannyira, hogy a hajléktalanság problémájának megfigyelhető növekedése az emberi jogi tanulmányok érdeklődését is erre a jelenségre irányította. Az emberi jogokkal kapcsolatos gyakorlatok, politikák, sőt egyezmények is fontos napirendi pontként tekintenek a hajléktalanság kérdésre, és gyakorlatokat ajánlanak a hajléktalan személyek emberi méltóságához és becsülethez méltó életszínvonalhoz juttatása és a probléma megoldása érdekében. Ebben az összefüggésben számos jogi, politikai és végrehajtási szintű újítást hívnak életre, és strukturálják a hajléktalanoknak nyújtott szolgáltatásokat mind a világban, mind Törökországban. A fejezet folytatásában a hajléktalanság elleni küzdelemben a világ és Törökország gyakorlatának példái szerepelnek.

A hajléktalanság problémájának számszerű adatokkal való papírra vetése és a probléma megoldására irányuló beavatkozási kezdeményezések kezdeményezése nem olyan egyszerű, mint a különböző területeken. A legegyszerűbb formában a hajléktalan népességet nehéz számszerűen és demográfiailag meghatározni, mivel nincs állandó lakóhelyük. Ez különböző problémákat okoz az adatok pontosságával kapcsolatban a hagyományos vagy modern népszámlálási rendszerekben. Ennek eredményeképpen az egészséges adatok hiánya megnehezíti a hajléktalanokkal kapcsolatos gyakorlatok tervezését és végrehajtását.

A hajléktalanság problémájának a gyakorlatokban tükröződő aspektusával kapcsolatos másik kérdés, hogy a hajléktalanságot hiteles körülmények befolyásolják. Bár globális jelenségként határozzák meg, a hajléktalanság az adott ország lehetőségeinek és nehézségeinek mértékében jelent problémát. Például ismert, hogy az Európában élő hajléktalanok más problémákkal küzdenek, mint az Ázsiában élő hajléktalanok. Mindenesetre a hajléktalanság elleni harcot és a hajléktalanoknak nyújtott segítséget és szolgáltatásokat az adott ország körülményeihez és szükségleteihez igazodva alakítják ki.

Bár voltak olyan fordulópontok, amelyek elmélyítik a hajléktalanság problémáját, látható, hogy a hajléktalanság kérdése szóbeli és írásbeli formában napirendre kerül a nemzetközi szövegekben és a nemzetközi szervezetekben. Fontos lépések történtek a hajléktalanság elleni küzdelem és a hajléktalan személyek problémáinak megoldása terén jogi szabályozási javaslatokkal, elméleti tanulmányokkal vagy közvetlenül gyakorlati modelljavaslatokkal. A fent említett szervezetek példáit a következő bekezdésekben általános irányvonalainkkal együtt tárgyaljuk.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Az Egyesült Államokban a Lakás- és Városfejlesztési Minisztérium (HUD) tevékenysége kerül előtérbe, hogy a hajléktalansággal kapcsolatos kutatások révén megoldásokat és javaslatokat dolgozzon ki (USHUD, 2008). Európában ezzel szemben a hajléktalanokkal foglalkozó nemzeti szervezetek szövetségének (FEANTSA) munkája hívja fel magára a figyelmet, amely nemzetközi szervezet aktív szerepet játszik a szociálpolitikák végrehajtásában. A FEANTSA a civil társadalommal együttműködve azon dolgozik, hogy javítsa a hajléktalansággal fenyegetett személyek gazdasági helyzetét Európában, és biztosítsa a társadalmi integrációt (URL-4, 2022).

Ami Angliát illeti, a hajléktalanság problémája ellen 2002-ben hozták meg a hajléktalanságról szóló törvényt. A vonatkozó törvény hatálya alatt a helyi önkormányzatok és a központi kormányzat tartományi szervezetei váltak felelőssé a hajléktalanokért. Ezen intézmények és szervezetek elsődleges célja, hogy a hajléktalanok követésével átmeneti szállást biztosítsanak (URL-5, 2022).

Ha Franciaországot említjük, akkor látható, hogy a 2009-2012 közötti időszakban a hajléktalanság problémájának leküzdése érdekében a lakhatás problémájának figyelembevételével a lakáspolitikák prioritást kaptak. Köztudott, hogy Finnországban is hasonló lakáspolitikát hajtanak végre. Így a hajléktalanok átmeneti elhelyezése helyett állandó és hosszú távú megoldásokat kívánnak nyújtani. Természetesen mindkét országban a lakáspolitikán kívül a szociális szolgáltatási beavatkozás keretében értékelendő gyakorlatok megléte is megemlíthető. Így elmondható, hogy a védő, megelőző, rehabilitációs és alakító politikák holisztikus perspektívát adnak a hajléktalanság elleni küzdelemhez (Akyıldız, 2017).

Németországban és Ausztriában speciális intézkedési központokat hoztak létre a társadalmi-gazdasági szempontból alacsony szinten élő családok számára. Az erőszak áldozataira olyan gyakorlatok létezését lehet megemlíteni, mint a vendégházak megnyitása, sürgősségi és ideiglenes menedékhelyek létrehozása, állandó menedéklehetőségek kialakítása és mindezen folyamat során olyan strukturális szükségletek kielégítése, mint az egészségügy, az oktatás, az ételmezés és a munkaközvetítés (Akyıldız, 2017). Ezen túlmenően Németországban a központi kormányzat részéről állami kötelezettség a hajléktalan személyek védelméhez szükséges intézkedések megtétele. A német jogrendszer az emberek garanciája ezen a ponton. Az országszerte létrehozott sürgősségi menedékhelyek az említett jogi háttérrel működnek (URL-6, 2022).

A fent említett országok és gyakorlati példák közös pontja, hogy a hajléktalanság problémájánál figyelembe veszik a lakhatást, az alapvető szükségleteket és az emberi jogokat. Természetesen a nyilvánosságnak tulajdonított felelősséget ebben a folyamatban más helyi és nemzetközi nem kormányzati szervezetek, különösen a FEANTSA (Amore, Baker és Howden-Chapman, 2011) is

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

támogatják. Mivel a FEANTSA különösen a döntéshozók befolyásolására van nagy befolyással, az érintett szervezet fontos szerepet tölt be a hajléktalanokkal kapcsolatos politikák civil pillérében.

3.1. A HAJLÉKTALANOKKAL KAPCSOLATOS POLITIKÁK ÉS GYAKORLATOK A VILÁGBAN ÉS TÖRÖKORSZÁGBAN

3.1. 1. Menedék és lakhatási gyakorlatok

A világ hajléktalansággal kapcsolatos gyakorlatáról általánosságban megállapítható, hogy a hajléktalanságnak a nemzetközi szervezetek napirendjére való felvételével a hajléktalanellátástól kezdve az egyéneknek nyújtott szolgáltatásoktól a szakpolitikai szintű gyakorlatokig számos tanulmány készült. Különösen a szakpolitikai dimenzióban végeztek tanulmányokat a hajléktalanok ideiglenes vagy állandó lakhatásáról. Másrészt a hajléktalanok problémái túlságosan összetettek ahhoz, hogy csupán a hajléktalanszállásra lehessen őket redukálni. Ezen a ponton a hajléktalanok szociális szolgáltatási gyakorlattal kapcsolatos igényei fejthetők ki. A fejezet folytatásában először a lakhatási és lakhatási gyakorlatokra vonatkozó példák kerülnek bemutatásra, majd a hajléktalanok szociális szolgáltatási igényei és a meglévő gyakorlatok kerülnek tárgyalásra.

3.1.1.1. Ideiglenes lakhatási modell

A hajléktalanellátási gyakorlatokkal és szolgáltatásokkal foglalkozó szakirodalom áttekintésekor az előző fejezetekben megállapítást nyert, hogy a lakhatás és a lakhatási gyakorlatok politikai szinten kerülnek előtérbe. A szakirodalomban szereplő osztályozás három különböző dimenzióból áll: szállás, lépcsőmodell és lakhatási modell. Megfigyelték, hogy a háromdimenziós osztályozásra a legkonkrétabb példák az európai országokban találhatóak. A szállás alapvető meghatározásának elkészítése a szállásmodellre való áttérés előtt megerősíti a kielégített szükséglet minőségét.

A lakhatás az emberek egyik szükséglete volt, hogy megoldást jelentsen számos keresésért cserébe, mint például a kedvezőtlen éghajlati és környezeti viszonyoktól való védelem, a biztonság és a magánélet, és lehetővé teszi számukra, hogy jobban fenntartsák életüket (Kara, 2018). Maslow (1943) "Az emberi motiváció elmélete" című tanulmányában a menedék iránti igényt éppen az olyan alapvető életszükségletek fölé sorolta, mint a táplálkozás, a légzés, az ivóvíz és az alvás.

A menedék iránti igényt kielégítő fizikai környezetet menedékként fejezik ki. Elmondható, hogy a menedék történelmi fejlődése az egyszerű házak építésével kezdődött a természetben

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

rendelkezésre álló természetes menedékek, például a barlang után (Karasözen, 1993). Napjainkban a menedék olyan fontos helyként jelenik meg, amely hatással van a személyes, társadalmi és pszichológiai fejlődésre, valamint a legalapvetőbb szükségletek kielégítésére (Arlı, 2013).

A hajléktalanok és a menedékhely közötti kapcsolat szempontjából vizsgálva a menedékhelyet a szokásos meghatározásokon kívül kell kifejezni. Tény, hogy a hajléktalanok által menedékhelyként említett helyek általában lakatlan és nyílt területek, olyan helyek, amelyek korlátozott védelmet nyújtanak az időjárás viszonyok ellen, mivel bizonyos mértékig olyan anyagokkal vannak lezárva, mint a karton vagy a nejlon. Ezenkívül az olyan helyeket, mint a buszmegálló, parkok, kertek és közlekedési végállomások is a hajléktalanok menedékének tekintik (Bekaroğlu Doğan, 2018).

Bár az említett helyek távol állnak attól, hogy megfeleljenek a menedék funkcióinak, sőt, hogy menedékhelyként definiálják őket, a társadalomban hajléktalanként jellemzett népességcsoport itt folytatja életét. Az ilyen, az emberi méltósághoz és becsülethez méltó körülményeket messze meghaladó körülmények között élő hajléktalanok számára a minimálisan élhető körülmények biztosítása szempontjából fontosak a szociálpolitikák és a szociális szolgáltatások. Ami azt illeti, jelenleg is zajlik az átmeneti szállás biztosítására irányuló pályázatok megvalósítása.

Az átmeneti szállások keretében megállapítást nyert, hogy a hajléktalanok számára legalább megoldást kínálnak a sürgős szállásigény kielégítésére, de a szállások nem elégségesek a szállások által elvárt funkciók ellátása szempontjából. A menedékhelyekkel foglalkozó tanulmányok különböző módon foglalkoznak e helyek előnyeivel és hátrányaival. Megállapítják például, hogy a menedékhelyek hálózatot alkotnak a hajléktalanok között, és hogy a hajléktalanok motivációvesztést tapasztalnak a hajléktalanság problémája elleni küzdelemben, mivel a társadalomba való integrálódás helyett a hozzájuk hasonló emberekkel érintkeznek. Másrészt vannak olyan kutatók is, akik azt állítják, hogy a fúziós hatást nem okozhatja a menedékhely helye, mert az átmeneti szálláson töltött idő sokkal rövidebb, mint a kint töltött idő (Birelma, 2014).

Arnold (2004) ezzel szemben más szemszögből és más kritikával közelíti meg ezt a problémát. Szerinte a hajléktalanszállók célja, hogy kisöpörjék a hajléktalanokat a szociális területekről, és steril és biztonságos környezetet teremtsenek a társadalom többi tagja számára. Arnold (2004) kutatási eredményeiben fontos helyet foglalnak el azok a vélemények, amelyek szerint a hajléktalanszállók és az utcák között nincs különbség a veszélyek és kockázatok tekintetében. Emellett az alternatív kritikák között szerepelnek olyanok is, mint például az, hogy a hajléktalanszállók korlátozott időintervallumot biztosítanak a hajléktalanok számára az olyan

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

szükségletek kielégítésére, mint az alvás, az élelem és a személyes tisztálkodás, a hideg napokon korán el kell hagyni a hajléktalanszállót, a személyes tárgyak tárolásának lehetősége, valamint a higiéniai és egészségügyi feltételek nem magas szintűek.

Gowan (2010) Arnoldhoz hasonlóan vélekedett. Bár sürgős és átmeneti megoldásokat kínál a hajléktalanszállókban, azt állítja, hogy az itt tartózkodó hajléktalanokat tökéletlen és beteg emberként kezelik, hogy olyan megközelítés uralkodik, amely a hajléktalanság miatt hibáztatja és marginalizálja az illetőt, és hogy az orvosi dimenzióban rekedt, és hogy pszichoszociális gyenge rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtanak. Ezen kívül a menedékhez való jog elvesztése vagy az, hogy a személy nem talál megfelelő szállást, további problémát jelent. Ami azt illeti, a hajléktalanoknál a hajlékhoz való jogát elvesztett személy utcára hagyása vagy a hajléktalanok által tapasztalt áldozattá válás, akik szellemi/fizikai fogyatékoságuk miatt nem találnak megfelelő szállást a számukra, a függöny mögötti problémák.

Mindezen kritikák ellenére az átmeneti szállók által nyújtott szolgáltatások helye fontos. Elmondható, hogy az ideiglenes menedékhelyek funkcionalitása az említett problémákkal kapcsolatos fejlesztésekkel nőni fog. Különösen a hajléktalanok személyes fejlődését szolgáló problémamegoldó és megküzdési szolgáltatások integrálása, a hajléktalanok számára létfontosságú alapkészségek biztosítása, valamint a hajléktalanság jelenségétől való megszabaduláshoz szükséges erőforrások és motiváció biztosítása az átmeneti szállásokon egy másik tényező, amely hozzájárul ehhez a funkcionalitáshoz. Így olyan kimenetek érhetők el, mint például az, hogy nem válnak krónikussá, vagy nem teremtenek függőséget az átmeneti szállásoktól.

3.1.1.2. Step Modell

A lépcsőzetes modell hidat képez az átmeneti szállásokról az állandó szállásokba való átmenet között. A lépcsőzetes modell azt a rést zárja be, ahol a hajléktalanok számára az átmeneti szállók által kínált sürgősségi megoldások nem elegendőek. A lépcsőmodellben kínált szolgáltatásokat átmeneti házaknak vagy átmeneti lakhatási szolgáltatásoknak is nevezik. Ezt a modellt különösen az Egyesült Államokban, Angliában és Európa belső részein alkalmazzák (Barrow, 2004; Bekaroğlu Doğan, 2018).

Míg Tesemberis (2004) a lépcsőmodell kialakulását fejti ki, addig azt amerikai példán keresztül magyarázza. Az 1980-as évekre mutat rá, amelyeket olyan jellemzők jellemeztek, mint a lakásvásárlás nehézségei, a hitel- és ösztönzési lehetőségek hiánya, valamint a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetűek igényeinek kielégítésének nehézségei. Rog és Holupka (2004) ezzel szemben azt állapította meg, hogy a lépcsőzetes modell keretében 3-24

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hónap között kínálnak lakás- vagy tömeges lakhatási lehetőségeket különböző csoportok, például fogyatékkal élők, szenvedélybetegek és családok számára. Megállapítják, hogy a kérdéses kérdések a kiszolgálandó célközönség jellegétől függően változnak, és itt a szolgáltató szervezet céljai is fontosak. Különösen az a tény, hogy a fogyatékkal élők, szenvedélybetegek, munkanélküliek és rehabilitációra szorulóknak nyújtott szolgáltatásokat is magában foglalja, tette a lépcsőzetes modellt funkcionálisabbá az átmeneti szállásokhoz képest. A hosszabb időtartam szintén fontos biztosíték a hajléktalanok számára, és motivációt nyújt az otthoni életbe való visszatérésre.

Az 1995-ben végzett tanulmányok azt mutatják, hogy a hajléktalanok a lépcsőzetes modell segítségével akár 70%-os hatékonyságot érnek el az állandó lakhatásba való átmenet tekintetében. Emellett megfigyelték, hogy javult a szolgáltatásban részesülő hajléktalanok jövedelmi és egészségi állapota, valamint javult a stabil menedékhely elérése (Bekaroğlu Doğan, 2018). Mindezek az adatok azt mutatják, hogy a lépcsőmodell komoly alapot jelent a hajléktalanok számára, figyelembe véve az időszakos körülményeket. Másrészt néhány kritika is megfogalmazódott a lépcsőmodellel kapcsolatban. A vezető kritikák a lépésmodellben részesülő emberek megbélyegzésére és marginalizálására összpontosítanak, és azt állítják, hogy olyan programokat kínálnak, amelyek a személyt hibáztatják a hajléktalanság jelenségeért, és ezért megpróbálnak változást létrehozni a személyben. Azt is kijelentik, hogy a lépésmodellhez felajánlható pénzeszközökkel állandó lakhatási lehetőségeket lehet kialakítani (Barrow, 2004). Az a tény azonban, hogy a hajléktalanoknak a step-modellben való részvételük során részt kell venniük a számukra felajánlott programokban, komoly nyomást gyakorol az ebben a modellben részt vevő emberekre. Mindezek felgyorsították az állandó lakhatási modellbe való átmenet folyamatát.

3.1.1.3. Állandó lakhatási modell

A lakásmodell kialakulása lényegében az 1990-es évekre tehető. Ennek oka a lépcsőzetes modellel szemben megfogalmazott kritikákban és a hajléktalansággal kapcsolatos szemléletváltozásokban keresendő. Tény, hogy a hajléktalanok által a lépcsőzetes modellben teljesítendő súlyos feltételek háttérbe szorították azt a tényt, hogy a hajléktalanszállás alapvető jog. Ezért az a tény, hogy a hajléktalanság elleni küzdelemben egy inkább jogalapú szöveget kínál, kiemeli az állandó lakhatási modellt (Bekaroğlu Doğan, 2018).

Az állandó lakhatási modell alapja az a felfogás, hogy a menedék minden embernek joga van. Ismét egy másik jellemző, amely megkülönbözteti ezt a modellt a korábbi modellektől, hogy az emberek választhatnak, hogy a lakhatási folyamat során akarnak-e lakhatást, vagy pedig

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

valamilyen kezelési, munka- vagy személyiségfejlesztést célzó programban részesülni. Más szóval, bár az emberek bekerülnek az állandó lakhatás körébe, lehetőségük van arra, hogy válasszák a gyakorlatokba való bekapcsolódást (Tsemberis, 2004). Ez pozitív dolog az egyének számára, mert a kötelező szolgáltatásokból származó hatékonyság alacsony, és figyelmen kívül hagyják az egyén akaratát.

Az állandó lakhatási modell a szociális szolgáltatások tekintetében a fent említett jellemzők keretein belül szilárdabb lábakon áll, mint a korábbi modellek. Többdimenziós előnyei vannak, mint például az önrendelkezési jog betartása, jogalapú jellege és az egyén kezének megerősítése a hajléktalanság elleni küzdelemben. Másrészt a tartós lakhatási modell bemutatásához fontos lakhatási és szolgáltatási infrastruktúrára van szükség. Ahhoz, hogy az államok ezt elérjék, a meglévő szociális segélyezési és jóléti politikáknak erős költségvetéssel vagy személyzeti tartalékkal kell rendelkezniük.

3.1. 2. Szociális szolgáltatások alkalmazásai

3.1.2.1 A szociális munka alkalmazásainak háttere és hatóköre

A szociális munka szakma jóléti szolgáltatásokat nyújt az egyének, családok, közösségek és társadalmak problémáinak megelőzése, a konfliktusok megoldása és az egyenlőtlenségek megszüntetése érdekében. A társadalomban egyre nagyobb a jelentősége az olyan szakmáknak, mint a szociális munka, amely különösen az iparosodás után gyors dinamikát nyert. A szociális munka egyik fontos munkaterülete a hajléktalanság és a hajléktalanok számára kínált alkalmazások. Elmondható, hogy a szociális munka gyakorlatát olyan dimenziókban alakítják ki, mint a megelőzési szakasz, a hajléktalanok számára végzett kutatás, valamint az átmeneti szállások vagy központok létrehozása.

Az átmeneti szállásokon vagy központokban a szociális munkások szerepe az alkalmazás, a tanácsadás, az értékelés, az érdekérvényesítés, a kielégítetlen szükségletek feltárása, a közvélemény kialakítása és a nevelés az intézménybe való befogadás, az egészségügyi és gondozási szolgáltatások nyújtása, a szociális segélyek nyújtása és az intézmények közötti kapcsolatok fenntartása szakaszaiban (Işikhan, 2002).

A hajléktalanság problémája elleni küzdelemben elsődleges fontosságúak a védő és megelőző vizsgálatok. A megelőző szolgáltatások körébe sorolható a már szabálytalan településeken menedéket kereső, de társadalmi-gazdasági nehézségekkel küzdő egyének és családok nyomon követése és támogatása, valamint a hajléktalanná válás megelőzésére irányuló munka, szükség esetén szociális segítségnyújtás és támogató szolgáltatások biztosításával. Másrészt Blau (1992)

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

az amerikai hajléktalansági kutatások során kapott eredményeiben a hajléktalanok közös problémáit a következőképpen fogalmazta meg;

- A hajléktalanok közel fele migráns és kisebbségi,
- A hajléktalanok több mint egyharmadának előzménye az intézményi ellátás,
- A hajléktalanok egyharmada veterán státuszban van,
- A hajléktalanok átlagéletkora 35 év,
- A teljes hajléktalan népesség több mint fele egyedülálló,
- A hajléktalanok körében a családok számának növekedése figyelhető meg,
- A hajléktalanok egyharmada szenved valamilyen kábítószer-függőségben,
- A hajléktalan népesség egyharmada-negyede mentális problémákkal küzd,
- A hajléktalanok körében a munkaképes lakosság aránya kevesebb, mint egynegyed.

Bár ezek az adatok csak Amerikára vonatkoztak, a hajléktalanság problémájával kapcsolatos különböző dimenziókat állítottak össze. A hajléktalanok problémái és potenciális kockázatai azt mutatják, hogy a hajléktalanság elleni küzdelemben csak a megelőző-védő szolgáltatások nem elegendők. Ugyanis a jelenleg olyan problémákkal küzdő egyének számára, mint a függőség, a mentális problémák és a diszkrimináció, nehéz lesz leküzdeni a hajléktalanságot anélkül, hogy ezeket a problémákat leküzdénék. Ezen a ponton még egyszer hangsúlyozni kell a hajléktalanokkal kapcsolatos szociális munka gyakorlatának fontosságát és hatókörét. Tény, hogy a szociális munka olyan megközelítése, amely az egyént a környezetével együtt kezeli, holisztikus perspektívát kínál a hajléktalanok problémáinak meghatározásában és megoldásában.

A hajléktalanokkal kapcsolatos beavatkozások szakaszaira vonatkozóan különböző osztályozások léteznek. Az alábbi osztályozás a hajléktalanok számára történő szociális beavatkozás alapvető perspektíváját nyújtja (Genç, 2016);

Sürgősségi szolgáltatások: Sürgősségi szolgáltatások: szállás, élelmiszer, ruházat és anyagi segélyek. Ebben a szakaszban biztosítják a hajléktalanok befogadását az intézménybe. A speciális és sürgős szükségleteket kielégítik. A sürgősségi szolgáltatások a hajléktalanok negatív életkörülményei ellenére átmeneti pihenést, menedéket és védelmet nyújtanak.

Átmeneti szolgáltatások: Az átmeneti szolgáltatások magukban foglalják a hajléktalanoknak nyújtott álláskeresői segítyt, szociális szolgáltatásokat, egészségügyi szolgáltatásokat, mentálhigiénés szolgáltatásokat és a lakhatásba való átmenetet segítő ellátásokat. Az átmeneti

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

telepek fontos helyet foglalnak el a hajléktalanság problémájának megoldásában. Ez a szakasz tekinthető a hajléktalanság megoldásának első lépésének.

A szolgáltatások kiegyensúlyozása: A kiegyensúlyozó szolgáltatások az otthonra felkészítő programból, valamint a munka- és támogató szolgáltatásokból állnak. E szolgáltatások fő célja az egyének támogatása, amíg életciklusuk keretein belül el nem érik az egyensúlyt. Supporting or Permanent Services: These services are the services that prepare the environment where the homeless can stay permanently at the end of the process, and they need to get used to. Applicants are informed about their permanent accommodation and placed in a safe environment.

3.1.2.2. Aktuális szociális szolgáltatási alkalmazások

3.1.2.2.1. Alkalmazások a világban

Az egyes országok jóléti politikájától függően eltérő a szociális problémák megoldásának és a szociális szolgáltatások nyújtásának módja (Tamkoç, 2020). Az alábbiakban bemutatott országok példáival a különböző jóléti rendszerek problémáival kapcsolatos megoldásait mutatjuk be, és ismertetjük, hogy mit tettek a probléma megoldására. Bár bizonyos különbségek kirajzolódnak, érthető, hogy a hajléktalanság problémájával foglalkozó országok tanulmányai a lakhatásra összpontosítanak, és a problémát nem lehet teljes mértékben megoldani. Ez a helyzet hangsúlyozza a hajléktalanság problémájának összetett szerkezetét, rámutat az interdiszciplináris munka fontosságára, és megmutatja, hogy az országoknak holisztikus politikára van szükségük a probléma megoldásához.

Hollandia

A Holland Statisztikai Intézet adatai szerint 2016-ban 30 500 hajléktalan ember folytatta életét Hollandiában. E hajléktalanok többsége férfi, alacsony iskolai végzettségű és jövedelmű, és bevándorlás útján érkezett az országba. Emellett ismert, hogy sok hajléktalan válás és mentális betegség miatt szociális segítségre szorul. Ezzel összefüggésben öt stratégiát dolgoztak ki a vonatkozó hollandiai probléma megoldására. Ezek a következők (Oostveen, 2019: 4):

- Nemzeti lakásépítési projekteket kell kidolgozni, és csökkenteni kell a lakhatási költségeket.
- Védett lakhatási és menedékhelyi környezetet kell teremteni, és megfelelő támogatást kell nyújtani az arra rászorulóknak.
- Cselekvési terveket kell készíteni a hajléktalan fiatalok számára, és különösen a fiatalokat célzó politikákat kell kidolgozni.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- A hazatérés és a munkába való visszatérés keretében sokoldalú tanulmányokat kell kidolgozni a helyi és regionális partnerekkel való együttműködés kialakításával.
- A "Housing First Netherlands" tanulmányaira kell összpontosítani, és a tanulmány hatékonyságát meg kell vizsgálni és terjeszteni kell.

A fent említett stratégiákon túlmenően az egyének a szociális támogatásról szóló törvény értelmében megkapják a szükséges gazdasági támogatást, amely magában foglalja a hajléktalanok hollandiai támogatását. Mivel azonban ez nem elegendő, előreláthatólag változtatni fognak a törvényben meghatározott összegeken. A probléma megoldása érdekében Hollandiában úgy látják, hogy a helyi önkormányzatok, a nem kormányzati szervezetek, a lakásszövetségek és a megfelelő szakmai személyzet között koordináció van, és Hollandia azon országok közé tartozik, amelyek sikeresen küzdenek a hajléktalanság elleni küzdelemben (Oostveen, 2019: 4).

Írország

A hajléktalanság problémájának megoldása érdekében Írország kidolgozott egy "Út az otthonhoz" elnevezésű politikát, és 2008-2013 között elvégezte a vonatkozó tanulmányt. Ha ezt a politikát megvizsgáljuk, akkor azt látjuk, hogy hat alapvető címszót tartalmaz. Ezek a következők (Feantsa, 2010):

- Tevékenységeket kell végezni annak érdekében, hogy a hajléktalanok számára finanszírozást biztosítsanak.
- Az egyének hosszú távú menedék iránti igényét ki kell elégíteni.
- Meg kell szüntetni azokat a helyzeteket, amelyek az egyéneket az utcára kényszerítik.
- A hajléktalanok számára a legjobb módon kell szolgáltatásokat nyújtani.
- A hosszú távú hajléktalanságot meg kell szüntetni.
- A hajléktalanság ellen hatékonyan kell küzdeni.

Amint látható, a kapcsolódó célkitűzések szinte mindegyike a hajléktalansági probléma kialakulását követő beavatkozásokat tartalmaz. Ez azt jelezheti, hogy a megelőző-védő vizsgálatok nem elegendők.

Norvégia

Norvégia azon országok közé tartozik, ahol a hajléktalanok száma alacsony, és az e téren elért sikereik nem véletlenek. Az ország célorientált, hosszú távú és hatékony politikát dolgozott ki e témában. Az első tanulmány ebben a témában a Hajléktalanprojekt. A 2001-2004 között

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

végrehajtott projektben számos állami intézmény vett részt. A projekt befejezését követően 2005-ben meghirdették a hajléktalanság elleni stratégiát, amely 2007-ig tartott. A vonatkozó stratégia a Hajléktalanság-projektnek megfelelően épült fel, és a következő célkitűzéseket tartalmazta (Jones, 2020):

- Meg kell akadályozni, hogy a börtönökből vagy kezelőintézetekből kikerülő személyek ideiglenes menedéket kérjenek.
- Az éjjeli menedékhelyek minőségét javítani kell.
- Az átmeneti szállás időtartamát három hónapra kell korlátozni.
- Norvégia nemrégiben, 2014-ben új stratégiai tervet tett közzé a hajléktalanság elleni küzdelemről, és ez a szöveg a gyermekekre és fiatalokra vonatkozó elemeket is tartalmaz. Ezek a következők (Jones, 2020):
- Megfelelő bérlakásokat kell biztosítani a gyermekes családok számára.
- Szociális innovációs tanulmányokat kell készíteni ezen a területen.
- Szükséges segítséget kell nyújtani azoknak az egyéneknek, akik az ideiglenes lakhatásból állandó lakhatásba kerülnek.

Amint látható, Norvégia nagyobb előrelépést tett ebben a folyamatban az ideiglenes menedék lehetőségek korlátozásával, az állami intézmények megfelelő mechanizmusainak mozgósításával, valamint a gyermekek és fiatalok érdekében hozott intézkedésekkel.

Magyarország

Magyarország azon országok közé tartozik, ahol magas a hajléktalanok száma. Az országban a becslések szerint körülbelül 10 000-60 000 ember küzd hajléktalansági problémával. Emellett több mint 300 000 háztartást fenyeget a hajléktalanság veszélye. A bérlakások magas költségei és a negatív életkörülmények hatékonyan hozzájárulnak ezekhez a magas arányokhoz. A hajléktalanok csoportjának jellemzőit vizsgálva megállapították, hogy az érintett népesség 50%-a nem rendelkezik rendszeres jövedelemmel, 25%-a mentális betegségben szenved, 20%-a pedig szenvedélybetegségben szenved. A probléma kezelése érdekében Magyarország igyekezett betiltani a hajléktalanságot. Ennek keretében a 2010-ben és 2011-ben hozott törvényekkel megtiltották a hajléktalanságban élést, a közterületeken való koldulást. A kijárási tilalmat megszegő hajléktalanokat pénzbírsággal sújtják. Ez a helyzet azt eredményezte, hogy a hajléktalanok jobban ki voltak téve a rendőri beavatkozásoknak, nőtt a szegénységük és kiszolgáltatottá váltak (Rowell, 2020). Mint látható, ahelyett, hogy reális megoldásokat kínálnának a problémára, a tilalomba való belemerülés növeli a hajléktalanok arányát.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Svédország

Svédország 20 éves múltra tekint vissza a hajléktalansággal kapcsolatos nemzeti politikák kidolgozása terén. A nemzeti politikának megfelelően különböző célokat tűztek ki a hajléktalanok számának csökkentésére és a gyermek hajléktalanság teljes felszámolására. Ezek a következők (Feantsa, 2010):

- A különböző intézmények vagy szociális szolgálatok által biztosított szállásközpontokban tartózkodó személyeket át kell helyezni az állami szállásközpontokba.
- A börtönökből szabaduló egyéneknek szállást kell biztosítani.
- A kezelőintézetekben lévő egyéneknek szálláslehetőséget kell biztosítani.

Amint az ezekből a cikkekből kiderül, az állam volt az első számú szereplő a hajléktalanok problémáinak megoldásában. Ez a helyzet egyengette az ország hajléktalanpolitikájának sikeresebb előrehaladását.

Portugália

A portugál lakosság körülbelül 0,004%-a hajléktalan, és a hajléktalanság aránya napról napra növekszik. A COVID-19 világjárvány miatt ezek az arányok is tovább növekedtek. Ha megnézzük Portugália hajléktalanság elleni küzdelmét, azt látjuk, hogy lakhatási alapú beavatkozások történnek. Ebben az összefüggésben 2009 óta a nem kormányzati szervezetek és az állam együtt dolgoznak a probléma megoldásán. A 2019-ben hatályba lépett lakásügyi alaptörvénnyel a kormány feladata, hogy megfizethető lakásokat kínáljon polgárainak. Emellett tanulmányokat végeztek a bérlők jogainak biztosítása érdekében, és az volt a cél, hogy megakadályozzák, hogy az egyének az utcára kerüljenek (Woldetatyos, 2020).

Amint az ország példáiból látható, a hajléktalanság problémájával foglalkozó országok időtartamának növekedésével, valamint az erre a területre fordított pénzeszközök és intézkedések növekedésével pozitív előrelépések történnek a hajléktalanság problémája terén. Ezen túlmenően érthető, hogy az országok jóléti szintjei, holisztikus politikái és intézményközi együttműködése hasznosak a hajléktalanság megoldásában. Ha ezeket nem biztosítják, vagy ha a hajléktalanságot tiltással próbálják megoldani, akkor érthető, hogy az egyének több hátrányt tapasztalnak, és a probléma dimenziói súlyossá válnak.

3.1.2.2.2. Megoldások Törökországban

Egy kérelem végrehajtásához fontos, hogy azt jogi szövegek támasszák alá. Fontosak azok a felek is, akik az adott alkalmazásért felelősek lesznek. Ha megnézzük a törökországi

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalanságra vonatkozó jogszabályokat, azt látjuk, hogy sem az alkotmányban, sem más törvényekben nincsenek erre vonatkozó rendelkezések. Ez azt eredményezi, hogy a hajléktalanság problémája Túrkevén még nem éri el a társadalmi dimenziót, miután a problémát nem vitték jogi síkra. Emiatt a tanulmányok a hajléktalansággal kapcsolatos kutatások felé fordultak. Bár azonban az Alkotmányban és más jogi szövegekben nem említették ezt a kérdést, a Belügyminisztérium 2003-ban kiadott körlevelében utasítást kapott arra, hogy a hajléktalanok számára szálláslehetőségeket kell teremteni (Akyıldız, 2017).

A körlevelet követően 2004-ben a török Család- és Szociálpolitikai Minisztérium (a minisztérium korábbi neve) úgy döntött, hogy olyan szociális szolgáltató központokat hoz létre, amelyek a hajléktalanokat szolgálják ki éjszaka, és megvédik őket az utcán való élet veszélyeitől. Ugyanebben az évben Ankara, Isztambul és Bursa fővárosi önkormányzatai ideiglenes menedékközpontokat hoztak létre, hogy megvédjék a hajléktalanokat a hideg téli körülményektől. 2010-ben a Török Nagy Nemzetgyűlés Emberi Jogi Bizottsága jelentést tett közzé, amelyben megemlítette az ankarai Intercity Terminálban (AŞTİ) tartózkodó hajléktalanok problémáit. Ezzel összefüggésben hajléktalanszállókat és vendégházakat nyitottak, és 924 hajléktalan állampolgár részesült a szolgáltatásokból (Akyıldız, 2017).

Általánosságban elmondható, hogy a törökországi hajléktalanok által tapasztalt problémák a szezonális viszonyoktól függően kerülnek napirendre. Különösen a Szociális Segítségnyújtási és Szolidaritási Alapítványok (SYDV) nyújtanak kapcsolódó szolgáltatásokat annak érdekében, hogy a hajléktalanokat ne érintse a hideg időjárás körülmények miatt. Ezenkívül a szociális szolgáltató központok, az önkormányzatok, a bűnüldöző szervek, a nem kormányzati szervezetek és más intézmények közös tanulmányokat készítenek, és azonosítják a hajléktalanokat, valamint biztosítják a szükséges szolgáltatásokat. A hajléktalanszálló ezeknek a szolgáltatásoknak az alapja. A vonatkozó szükséglet kielégítése után az egyének önellátási igényeinek kielégítése és alapvető szükségleteik kielégítése a Családügyi és Szociális Szolgáltatások Minisztériumának feladatai közé tartozik (Yeter, 2018).

A meglévő problémák elleni küzdelemben és a hajléktalanok ellátásában a szociális munkások szociális szolgáltató központokban, kórházakban és más területeken dolgoznak. Gyakorlatuk megvalósítása során jelentik és rögzítik a hajléktalan egyéneket és történeteiket. Ezeket a feljegyzéseket például a Tartományi Családügyi és Szociális Szolgáltatási Igazgatóságok jelentik a minisztériumnak és a helyi közigazgatásnak. Ami azt illeti, a fővárosi önkormányzatokról és a helyi önkormányzatokról szóló törvényekben az ötvenezer főnél nagyobb lakosságú önkormányzatok hatáskörét kiterjesztették a szociális problémák megelőzésére. Ezek az

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

önkormányzatok hatáskörrel rendelkeznek arra, hogy ideiglenes menedékhelyeket nyissanak a hajléktalanok számára (Genç, 2016).

Jelenleg az átmeneti szállásokon vagy szolgáltató központokban a szociális munkások aktívan együttműködnek az érdekelt szakmák szakembereivel. Mindezek a szakemberek védő, megelőző, rehabilitációs, alakító és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtanak a hajléktalanok számára. Ezek a szolgáltatások a családok háztartási ügyintézésére, a gyermekgondozásra, a családon belüli erőszak megelőzésére, a házastársak közötti kommunikációra és a mindennapi élettevékenységekre vonatkoznak. Ezenkívül egyéb olyan oktatást és szolgáltatásokat is nyújtanak, amelyek az egyéni funkcionálitást, a társadalmi harmóniát és a társadalmi funkcionálitást biztosítják. A hajléktalanok számára kínált alkalmazások között a menhelyeken kívül az ingyenkonyhák és a szociális ellátások is szerepelnek.

4. A HAJLÉKTALANSÁGGAL KAPCSOLATOS SZAKIRODALOM

Ebben a szakaszban a hajléktalansággal kapcsolatos tanulmányok irodalmi áttekintése következik. Ezzel összefüggésben először is a török szakirodalomban a hajléktalansággal kapcsolatos kutatásokat vizsgáltuk meg két különböző módon, doktori disszertációk és tudományos cikkek címén, és mutattuk be az olvasóknak. A tudományos tanulmányok fontos dokumentumok a társadalmi kérdések megvitatása, valamint a problémák azonosítása és megoldása szempontjából. Ezért fontosnak tartjuk, hogy a "hajléktalansággal" vagy "hajléktalanokkal" foglalkozó tanulmányokat bemutassuk az olvasónak. A kutatás keretében a dokumentumelemzés technikájával vizsgálták a Törökországban és más országokban készült tudományos tanulmányokat.

4.1. Török irodalom

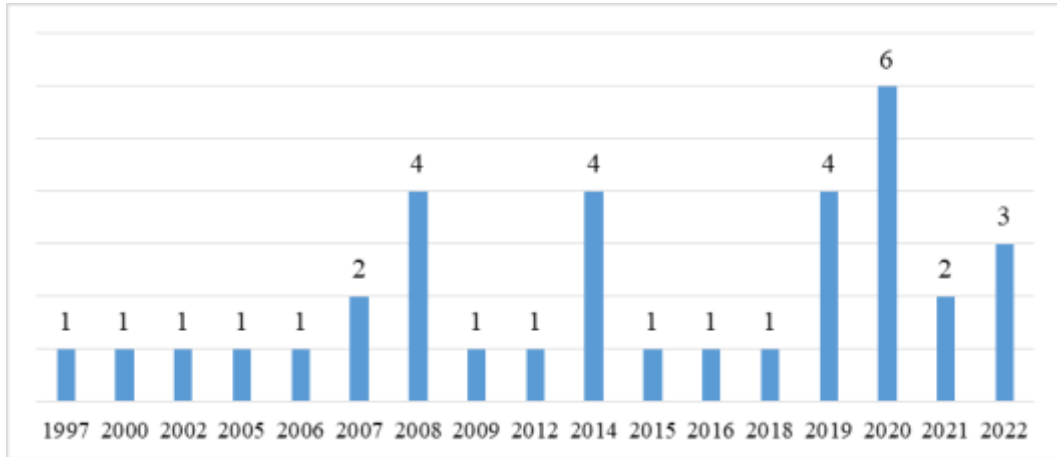
4.1. 1. Posztgraduális szakdolgozatok

Ebben a szakaszban a törökországi hajléktalanságról/hajléktalanokról szóló posztgraduális szakdolgozatokat vizsgáltuk különböző paraméterek alapján. Ennek keretében a törökországi Nemzeti Szakdolgozatközpontban (YÖK-Thesis) a "hajléktalan", "hajléktalanok", "hajléktalanság", "hajléktalanság" és "utcán élés" szavakkal és ezek angol megfelelőivel készült egy adathalmaz a posztgraduális tanulmányokból. Így tisztázódott a hajléktalanságról/hajléktalanokról szóló tudományos tanulmányok helye a török szakirodalomban. A kutatási folyamat során 35, a fent említett kulcsszavakhoz kapcsolódó posztgraduális tanulmányhoz jutottak hozzá (1. MELLÉKLET). Ezután a meghatározott kritériumoknak megfelelően grafikonokat és táblázatokat készítettek.

A posztgraduális szakdolgozatok kronológiai történetét vizsgálva látható, hogy az első posztgraduális szakdolgozat a keresési kritériumoknak megfelelően 1997-ben készült (1. ábra). Érthető, hogy az ezt követő években meglehetősen ritkák a tanulmányok. Bár egyes években relatív növekedés tapasztalható, nem mondható el, hogy rendszeres arányos növekedés tapasztalható.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

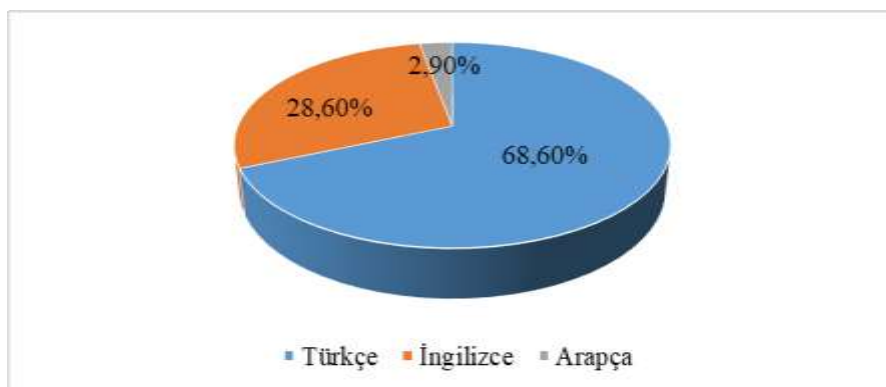
Ábra 1: Megoszlás évek szerint



A témában közzétett posztgraduális szakdolgozatok többsége 2020-ban készült. Az, hogy az előző évben is hasonló volt a számuk, arra utalhat, hogy a hajléktalansággal/hajléktalanokkal foglalkozó tudományos publikációk az elmúlt években bekerültek a szakirodalomba. Jelenleg három tanulmány készült 2022-ben. A témában ezen időpont után is lehet tanulmányokat végezni.

A kutatás keretében vizsgált majdnem minden tíz doktori értekezésből hét (68,6%) török nyelven készült (2. ábra). Kétségtelen, hogy a törökországi posztgraduális képzést nyújtó intézmények oktatási nyelveinek többsége török. A három kapcsolódó szakdolgozathoz majdnem minden harmadik angol nyelven íródott. Amikor megvizsgálták azokat az oktatási intézményeket, amelyekben az angol nyelven írt szakdolgozatokat írták, azt tapasztalták, hogy az adott oktatási intézmény oktatási nyelve az angol. A fennmaradó néhány szakdolgozatot arabul írták.

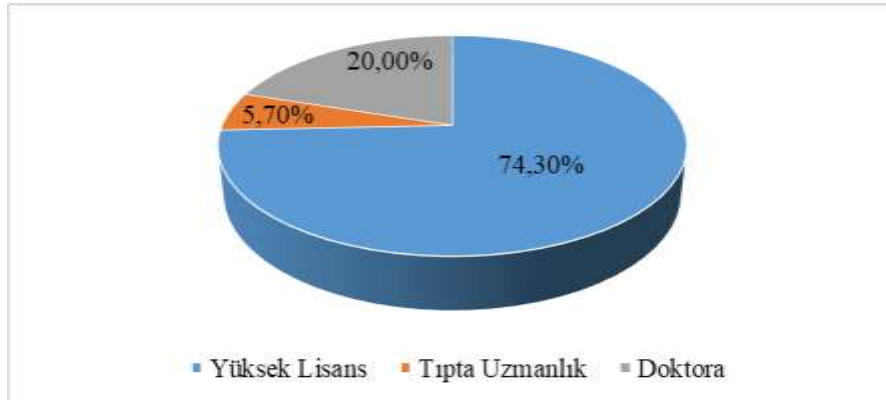
Ábra 2: A tézisek nyelvei



A kapcsolódó szakdolgozatok típusainak vizsgálatakor (3. ábra) megállapítást nyert, hogy minden negyedik szakdolgozathoz három (74,3%) mesterdiplomával készült. Ezt követte a doktori értekezés (20%), amely minden ötödik tanulmányból egyet jelentett. Kevés tanulmányt írtak orvosi szakterületi szinten (5,7%).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

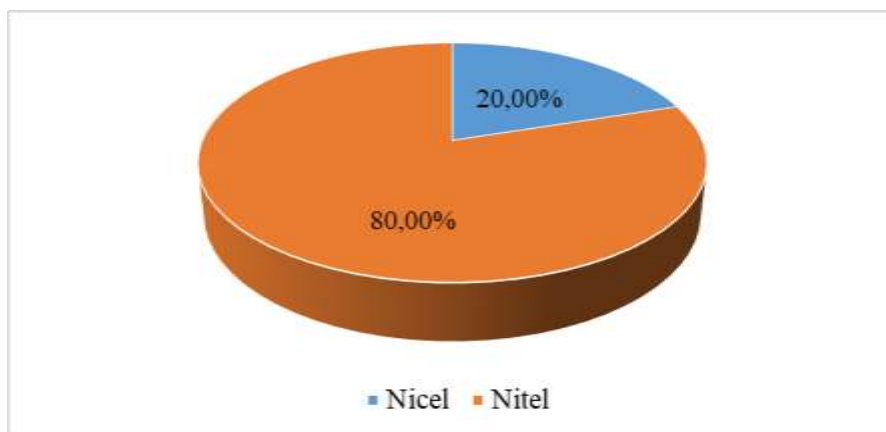
Ábra 3: Tézisek típusa



Az ok, amiért a mesterszakos diplomamunkák száma magasabb, mint a többi oktatási fokozaté, feltehetően annak köszönhető, hogy a megfelelő szintű oktatásban részesülő hallgatók száma magasabb, mint a többi. Tény, hogy a Felsőoktatási Információs Menedzsment Rendszer (2021) szerint, míg a törökországi mesterképzésben részesülő hallgatók száma jelenleg 343 569, addig a doktori képzésben részesülő hallgatók száma 106 148 fő. A hallgatók magas száma egyenesen arányos lehet azzal a ténnyel, hogy több ember több munkát végez bármely témában.

A szakdolgozatok vizsgálati módszereinek elemzéséből kiderült, hogy a szakdolgozatok négyötöde (80%) kvalitatív kutatási módszerrel készült, a többi pedig kvantitatív módszerrel (4. ábra). Ennek oka az, hogy a hajléktalansággal/hajléktalanokkal kapcsolatban nehéz nagy részvételi tömegeket találni a kvantitatív kutatáshoz.

Ábra 4: A szakdolgozatokban használt módszerek



A kvantitatív kutatás elvégzéséhez egy bizonyos számú embernél többet kell bevonni a kutatásba. Ha ez a népesség hajléktalan, akkor a kvantitatív vizsgálatokat megnehezíti az a tény, hogy mind a hajléktalanok számát, mind önmagukat nem lehet pontosan meghatározni. A nem regisztrált életvitel, a hajléktalanság személyenként eltérő időtartama és a hajléktalanság

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

elfogadása fontos kritériumok ahhoz, hogy valakit hajléktalannak nevezzünk. Emiatt a kutatás során nehéz intenzív részvétellel elérni a hajléktalanok tömegét. Ez megnehezíti a kvantitatív módszer alkalmazását a tudományos kutatásban. Azok a kutatók, akik a posztgraduális szakdolgozatokban kvalitatív kutatást alkalmaztak, általában mélyinterjúkat készítettek kis számú hajléktalan emberrel "félleg strukturált interjúformát" használva. Ennek megfelelően arra lehet következtetni, hogy a hajléktalanokkal való munka során a kvalitatív módszerek alkalmazása pontosabb és eredményorientáltabb módszer.

Végezetül megvizsgáltuk, hogy a hajléktalansággal kapcsolatos posztgraduális szakdolgozatok milyen tudományterületek keretében készültek, és azt láttuk, hogy a hajléktalanság témája a kutatási folyamat során a tanszékek széles skáláján belül került terítékre (1. táblázat). Ebből a szempontból elmondható, hogy a hajléktalanságot nem lehet csak egy tető alatt értékelni. Ugyanis, ahogy a szakirodalomban is szerepel, a hajléktalanság sokoldalú és többdimenziós jelenség. Nemcsak a hajléktalan egyént érinti, hanem minden társadalmi szereplőt és gyakorlatot a mikrotól a makróig, az egyénektől a társadalmi rendszerekig és a szociálpolitikáig.

Ennek megfelelően a posztgraduális szakdolgozatok kétötöde (40%) a társadalom- és humán tudományok égisze alatt működő különböző tudományágak keretében készült. Az a tény, hogy a hajléktalanság társadalmi probléma, az e területen folytatott tanulmányok infrastruktúrájának és kiindulópontjának tekinthető. Az olyan összetevők, mint maga a hajléktalan egyén, családja és társadalmi környezete kétségtelenül a társadalom- és humán tudományokon alapuló tudományágak egyik fő témája. Ezért teljesen természetes, hogy a kapcsolódó szakdolgozatokat ezeken a területeken írták.

Tábla 1: A szakdolgozatok tudományos fakultásai

Fakultás	Szám	%
Törvényszéki orvostudomány, ápolás, közegészségügyi ápolás	4	11.5
Munkaügyi közgazdaságtan, közgazdaságtan	4	11.5
Kommunikáció és társadalom, film és televízió	2	5.7
Angol nyelv és irodalom, angol irodalom, angol nyelvészet, török nyelv és irodalom, török nyelv és irodalom	5	14.3
Kulturális tanulmányok, Kulturális Szemle	3	8.6
Építészet, festészet	3	8.6
Szociológia, Szociális szolgáltatás, Szociálpolitika, Társadalomtudományok, Neveléstudományok, Filozófia, Alapvető iszlám tudományok	14	40

Ha más területeket vizsgálunk, megállapítható, hogy mind a törökországi, mind az idegen nyelvekkel kapcsolatos szakirodalmi területeken jelentős számú tanulmány született a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalanságról (14,3%). Ezekon a területeken a hajléktalanság/hajléktalanok az irodalmi művek szövegeinek vizsgálataként valósult meg.

4.1. 2. Tudományos cikkek

Az ebben a részben bemutatott tudományos cikkeket véletlenszerűen választottuk ki az elmúlt öt évben végzett tanulmányok közül, és célunk az volt, hogy példát mutassunk a témában. A cikkek kiválasztása során figyelmet fordítottunk a különböző témákra és célközönségekre, és figyelmet fordítottunk arra, hogy a hajléktalanság különböző állapotainak tükrözése is megjelenjen.

Acar és munkatársai (2022) 20 hajléktalan férfival készítettek interjúkat kvalitatív kutatási módszerrel annak érdekében, hogy meghatározzák az utcán élő hajléktalan emberek jelenlegi hajléktalansági folyamatait, nehézségeit és szükségleteit. A kapott adatokat két fő téma, a "hajléktalanságot okozó tényezők" és a "hajléktalanok által tapasztalt nehézségek" alapján értékelték. A vizsgálat végén megállapították, hogy a hajléktalan emberek olyan okok miatt vannak kitéve a hajléktalanságnak, mint a rossz családi kapcsolatok, a gazdasági elégtelenség, az alkohol- és kábítószer-fogyasztás, a börtönmúlt és a pszichológiai problémák. Emellett megfigyelték, hogy a hajléktalanoknak olyan problémáik vannak, mint a menedék, az ételmisszerellátás, a biztonság, a tisztálkodás és az öngondoskodás. A tanulmányban megállapították, hogy az, hogy nem tudnak állandó szolgáltatásokat nyújtani ezekre a szükségletekre, csak a nap mentését segítette, és hangsúlyozták az átfogó szociálpolitika szükségességét ezekre a problémákra.

Uymaz (2022) megállapította, hogy a lakhatási körülmények ebben az időszakban nehezebbé váltak, felhívva a figyelmet a COVID-19 világjárvány következtében növekvő szegénységre, és hangsúlyozta, hogy ez a helyzet magával hozta a fertőzés kockázatát. Uymaz (2022) hangsúlyozta, hogy a társadalom legszegényebb szegmensei, mint például a hajléktalanok, munkanélküliek, menedékkérők/menekültek a szociális csoportok menedékhelyeken élők, nagy veszélynek vannak kitéve a COVID-19 által az egészségtelen életkörülmények miatti halálozási arány növekedése miatt, kiemelte a lakhatási problémát és a probléma megoldásához kapcsolódó állami alapú lakhatási programokat és gyakorlatokat. Tanulmányában történelmi háttérrel, jogi kereteket és különböző országokból származó példákat adott, és megvitatta a lakhatási probléma állami politikával való megoldásának lehetőségét. A kutatás végén arra a következtetésre jutott, hogy egy ilyen lakhatási rendszer konfliktust hozna magával a kapitalista rendszer profitorientált működésének logikájával.

Sipahi és Arslan (2021) hasonló tanulmányukban hangsúlyozták, hogy a COVID-19 világjárvány a társadalom minden szegmensét súlyosan érintette, és e szegmensek egyike kétségtelenül a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalanok voltak; a hajléktalanság kérdését a világhírványra jellemzően vizsgálták. Hangsúlyozva, hogy a hajléktalan tömegek megjelenésével és elterjedésével nagy kockázatok léphetnek fel az egész társadalomra nézve, a kutatók hangsúlyozták, hogy a hajléktalanságról alaposan el kell gondolkodni és szakpolitikákat kell kidolgozni.

A hajléktalanság kérdése nem egy sekélyes, csak egy tudományágat érintő kutatási terület. Ha a társadalom minden társadalmi csoportját és társadalmi építési folyamatát figyelembe vesszük, akkor a földrajzban zajló minden cselekvés része. Így Kılınç (2021) Andres Serrano műalkotásain keresztül értelmezte a hajléktalanság problémájára vonatkozó reflexiókat a művészet területén. A kutatás keretében Andres Serrano "Nomádok", "Az idők jele" és "New York-i lakosok" című műveit vizsgálták. Ezekben a művekben az a közös, hogy az amerikai New York államban létező hajléktalansággal foglalkoznak, és a hajléktalanság számos különböző aspektusát mutatják be. Ezt a problémát saját művészeti gyakorlatán belül konceptuális megközelítéssel kezelték. Kılınç (2021) az emberi testet a társadalmi struktúra legkisebb egységeként határozta meg, és megemlítette a test kódolását és pozicionálását a hajléktalanság tengelyén, és értékelte a hajléktalanság műalkotássá történő kreatív átalakításának folyamatát.

Çetinkaya Büyükbodur és Kayma (2021) a kvalitatív kutatási módszerrel összhangban esettanulmányt tervezett a hajléktalan nők által tapasztalt problémák meghatározása és megoldási javaslatok kidolgozása érdekében végzett tanulmányukban. Félig strukturált interjúformán keresztül személyes interjúkat készítettek 22 Isztambulban élő női résztvevővel, és az adatokat fenomenológiai elemzéssel elemezték. Az eredményeket két témakörre osztották: "a hajléktalansági folyamatba való bekapcsolódás okai" és "a felmerülő kockázatokkal kapcsolatos gondolatok". Ennek megfelelően a hajléktalanság okaiként a családi problémákat, a lakáshoz jutás problémáit és a munkanélküliséget figyelték meg. Kockázati tényezőként az élelmezés, a fűtés, az erőszaknak való kitettség és a bűncselekmény áldozatává válás merült fel. A kutatás eredményeként javasolták a hajléktalan nők számára szociális politikák és szociális szolgáltatási gyakorlatok kidolgozását.

Karaca, Gazi és Çakı (2019) azt vizsgálták, hogy a hajléktalanság hogyan jelenik meg a reklámkampányokban, és milyen megoldásokat kínálnak a témában, valamint tíz különböző országban vizsgálták a hajléktalanok problémáival kapcsolatos reklámkampányokat. A kvalitatív leíró megközelítéssel készült kutatásban a releváns reklámkampányokat szemiotikai elemzési módszerrel végezték el. A releváns kampányokban azt látták, hogy a hajléktalanokat a "szomorúság" érzésén keresztül szólították meg, és azt célozták, hogy a házzal rendelkezők empatizáljanak a hajléktalanokkal. A kutatás eredményeként javaslatokat fogalmaztak meg a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

nem hajléktalan tömegek számára, hogy támogassák a hajléktalanokról szóló tanulmányokat, és legyenek érzékenyebbek a hajléktalanokkal szemben.

Kaya-Kılıç és Aslanturk (2019) a felmérés módszerét alkalmazták kutatásukban, amelynek célja a hajléktalanok szociodemográfiai jellemzőinek és utcai élettapasztalatainak meghatározása volt, és információkat szereztek a résztvevőkről. Ennek megfelelően megfigyelték, hogy a hajléktalanok többsége egyedülálló és általános iskolai végzettségű volt. Hasonlóképpen megállapították, hogy a hajléktalanok többsége gazdasági okokból él az utcán, rendszertelen jövedelemmel rendelkezik, nincs társadalombiztosítása, és szociális juttatásokból vagy a környezetétől kapott pénzből él. Kaya-Kılıç és Aslanturk (2019) rámutatott, hogy az utcán töltött idő krónikussá tette a hajléktalanságot, és hangsúlyozta, hogy a hajléktalanok számos fizikai és mentális egészségügyi problémát tapasztaltak ebben a folyamatban. Fontos megállapításnak tekintik a hajléktalanokkal kapcsolatban, hogy megfelelő feltételek fennállása esetén az utcáról való távozással szeretnének normális életet élni. A kutatás eredményeként javasolták, hogy a hajléktalanok számára tervezendő szociálpolitikák végrehajtása során meg kell ismerni a társadalmi csoport jellemzőit, és az igényeknek megfelelő szolgáltatásokat kell kialakítani.

Yeter (2018) megállapította, hogy a nem kormányzati szervezetek a hajléktalanok számára nyújtott szolgáltatások egyik fontos szereplői, ezért megvizsgálta a hajléktalanok számára működő nem kormányzati szervezeteket az isztambuli mintában. A tanulmány keretében meghatározott civil szervezetek tisztviselőihez félig strukturált kérdőívet alkalmaztak. A civil szervezetek tevékenységét résztvevő megfigyelési módszerrel vizsgálták. A kutatás eredményeként kiderült, hogy a civil szervezetek az alapvető szükségleteken (szállás, élelem, egészségügy stb.) túl olyan szolgáltatásokat nyújtanak a hajléktalanok számára, mint a pszichoszociális támogatás és a foglalkoztatás. Emlékeztettek azonban a hajléktalanokkal kapcsolatos átfogó kutatás szükségességére. Ebben az értelemben arra a következtetésre jutottak, hogy a Családügyi és Szociális Munkaügyi Minisztériumnak és az egyetemek illetékes tanszékeinek mind önállóan, mind a területen működő önkéntes intézményekkel együttműködésben szerzett információkat rögzíteniük kellene a jelenlegi adatbázisokban. Yeter (2018) a hajléktalanokat ellátó önkéntes intézmények által végrehajtott szociális szolgáltatási tevékenységek akadémiai támogatásának fontosságára utalva kijelentette, hogy hídnak kell lennie az akadémiai élet és a terep között.

Akyıldız (2017) hangsúlyozta, hogy a hajléktalanság napjaink egyik fontos problémájává vált a hajléktalanság alkalmazásait vizsgáló kutatásokban a világban és Törökországban. A szerző azonban hangsúlyozta, hogy a jelenlegi alkalmazások csak azzal a céllal készülnek, hogy a problémákat kötszerez módszerekkel halasszák el, ahelyett, hogy megszüntetnék azokat. A

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

kutató arra a következtetésre jutott, hogy számos jogi szabályozást kell végrehajtani a hajléktalanság problémájának megoldását Turkiye-ban, a szociális munka és a segélyintézményeknek képesnek kell lenniük arra, hogy minden régióban élő hajléktalan embereket szolgáljanak, és a szükséges protokollokat az intézmények közötti együttműködéssel kell megszervezni.

Megállapítva, hogy a hajléktalanság többdimenziós társadalmi probléma, İlhan és Ergün (2010) számos tényező hatását említette az emberek hajléktalanságára. A hajléktalanság problémájának megoldása érdekében arra a következtetésre jutottak, hogy először a hajléktalanok számát és a hajléktalanokkal kapcsolatos tényezőket kell meghatározni. İlhan és Ergün (2010), akik elsősorban a hajléktalanok alapvető szükségleteinek kielégítését hangsúlyozták, kijelentették, hogy a probléma megoldásában fontos szerepet játszanak az egészségnevelés és a szerhasználat csökkentését/elhagyását célzó közegészségügyi programok.

4.2. Világirodalom a hajléktalanokról

A hajléktalansággal/hajléktalanokkal kapcsolatos tudományos tanulmányok vizsgálata során a kutatás során azt tapasztalták, hogy az utóbbi években jelentősen megnőtt a tanulmányok száma. Tény azonban, hogy a hajléktalansággal/hajléktalanokkal kapcsolatos tanulmányokat már egészen régi idők óta végeznek. Különösen az 1970-es évektől kezdve a technológiai és tudományos fejlődés növekedése tette a hajléktalanság kérdését, amely az egyik legfontosabb társadalmi kérdés, szinte az egész világon ismertté, ami megnyitotta az utat a téma tanulmányozásához az egész világon. Ebben a fejezetben az elmúlt öt év hajléktalansággal/lakástalansággal kapcsolatos tudományos tanulmányai, valamint véletlenszerűen kiválasztott tanulmányok tartalomelemzése szerepel. A kutatások száma a szerzők kezdeményezésére készült, és a témával kapcsolatos mintatanulmányok bemutatásán alapult.

2022

A Dragset és Alghaben (2022) által írt egyetemi diplomamunka egy kísérleti tanulmányról szól, amely a szociális munkások érdeklődésének megértéséről és vizsgálatáról szól a kedvezőtlen szociális helyzetekben Írországban. Ebben az összefüggésben új perspektívákat javasoltak arra vonatkozóan, hogy milyen beavatkozásokat lehet alkalmazni a hajléktalan egyének problémáinak meghatározására és segítésére. Hangsúlyozzák, hogy a szociális munkások hogyan birkóznak meg a szegénységgel és a hajléktalansággal a társadalomban. A kutatás eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy a magas támogatottságú lakhatási

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

intézményekben dolgozó szociális munkásoknak szakmailag és etikailag a szervezet céljainak és működésének megfelelően kell eljárniuk.

Rice (2022) doktori értekezésében a témát a "Bajnokok a tizenévesekért" elnevezésű beavatkozással tárgyalta, amelyet a hajléktalan fiatalok társadalmi tőkájének növelésével fogalmazott meg. A C4T program fő célja az volt, hogy kapcsolatot teremtsen a hajléktalan fiatalok között a társadalomban és a többi polgár között, valamint növelje a fiatalok társadalmi hálózatát, és mérte, hogy az általa tervezett modell milyen mértékben javította a hajléktalan fiatalok társadalmi tőkáját. Rice (2022), aki szerint a fiatalok rövid távon előrelépést értek el a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a tanulmányi sikerek tekintetében, hangsúlyozta, hogy hosszú távon eredményeket érnek el a karriertervezés, az önbecsülés és a fiatalok bizalmi szintjének növekedése terén. Az erre a célra vegyes (kvantitatív és kvalitatív) kutatási módszerrel végzett vizsgálatának eredményeként azt tapasztalta, hogy az alkalmazott C4T program növelte a fiatalok életelégedettségét és társas kapcsolatait, és ezzel szemben csökkentek a depressziós tünetei.

Warburton, Papic és Whittaker (2022) 163 egyedülálló anyával és 126 egyedül élő nővel végzett vizsgálatukban, akik ausztrál mintában a hajléktalanellátó szolgálathoz fordultak, hasonlóságot találtak a két csoport között. Az egyedülálló anyák nagyobb valószínűséggel voltak fiatalabbak, külföldön születtek és az elmúlt 12 hónapban váltak hajléktalanná. Az egyedül élő nőknél viszont nagyobb valószínűséggel találtak, hogy egészségügyi problémáik, mentális egészségi állapotuk, függőségi problémáik voltak, az elmúlt 12 hónapban pszichiátriai kezelés alatt álltak, és nem vettek részt a munkaerőpiacon. A kutatás eredményeként hangsúlyozták, hogy az egyedül élő és gyermeket vállaló nők száma évről évre nő. Mindkét csoport, akár csak a hajléktalan anyák gyermekei, a jelentések szerint fizikai és mentális egészségüket tekintve jelentős kockázatokkal szembesülnek.

Loukaitou-Sideris és munkatársai (2022) a COVID-19 hajléktalanságra gyakorolt hatását tranzitkörnyezetben vizsgáló tanulmányukban hangsúlyozták, hogy a hajléktalanszállók, ahol a hajléktalanok tartózkodnak, nem elégségesek a jelenlegi igények kielégítésére. Megállapították, hogy a hajléktalanok, akik a tömegközlekedési eszközökön, buszmegállóban és vonat/metróállomásokon tartózkodnak a szokásos életük során menedéket keresve, több problémával küzdenek a menedékhelyekkel kapcsolatban, különösen a járványos folyamatok során. Ebben az összefüggésben a 115 tömegközlekedési szolgáltatóval végzett felmérés eredményeként megerősítették, hogy a hajléktalanok a tömegközlekedést menedékhelyként használják. A járvány kapcsán azonban megállapították, hogy a tömegközlekedési járművek nem jelentenek megoldást a hajléktalanok számára, és nagyobb településekre van szükség. Mivel a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalanság napról napra mélyülő probléma, komoly problémát jelent mind a finanszírozás, mind a megfelelő szakembergárda hiánya. Emiatt olyan innovatív szolgáltatásokat javasoltak a hajléktalanok számára, mint az új szolgáltató központok, a mobil hozzáférés, a kedvezményes szociális szolgáltatások és a szállókra való szállítás.

Egy másik COVID-19 hajléktalansági tanulmányban Van Heerden, Proietti és Iodice (2022) az Európai Unió különböző országaiban a COVID-19 világjárvány előtt és alatt vizsgálták a hajléktalanságot. A 16 uniós tagállamban és 133 önkormányzatból álló európai városokból és községekből álló mintán végzett felmérésből nyert főbb megállapítások eredményeként megállapították, hogy a hajléktalanság problémája ritkább volt a kisvárosi területeken. Viszont a hajléktalansággal egyre gyakrabban találkozunk, ahogyan városról városra haladtunk. Ennek okát állítólag a hatékonyabb szakpolitikákban és módszerekben kell keresni. Ez a tanulmány, amely kiindulópontja lehet a jövőbeli tanulmányoknak, hangsúlyozta, hogy további vizsgálatokra van szükség a hajléktalanság városról városra történő növekedésének valódi okainak meghatározásához.

2021

Elbogen és munkatársai (2021) a mentális betegséget a hajléktalanság kockázati tényezőjeként magyarázták egy olyan mozgalommal végzett kutatásukban, amikor nagyon kevés kutatás vizsgálta a pénzügyi feszültség - mentális betegség - hajléktalanság hármasának kapcsolatát. Ennek megfelelően azok az eredmények, amelyek azt mutatják, hogy a súlyos mentális betegség és a hajléktalanság közötti kapcsolatot a pénzügyi nyomás közvetíti, támogatják a pénzügyi jólét értékelését a mentális betegségek kezelésével és a hajléktalanellátó programokkal összefüggésben. Kutatásuk eredményeként megállapították, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő és hajléktalanságban élő személyek számára hasznos lehet a pénzügyi műveltség növelésének, a pénzkezelés javításának és a pénzügyi jólét megszerzésének segítése.

Dhaliwal és munkatársai (2021) a hajléktalan tanulókkal kapcsolatos kutatásukban arra az álláspontra helyezkedtek, hogy az iskolák támogató és stabilitási mechanizmusok lehetnek a hajléktalan gyermekek számára. Ugyanis nagyon kevés információ áll rendelkezésre azokról az iskolákról, ahol a hajléktalan diákok oktatásban részesülnek, valamint a környékről, ahol élnek. A Los Angeles-i mintában szereplő tanulókról szóló tanulmányukban azt találták, hogy a hajléktalan tanulók a hátrányos helyzetű csoportok közé tartoznak, tanulmányi sikerességük alacsonyabb, és hátrányosabb helyzetű városrészekben élnek. Ennek eredményeképpen a szövetségi McKinney-Vento törvény végrehajtásának megerősítését célzó politikák növelését javasolták.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A hajléktalanság megakadályozhatja az egyéneket abban, hogy egészségügyi szolgáltatásokból részesüljenek, mivel sok mindentől megfosztja őket. Vallesi és munkatársai (2021) Ausztráliában vizsgálták a hajléktalanok krónikus egészségügyi problémáit és e betegségek súlyosságát 2068, egy speciális hajléktalan-egészségügyi szolgálatba beiratkozott aktív beteg orvosi nyilvántartása alapján, abból az általános véleményből kiindulva, hogy a hajléktalanságot megelő emberek egészségi állapota rossz. Eszerint majdnem minden tíz betegből hétnek (67,8%) van legalább egy krónikus fizikai egészségügyi problémája. A hajléktalanok több mint háromötödének (61,6%) legalább egy alkohol- és droghasználati rendellenessége van, míg majdnem felének (47,8%) kettős mentális betegsége, egyharmadának (74,9%) pedig három betegséggel küzd. A vizsgálat eredményei alapján megállapítható, hogy a hajléktalanok egészségügyi kockázatokkal rendelkeznek, és kezelésük fontos. Ezért hangsúlyozza a szűrővizsgálatok szükségességét a közegészségügyi programok elérhetőségének javítása és a korai halálozási arány csökkentése érdekében.

Anderson és munkatársai (2021) a hajléktalanság során kitett környezeti feltételek hatását vizsgálták a hajléktalanok egészségi állapotára, és a 246 embertől kapott adatok eredményeként megállapították, hogy a hajléktalanok legalacsonyabb egészségi értékei a téli időszakban jelentkeztek. Ebből a szempontból nem lenne tévedés azt állítani, hogy a hajléktalanság évszakonként eltérő módon érinti az embereket. Mert míg a téli szezonban sok új szükségletet fedeznek fel a hajléktalanok számára, addig ezen szükségletek kielégítésének elmulasztása bizonyos problémákat újra felszínre hozhat. Emellett pozitív kapcsolatot találtak az előző héten bármilyen helyen eltöltött éjszakák száma és az általános egészségi állapot között. Megfigyelték, hogy azok általános egészségi állapota, akik egy éjszakát töltöttek egy helyen, jobb volt, mint azoké, akik soha nem töltöttek ott éjszakát. Ezen túlmenően, azoknak a résztvevőknek az érzelmi jóllét-pontszámai, akik az elmúlt 30 napban kis számú konfliktust éltek át más egyénekkal, magasabbak voltak, mint a többieké. Ez azt mutatja, hogy az emberi kapcsolatokban megélt konfliktusok közvetlenül befolyásolják a hajléktalanok pszichoszociális állapotát. A tanulmány utolsó kimenete, hogy a nők általános egészségi állapota és érzelmi jólléte rosszabb, mint a férfiaké. Ezt fontosnak tartják a férfiak és nők közötti különbségtétel megfigyelése és a beavatkozások külön-külön történő megtervezése szempontjából a hajléktalanság folyamata során. Különösen mivel a klímaváltozás számos hajléktalan környezetének veszélyességét fenyegeti, szükségesnek találták, hogy a hajléktalansággal kapcsolatos programokat a környezeti feltételek figyelembevételével hajtsák végre.

Olivet és munkatársai (2021) a faji egyenlőtlenségeken keresztül vizsgálták a hajléktalanság kérdését az Egyesült Államokban, és szignifikáns kapcsolatot találtak a fajilag eltérő etnikai

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hovatartozás és bőrszín és a hajléktalanság között. Ennek megfelelően azt figyelték meg, hogy a fekete/afrikai-amerikai hajléktalanok nagyobb arányban voltak hajléktalanok, mint más etnikai származású hajléktalanok. Megállapították azonban, hogy a rasszizmust és a megkülönböztetést a társadalmi rendszerekben is elkövetik, például a hajléktalanoknak nyújtott szolgáltatásokból való részesülés és az azokban való részvétel, valamint a büntető igazságszolgáltatás terén. Ennek eredményeképpen javasolták, hogy a kutatók és a politikai döntéshozók a hajléktalansággal úgy foglalkozzanak, hogy figyelmet fordítanak a faji igazságosságra, hogy az embereket képezzék ki a programok antirasszizmuson és faji egyenlőségen alapuló kialakítására, és hogy a programok között faji egyenlőségi kompetenciákat dolgozzanak ki és terjesszenek. Hangsúlyozták, hogy fontos, hogy a kormányok prioritásként kezeljék a kulturálisan specifikus és nyelvi befogadó programok finanszírozását, hogy elfogadják a faji egyenlőséget, hogy csökkentsék a hajléktalanság magas arányát a színes bőrűek körében, és végső soron, hogy megszüntessék a hajléktalanságot mindenki számára.

2020

Barile, Pruitt és Parker (2020) hajléktalan felnőttekkel kapcsolatos kutatásukban 577 fős mintával dolgoztak azon, hogy miként elégítették ki szolgáltatási igényeiket a hajléktalanná válás folyamata során. Megfigyelték, hogy a vizsgálatban részt vevő hajléktalanok nagy többsége egyedülálló (93%), férfi (83%) és afroamerikai (88%) volt. A válaszadók többsége (61%) azt állította, hogy az előző 3 évben többször is megtapasztalta a hajléktalanságot, belépett és kilépett ebből a hajléktalan helyzetből, és nem tudott állandó lakhatást biztosítani. Ezek az eredmények hasonlóak az Ön által most olvasott könyv keretében végzett projekt néhány megállapításához. Másrészt a vonatkozó cikk keretében a résztvevők többsége arról számolt be, hogy a szolgáltatásokról szájhagyomány útján értesültek, a korlátozott közlekedési lehetőségek miatt nehezen jutottak el a szolgáltatásokhoz, és nagyobb valószínűséggel vették igénybe a szolgáltatásokat olyan megfelelő helyeken, amelyek megfeleltek az igényeiknek, és ahol tisztelettel bántak velük. A kutatók úgy vélik, hogy ezek az eredmények hatással vannak az összehangolt vásárlások kialakítását és a hajléktalanságot megtapasztaló egyének segítségét célzó szolgáltatások fejlesztésére és terjesztésére. Emellett a kutatási eredmények azt mutatják, hogy a kedvező helyzet és a barátságos, tisztelettudó személyzet fontos szolgáltatási jellemzőkkel bír a hajléktalanságot megtapasztaló egyének többsége számára, függetlenül a hajléktalansághoz vezető úttól.

A hajléktalan emberek olyan súlyos betegségekkel küzdenek, mint a kábítószerrel való visszaélés, fertőzések, mentális betegségek és traumás agykárosodás. Ez a helyzet hatással lehet

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

a hajléktalanok kognitív és nyelvi képességeire. Pluck és munkatársai (2020) két felnőtt, hajléktalan és nem hajléktalan csoport nyelvi készségeit vizsgálták különböző paraméterek alapján. Eszerint a hajléktalan csoport szignifikánsan alacsonyabb pontszámot ért el a hallás utáni szövegértés és a verbális kifejezés mérésében, mint a kontrollcsoport. A hajléktalan felnőttek nyelvi készségei a vártnál rosszabbak lehetnek, az iskolai végzettségüktől és a nem verbális kognitív képességeiktől függően. Lehetséges, hogy az alacsony nyelvi képességek egy része patológiás, fejlődési nyelvi zavar vagy szerzett zavar formájában. Ezért úgy gondolják, hogy fontos, hogy a hajléktalan emberek részesüljenek a klinikai nyelvi zavarok terápiáiból.

Lima és munkatársai (2020) kutatásukban megállapították, hogy a hajléktalanok számára potenciális társadalmi csoportok vannak a COVID-19 elkapására; hogy a hajléktalanság időszakában kitett elégtelen lakásminőség összefügg a stresszel és a mentális egészséggel; és hogy ez súlyosbíthatja a mentális egészségügyi zavarokat, beleértve a zsúfoltságot, a szennyezést, a zajt, az elégtelen megvilágítást, a zöld területekhez való hozzáférés hiányát és más környezeti tényezőket, amelyek a nyomornegyedekkel, a depresszióval, a szorongással, az erőszakkal és más társadalmi diszfunkciókkal kapcsolatosak. Ez a helyzet a hajléktalanokat a COVID-19 folyamat során a jelenlegi hátrányos helyzetükkel együtt többszörös problémák spiráljába taszítja. Hangsúlyozva, hogy a hajléktalanok kevésbé férnek hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz, mint a nem hajléktalan állampolgárok, Lima és társai (2020) megállapították, hogy a hajléktalanoknak az alkalmazandó beavatkozások során a társadalmi kirekesztésnek való kitettség nélkül kell szolgáltatásokat kapniuk.

Giano és munkatársai (2020) az elmúlt 40 évben a hajléktalansággal kapcsolatban végzett tudományos kutatások tematikus elemzését végezték el. A kutatás keretében a serdülők, a szökésben lévő fiatalok, a veteránok, az idősek, a védett családok és az egyszülős családok hajléktalanságának előrejelzőivel foglalkozó tanulmányokat határozták meg. A mintába bevont kutatásokat négy elektronikus adatbázisból szerezték be 1970 és 2017 között. Miután az első keresés során 212 tanulmányhoz jutottak hozzá, 80 olyan cikket vizsgáltak meg részletesen, amelyek megfeleltek a vizsgálati kritériumoknak. A kapcsolódó cikkek olyan változóit, mint a szerző(k), a folyóirat neve, a megjelenés dátuma, a minta demográfiai jellemzői, a minta mérete és a kutatási kérdések tematikusan áttekintették és értelmezték.

Broton (2020) tanulmányában, amely az Egyesült Államokban élő és felsőoktatásban tanuló diákok lakhatási bizonytalanságát és hajléktalanságát vizsgáló becsléseket vizsgálta, megállapította, hogy az elmúlt két évtizedben az egyetemi árak emelkedtek, a rászorultsági alapú pénzügyi támogatás nőtt, a vásárlóerő és a családi jövedelem csökkent. Emiatt hangsúlyozta, hogy az USA-ban körülbelül minden 10. egyetemi hallgatóból 1 hajléktalan, vagy saját maga

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

biztosítja megélhetését, és fennáll a hajléktalanná válás veszélye. Emellett az egyetemi hallgatók 45%-a tapasztalja a lakhatás bizonytalanságának valamilyen formáját, beleértve a lakhatási igényekkel kapcsolatos problémákat, az instabilitást vagy a hajléktalanságot. Úgy tűnik, hogy az egyetemi hallgatókat nagyobb mértékben fenyegeti a lakhatás bizonytalanságának és a hajléktalanságnak a kockázata, mint a négyéves főiskolákon és egyetemeken tanuló társaikat.

2019

Phipps et al. (2019) megállapította, hogy a nők egyre nagyobb tömeggé váltak a hajléktalanok körében, és több szükségletük van, mint a férfiaknak, és ezt a helyzetet mind a szolgáltatóknak, mind a nőkkel foglalkozó egyéb érdekelteknek figyelembe kell venniük. Ezzel összefüggésben megvizsgálták a hajléktalan nőkkel kapcsolatos kutatásokat a jelenlegi szakirodalomban. Átfogó áttekintést végeztek összesen 232, 1987 és 2017 között megjelent cikkről, és az áttekintés eredményeként hat, a hajléktalan nőkkel kapcsolatos témát azonosítottak. Ezek a témák a következők voltak: "a hajléktalansághoz vezető utak", "trauma, viktimizáció és negatív gyermekkori tapasztalatok", "mentális és fizikai egészségügyi problémák", "a kezeléshez való hozzáférés akadályai és a szolgáltatókkal kapcsolatos tapasztalatok", valamint "társadalmi támogatás és életelégedettség" és "erősségek, remények és a hajléktalanságból való kilépés". A kutatás eredményeképpen olyan javaslatok születtek, mint a hajléktalan nők megerősítése, életük összetettségének figyelembevétele és a hajléktalanságból való kilépéshez szükséges autonómia elismerése.

Haskett és Armstrong (2019) könyvrészletükben áttekintést nyújtanak a hajléktalanság kutatók, döntéshozók és hajléktalanellátók által leggyakrabban használt definícióiról. A tartósan fedél nélkül élő és hajléktalan családok sokszínű csoportot alkotnak, amely egyedi múltbeli tapasztalatokkal, célokkal és értékekkel, erősségekkel rendelkezik, és támogatásra szorul a fedél és a stabil élet elérése érdekében. Ez egy olyan népesség, amelyet nehéz elérni és kiszolgálni, de egyben hihetetlenül potenciális népesség is. A szerzők szerint sok hajléktalan család szülője a hihetetlen akadályokkal szemben is optimista marad, és a gyermekek rugalmassága rámutat arra, hogy ezek a családok képesek elérni személyes céljaikat és stabil lakhatást szerezni. A hajléktalanság háttérének megértése növelheti a szolgáltatók képességét a hatékony szolgáltatások kidolgozására és nyújtására. Hangsúlyozzák, hogy mélyebb ismeretekre lesz szükség ahhoz, hogy hatékony szolgáltatásokat lehessen hatékonyan nyújtani ezeknek a családoknak.

Gentil (2019) kijelentette, hogy az életminőség nagyon fontos mutató a mentális egészségügyi tervezés és a programok értékelése során, és hogy nagyon kevés tanulmány vizsgálja az

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

életminőséget, amikor hajléktalanokról van szó. Ezért egy szociodemográfiai, településtörténeti, szolgáltatáshasználati és egészséggel kapcsolatos változókat tartalmazó kérdőívet alkalmaztak 455 hajléktalan személyre, akikhez 27 nem kormányzati szervezettől jutottak hozzá. A kutatás keretében négy klasztert határoztak meg kétlépcsős klaszterelemzéssel. Az életminőség az idős, alacsony funkcionális fogyatékossgal élő nők klaszterében volt a legmagasabb, viszonylag kis számú hajléktalansági esettel. A második, magas életminőségi pontszámokat mutató klaszter viszonylag kis számú mentális egészségügyi problémáról vagy kábítószer-használati zavarról számolt be. Az alacsony életminőséget mutató harmadik klaszterbe az átmeneti lakhatásban élő, büntetett előéletű, személyiségzavarokkal és kábítószer-használati zavarokkal küzdő középkorú nők tartoztak. Az életminőség szintén alacsonyabb volt a hajléktalanok nagyszámú esetével, összetett egészségügyi problémákkal és magas általános szolgáltatási igénybevétellel rendelkező személyek negyedik klaszterében. Az eredmények megerősítették a hajléktalanok különböző profiljaihoz igazított speciális programok terjesztésének fontosságát életminőségük javítása érdekében.

Duke és Searby (2019) arról számolt be, hogy a hajléktalan nőknek több mentális egészségügyi problémájuk volt, mint a nem hajléktalan nőknek. Emellett a hajléktalan nőkről kiderült, hogy nagyobb valószínűséggel szenvedtek alkohol- és/vagy egyéb kábítószer-használati zavarokban. Bemutatták a kortárs szakirodalom átfogó áttekintését, amelyből kiderült, hogy a hajléktalan nők számos mentális egészségügyi problémával küzdenek, többek között depresszióval, szorongással, poszttraumás stressz zavarral, valamint alkohol- és egyéb kábítószer-használati zavarokkal. A szakirodalmi áttekintésben szereplő tanulmányok azt mutatják, hogy egyes nőknél a hajléktalansághoz vezető mentális egészségügyi problémák, míg másoknál a hajléktalanság miatt alakul ki mentális betegség.

Ezenkívül megállapították, hogy a családon belüli erőszak a hajléktalanság egyik vezető tényezője. Duke és Searby (2019) feltárta, hogy a hajléktalanok csoportja összetett közösség, különböző szükségletekkel. A kapott eredményekkel olyan információkkal szolgáltak, amelyek segíthetnek az értékelési folyamatok javításában és a nők mentális egészségügyi szükségleteinek kielégítésére szolgáló megfelelő szolgáltatások megtervezésében. Végül javaslatokat tettek a hajléktalan nők ellátására vonatkozó mentálhigiénés ápolási gyakorlatokra vonatkozóan.

2018

Parsell (2018) A hajléktalan ember a mai társadalomban című könyvében rámutat, hogy a hajléktalan emberek különböző jellemzőkkel rendelkeznek a társadalomban, és saját

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

jellemzőikkel kell őket értékelni. Hangsúlyozza, hogy a hajléktalanság a társadalom számos forrásból való kirekesztettséget okoz, és ez a hajléktalanok számára problémák spirálját okozza. Parsell (2018) egy tízéves tanulmányprogram eredményét mutatja be a hajléktalan emberek életének és identitásának empirikusan megalapozott magyarázatával. Bemutatja, hogy a krónikus hajléktalansági tapasztalatokkal rendelkező emberek életrajza viszonylag kiszámítható, amelyet már az élet korai szakaszától kezdve kirekesztés, szegénység és trauma jellemez.

A hajléktalanság egy olyan folyamat, amely számos krónikus betegséget hoz magával. Ebben a folyamatban a különböző szükségletektől megfosztott egyén jobban ki van téve a betegségek és a krónikus betegségek kialakulásának. Baggett, Liauw és Hwang (2018) megállapította, hogy a szív- és érrendszeri betegségek fontos halálozási okot jelentenek a hajléktalanok számára. Az olyan betegségek, mint a magas vérnyomás és a cukorbetegség, valamint a cigaretta nem megfelelő kontrollja mellett a hajléktalanság időszakában a nem hagyományos pszichoszociális kockázati tényezők, például a krónikus stressz, a depresszió, valamint az alkohol- és kokainfogyasztás súlyos terhei további kockázatot jelenthetnek a kedvezőtlen helyzetek szempontjából. Emellett a hajléktalanok számára az egészségügyi szolgáltatásokhoz való rossz hozzáférés és a szívvizsgálatok előtti logisztikai nehézségek késedelmet okozhatnak a bemutatásban és a diagnózis felállításában. A kísérő kardiovaszkuláris betegségek kezelési folyamata a gyógyszeres compliance, a kommunikáció és az időben történő nyomon követés akadályai miatt nehezebbé válhat. A kutatók megállapították, hogy a szív- és érrendszeri betegségek eredményeinek javításához multidiszciplináris együttműködésre van szükség.

Gardner és Emory (2018) a hallgatók hajléktalanokról alkotott nézeteinek megváltoztatásáról szóló tanulmányukban azt javasolták, hogy a hajléktalanok potenciális jelentkezők az ápolói szakon tanuló egyetemi hallgatók számára. A hajléktalanok, akik számos hátrányos helyzettel élnek, sok negatív hozzáállással és tiszteletlenséggel találkoznak, miközben egészségügyi szolgáltatásokban részesülnek. Gardner és Emory (2018) megállapította, hogy a hajléktalanokat, a sérülékeny népet ellátó ápolóhallgatók attitűdjei és meggyőződései megváltoznak. Egyetemi hallgatókat (7 nő, 1 férfi) vontak be egy esettanulmányba, amely az attitűdöket egy klinikai gyakorlati csoportnak kiosztott nyílt végű kvalitatív kérdőív segítségével mérte, pre-test/post-test kialakításban, egy közösségi alapú, egyetemeknek és hajléktalanoknak szolgáltatásokat nyújtó szervezettel létrehozott partnerség eredményeként. A kutatás eredményeként a hallgatók félelmeinek csökkenése és az empátia növekedése mutatkozott meg. Arnaud és munkatársai (2018) a Párizs környéki hajléktalan gyermekek vérszegénységét és a kapcsolódó tényezőket vizsgáló tanulmányukban arra utaltak, hogy a hajléktalanok számára nagy gondot jelent az élelmiszerhiány, és hogy ez a helyzet különböző betegségeket okoz.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Tanulmányukban megfigyelték, hogy különösen a gyermekek alultápláltak. Ennek megfelelően a gyermekek kétnegyedénél (39,9%) és az anyák több mint felénél (50,6%) vérszegénységet mutattak ki. Ezenkívül megállapították, hogy a gyermekek egészséges ételekhez való hozzáférése hiánya és a főzési lehetőségek hiánya okozta a vérszegénységet. Ennek megfelelően, ahogy az étkezési lehetőségek hiánya növekszik, úgy csökken a tiszta ételekhez való hozzáférés. Ebben az összefüggésben hangsúlyozták, hogy a hajléktalanok körében a vérszegénység kockázatának csökkentése érdekében ki kell terjeszteni a tiszta étkezési szolgáltatásokat. Hasonló vizsgálatot végeztek Martin-Fernandez és munkatársai (2018) egy másik mintán, ugyanazon a témán és univerzumon belül. A kutatás keretében, amely a hajléktalan családok életkörülményeinek, egészségügyi szükségleteinek és fejlődési problémáinak meghatározására irányuló felmérés révén valósult meg, olyan hajléktalan családokkal végeztek, akik sürgősségi központokban, sürgősségi menedékhelyeken, szociális rehabilitációs központokban és szociális szállodákban tartózkodnak. Az élelmiszerbiztonságra vonatkozó adatokat figyelembe véve megállapították, hogy a résztvevők mindössze 14%-a rendelkezik élelmiszerbiztonsággal. A résztvevők több mint kétötödének (43,3%) azonban alacsony volt az élelmiszerbiztonsága, és majdnem minden tizedik (9,8%) nagyon alacsony volt az élelmiszerbiztonsága. Ez az eredmény az Arnaud et al. (2018) által végzett, fent említett tanulmány eredményein alapul. Martin-Fernandez és munkatársai (2018) azt is hangsúlyozták, hogy egyes jellemzők, mint például a lakhatás instabilitása, az egyedülálló szülői szerep, a háromnál több gyermek, a depressziós tünetek és a szociális szállókon való lakhatás összefüggésbe hozható a nagyobb élelmiszerbiztonságtalansággal és/vagy a nagyon alacsony élelmiszerbiztonsággal.

MÓDSZEREK

Az utcán élők hazatérése rehabilitáció és közvetítés révén (HOPE) projekt" 8 partnerrel valósult meg Törökországban, Magyarországon, Olaszországban és Ausztriában. A projekt keretében szakirodalmi áttekintést és helyszíni vizsgálatokat végeztek a hajléktalanok számára hasznos szolgáltatások és alkalmazások kifejlesztése érdekében, valamint az érintett országokban hajléktalanokkal, hajléktalan családtagokkal és hajléktalan emberekkel foglalkozó szakembereket értek el. Ez a könyv a HOPE projekt keretében végzett terepmunka eredményeként készült, hogy hozzájáruljon a hajléktalansággal kapcsolatos szakirodalomhoz. Ezért a könyv módszere úgy épül fel, hogy a projekt kötelezettségvállalásait, alkalmazási területét és célközönségét lefedje.

Annak érdekében, hogy a terepmunkából származó leíró adatokkal bemutassuk a hajléktalanság problémáját és annak dimenzióit Törökországban, Ausztriában, Olaszországban és Magyarországon, valamint összehasonlítsuk az országok hajléktalansági politikáit, az alább részletezett célcsoportokat vontuk be a kutatásba.

5.1. Tanulmány csoport

A kutatás vizsgálati csoportja két különböző célcsoportot foglal magában. Az első a Törökországban, Olaszországban, Magyarországon és Ausztriában élő hajléktalanok. Összesen 100 személyt kérdeztek meg: 15 hajléktalan Ausztriában, 15 hajléktalan Olaszországban, 15 hajléktalan Magyarországon és 55 hajléktalan Törökországban. A felmérésben részt vevő személyek számának meghatározásában a projekt keretében elkötelezett személyek száma volt eredményes. A vizsgálati csoportba bevonandó hajléktalanok számának meghatározásakor figyelembe vették azt a tényt, hogy a célcsoport a közlekedés, a kommunikáció és a felmérés végrehajtása szempontjából kihívást jelentő csoport, és egy megvalósítható célszámot határoztak meg.

A vizsgálat másik célcsoportja a hajléktalan személyek családtagjai voltak. Összesen 300 hajléktalan családtagot értek el, 150-et Törökországban, 50-et Ausztriában, 50-et Olaszországban és 50-et Magyarországon.

A hajléktalanok és a hajléktalan családtagok meghatározásához célzott, nem valószínűségi mintavételi technikával történő mintavételt alkalmaztak, hogy kialakítsák a vizsgálati csoportot.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

5.2. Kutatási terv

A Törökországban, Olaszországban, Ausztriában és Magyarországon élő hajléktalanok problémáinak feltárása érdekében kvantitatív kutatási tervet alkalmaztak. Összesen 2 kérdőívet készítettek a hajléktalanok és a hajléktalanok családtagjai számára, és helyszíni felmérést végeztek. A kapott adatokat célcsoportonként külön-külön elemezték, és leíró statisztikákat mutattak be.

5.3. Adatgyűjtés eszközei

Az adatgyűjtési eszközök két különböző kérdőívből állnak, amelyeket a kutatók a hajléktalanok és családtagjaik számára készítettek. A kérdőívben szereplő kérdések elkészítésénél a hajléktalanok és a hajléktalanok családjaival kapcsolatos aktuális szakirodalmat használták fel. Ebben az összefüggésben a hajléktalanok számára készült kérdőív formanyomtatványa számos dimenziót értékelő kérdéseket tartalmazott, mint például a résztvevők demográfiai jellemzőit, a hajléktalanság okát és a hajléktalanság előtti állapotukat, az egészségi, szociális és függőségi állapotukat, a szociális segélyekkel és juttatásokkal kapcsolatos nézeteiket, valamint a szociális támogatással kapcsolatos attitűdjeiket.

A hajléktalanok családtagjai számára készített kérdőívben olyan kérdések szerepeltek, amelyek olyan témákat értékelték, mint a demográfiai jellemzők, a hajléktalansággal kapcsolatos ismeretek, a hajléktalan emberekkel kapcsolatos vélemények és attitűdök, a hajléktalan embereknek nyújtott szolgáltatásokról és segítségről való tudás szintje, valamint a hajléktalan családtagokkal kapcsolatos megközelítések.

Minden kérdőívet lefordítottak annak az országnak a helyi nyelvére, ahol a pályázatot végezték. A fordítási folyamat során szakértői véleményeket vettek fel, és a folyamatot aprólékosan végezték, hogy elkerüljék a jelentésvesztést és a differenciálást.

Miután az adatgyűjtő eszközök nyelvi és tartalmi véglegesítése megtörtént, minden országban 5 hajléktalant és 10 hajléktalan családtagot értek el, és a kérdőíves űrlapok funkcionalitását és érthetőségét kísérleti tesztnek vetették alá. Miután a visszajelzések pozitívak voltak, a kérdőívet alkalmazták a vizsgált csoportra.

5.4. Adat analízis

A hajléktalanok és a hajléktalanok családtagjai körében alkalmazott kérdőívekből nyert adatokat az SPSS 25 programban dolgozták fel. Mindkét csoportra külön SPSS-fájlokat hoztunk létre, és az érintett célcsoportokra vonatkozóan független elemzéseket végeztünk. Az adatelemzési fázist

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

leíró statisztikákkal, például gyakorisági eloszlással és összefüggésvizsgálatokkal, például chi-négyzet tesztekkel egészítettük ki. Ezekkel az elemzésekkel a hajléktalanokra és a hajléktalanok családtagjaira vonatkozóan kapott adatokat összeállították és információvá alakították, majd átvezették a megállapítások részbe. Ezen a területen elemezték, hogy a tanulmányok különösen nem voltak megfelelőek, és a hajléktalansággal kapcsolatos gyakorlatokat ki kell fejleszteni Törökországban.

6. EREDMÉNYEK

A kutatás két célcsoportra, a hajléktalanokra és családjaikra terjed ki. A két célcsoport adatait egymástól függetlenül értelmeztük, és az eredményeket az igényeknek megfelelően hasonlítottuk össze. A kutatás módszerének megfelelően az adatokat összegyűjtöttük, a kapott eredményeket összehasonlítottuk más, a témában készült tanulmányokkal, és rámutattunk a különbségekre. Az elért és meghatározott megállapításokat a hajléktalanok problémáiról, az utcára kerülésük okairól, az otthonukba való visszatéréssel kapcsolatos véleményükről és az utcán élés körülményeiről folytatott néhány megbeszélés és elemzés eredményeként információkká alakították át.

6.1. A hajléktalanokkal kapcsolatos megállapítások

Ebben a szakaszban a tanulmányban részt vevő hajléktalan emberekkel kapcsolatos demográfiai megállapítások szerepelnek. Ezen kívül számos megállapítás található a hajléktalan emberekkel kapcsolatban, mint például a hajléktalanná válásukat megelőzően átélt esemény, az első alkalommal hajléktalanná válásuk életkora, egészségi állapotuk, alkohol- és szerhasználatuk, munkaképességük, a segítség igénybevételének állapota, valamint a szűkebb környezetükből érkező támogatáshoz való hozzáállásuk. E folyamat során, különösen az országok összehasonlításával, a hajléktalanok különböző aspektusait tártuk fel.

6.1. 1. A hajléktalanokkal kapcsolatos demográfiai megállapítások

A kutatásban résztvevők valamivel több mint fele (55%) a Törökországban élő hajléktalanok közül került ki. A többiek Ausztriában (15%), Magyarországon (15%) és Olaszországban (15%) élnek. Ezeket a százalékos arányokat a kutatáshoz vezető projekt írásai szakaszában határozták meg, és a kötelezettségvállalásoknak megfelelően jöttek létre. Természetesen nem lenne helyes általánosító információkat adni az országokról az említett gyakoriságokhoz kapcsolódóan, és mélyen gyökerező véleményeket megfogalmazni az országokról. Ez a minta nem tükrözi az összes hajléktalan ember véleményét. Az eredményeket kifejezetten a kutatásra vonatkozóan kell értékelni.

A résztvevők nemek szerinti megoszlása kiegyensúlyozott volt: 48% volt nő és 52% férfi. Ezek az arányok jelentősek a nemek szerinti vélemények tiszteletben tartása szempontjából. A kutatás keretein belül abból a feltételezésből indult ki, hogy a résztvevők véleményében fontos szerepet játszik a nem.

Ha a résztvevő hajléktalanok családi állapotát vizsgáljuk, kiderül, hogy családi életük meglehetősen problémás. Látható, hogy a hajléktalanok egyharmada (34%), akiknek a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

véleményét figyelembe vettük, még soha nem volt házas, 28%-uk elvált, 22%-uk külön élt a házastársától, 11%-uknak pedig elhunyt a házastársa. Azok az egyének, akik valamilyen módon egyedül kénytelenek élni, nincs családjuk, vagy családi problémáik vannak, könnyebben ki vannak téve az utcán élésnek és a hajléktalanságnak. Hangsúlyozni kell, hogy a hajléktalanság megelőzése érdekében fontos a család integritásának védelme. Itt kell hangsúlyozni a házasság, a család fontosságát, és azt, hogy az ember együtt tudjon élni a házastársával. A résztvevők közül nagyon kevesen házasok és élnek együtt a házastársukkal. Itt a házasság és a hajléktalanság közötti kapcsolatra hívja fel a figyelmet, amelyet determinisztikus megközelítéssel kellene kezelni.

Tábla 2: A hajléktalanok demográfiai jellemzői

Variáns	%	Variáns	%
<i>Lakóhely szerinti ország</i>		<i>Nem</i>	
Ausztria	15	Nő	48
Olaszország	15	Férfi	52
Magyarország	15		
Törökország	55		
<i>Családi állapot</i>	<i>%</i>	<i>Gyermekek száma</i>	<i>%</i>
Házas	5	0	52
Özvegy	11	1	10
Különélő	22	2	17
Elvált	28	3	16
Sosem voltam házas	34	4	5
<i>Iskolai végzettség</i>	<i>%</i>	<i>Kor</i>	<i>%</i>
Analfabéta	6	18-25	21.2
Általános iskolai lemorzsolódás	5	26-35	30.3
Általános iskolai végzettségű	24	50	28.3
Általános iskola/középiskola elhagyása	14	51-64	19.2
Általános/középiskolai végzettség	19	65+	1
Középiskolai lemorzsolódás	7		
Érettségizett	16		
Egyetemi lemorzsolódás	4		
Egyetemi diploma	5		

A résztvevők korcsoportját vizsgálva látható, hogy körülbelül egyötödük (21,2%) 18-25 év közötti, egyharmaduk (30,3%) 26-35 év közötti, 28,3%-uk 36-50 év közötti, egyötödük pedig 51-64 év közötti. Egyetlen résztvevő van, aki a 65 éves vagy annál idősebb korosztályba sorolható. A megkérdezett hajléktalan válaszadók többsége a középkorosztályba tartozik. Mivel ez a csoport olyan személyekből áll, akik sok problémával szembesültek már az életben, elmondható, hogy a kapott adatoknak több jelentőségteljes eredménye lesz.

Ha a résztvevők profiljának iskolázottsági helyzetét vizsgáljuk, azt látjuk, hogy problémás oktatási folyamatot tapasztalnak. Azoknak az aránya, akik nem tudták befejezni a megkezdett oktatási folyamatot, 30% körüli, mivel 5% lemorzsolódik az általános iskolából, 14%

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

lemorzsolódik az általános/középiskolából, 7% lemorzsolódik a középiskolából és 4% lemorzsolódik az egyetemről. Látható, hogy a résztvevő intézmények közel egyharmada azelőtt hagyta ott az oktatást, mielőtt befejezte volna a megkezdett oktatási intézményt, és ők az oktatási folyamat problémás egyedei. A megkezdett oktatási intézményt befejezők 43%-a (általános iskola 24%, középiskola 19%) alapfokú végzettségű, és alacsony az iskolai végzettségük. Fontos megállapítás, hogy a kutatás keretében elért hajléktalanok jelentős részének alacsony az iskolai végzettsége. Az iskolai végzettséget tekintve pozitívnak tekinthető középiskolai és egyetemi végzettségűek egyötödének (21%) szintjén vannak. Tény, hogy az oktatásnak nagy szerepe van az emberek élettörténetének sikerességében és abban, hogy az életet a problémákkal való megbirkózás révén értelmessé tegyék.

Látható, hogy a vizsgálatban résztvevők több mint felének (52%) nincs gyermeke. Úgy gondolják, hogy a hajléktalanság problémájával küzdő emberek nem akarnak gyermeket belevinni ebbe a nehéz életbe. Minden tizedik résztvevő (10%) nyilatkozott úgy, hogy van gyermeke. Látható, hogy a két gyermeket (17%) és a három gyermeket (16%) vállaló résztvevők aránya közel azonos. A résztvevők kis hányada (5%) nyilatkozott úgy, hogy négy gyermeke van.

6.1. 2. Jellemzők a hajléktalanságról

6.1.2.1. Az első hajléktalanná válás kora

A résztvevők majdnem mindegyike (95%) 18 éves kora felett szembesült a hajléktalanság problémájával. Az életkor szerinti megoszlást figyelembe véve a résztvevők közel egyharmada (32%) állította, hogy a 36-50 éves korosztályban tapasztalta meg először a hajléktalanságot. Ezt követi a 18-25 éves korosztály 30%-a, a 26-35 éves korosztály 21%-a, és az 51-65 éves korosztály 12%-a. A tanulmány célközönsége a felnőtt hajléktalan emberek, és a kapott eredmények ezt megerősítik.

Tábla 3: Az első hajléktalanná válás kora

Hány évesen lettél először hajléktalan egy hétig vagy annál hosszabb ideig?	%
0-17	5.0
18-25	30.0
26-35	21.0
36-40	32.0
51-65	12.0

A 18 éves kor alatti hajléktalanság alacsony aránya azzal magyarázható, hogy a gyermekek gondozási és védelmi szükségleteinek kielégítése az intézményi gondozás és az országokban alkalmazott gyermekvédelmi rendszerek keretében megvalósuló alternatív modellek révén

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

történik. Másrészt elmondható, hogy a felnőttek hajléktalanná válásában hatékony a hajléktalanság elleni hatékony harci modell hiánya, és a probléma megoldása rendszerszintű.

6.1.2.2. Az együttélés állapota és a hajléktalanság időtartama

A résztvevők több mint 70%-a állította, hogy egyedül él. Úgy gondolják, hogy az egyedül élő hajléktalanok az élet nehézségei miatt soha nem házasodtak meg, vagy azért kell elhagyniuk otthonukat, mert problémáik vannak a házastársukkal. Azonos volt azoknak a résztvevőknek az aránya, akik azt állították, hogy gyermekeikkel és barátaikkal élnek együtt (12%). Miközben a résztvevőknek nehézséget okoz a hajléktalanság megélése a gyermekeikkel vagy barátaikkal, ugyanakkor az egyén számára lehetséges, hogy a gyermekeiktől és barátaiktól erőt merítve harcosabb megközelítést alkalmazzon.

Tábla 4: Az együttélés állapota és a hajléktalanság időtartama

Kivel élsz együtt?	%	Hajléktalansági folyamat (hónap)	%
A feleségemmel	1.0	1 év vagy kevesebb	58.0
Egyedül	75.0	1-2 év	16.0
A gyerekeimmel	12.0	Több, mint 2 év	26.0
A barátaimmal	12.0		

A vizsgálatban résztvevők több mint fele (58%) azt állította, hogy legfeljebb egy éve él hajléktalanságban. A hajléktalansággal való közelmúltbeli szembesülés ezzel a nagy többséggel azt bizonyítja, hogy a hajléktalanság problémája jelentősen megnőtt. Látható, hogy az egy-két éve hajléktalansági problémákkal küzdő egyének a résztvevők között tíz emberből majdnem kettőt (16%) tesznek ki. Látható, hogy a résztvevők több mint egynegyede (26%) két vagy több éve küzd hajléktalansággal. A hosszú ideje hajléktalansággal küzdő résztvevők száma jelentős. A hajléktalanság problémájával megbirkózni próbáló egyének jelzik, hogy ez a probléma nem megoldható, és hogy már hosszú ideje lakhatás nélkül élnek.

6.1.2.3. Kommunikáció a családtagokkal

A hajléktalanok családtagokkal való kapcsolata nagyon fontos. A hazatérés alapja a családi kapcsolatok és a kommunikáció folytatása. A résztvevők 76%-a nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt két hónapban kevesebb mint egy hete találkozott utoljára családtagjaival vagy rokonaival. Ez a magas arány azt jelzi, hogy a hajléktalan személyek nem tudják megszakítani a családjukkal való kapcsolataikat, és szükségük van rájuk, függetlenül attól, hogy milyen okból váltak hajléktalanná. A család és a családjától elszakadt személy közötti kötelék megerősítése felgyorsítja a hazatérést.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Tábla 5: A rokonokkal való kommunikáció gyakorisága

A családtaggal/rokonnal való kommunikáció gyakorisága az elmúlt 2 hónapban	%
Kevesebb mint 1 hét	76.0
1 hét és 1 hónap között	19.0
Több mint 1 hónap	5.0

Úgy gondolják, hogy a hajléktalansággal küzdő egyének kommunikációja a családjukkal egy kis hatalmat ad nekik. Azok, akik azt állították, hogy utoljára egy hét és egy hónap között kommunikáltak családtagjukkal vagy rokonukkal, tíz emberből körülbelül kettőt (19%) tesznek ki. Lehetséges, hogy ezek a résztvevők időről időre kommunikáltak hozzátartozóikkal. Hatékony lehet, hogy azoknak a résztvevőknek (5%), akik azt állították, hogy több mint egy hónapja nem látták családtagjukat vagy rokonukat, a családi kötelei nem szilárdak, vagy egyik félnek sincs lehetősége a kommunikációra.

6.1.2.4. Események a hajléktalanság előtt

A hajléktalanság problémája egy olyan körforgásra utal, amely nemcsak a saját lakás problémájának kialakulásához vezet, hanem számos negatív helyzetet is magával hoz. Ugyanis az, hogy nem tudunk szabályos ingatlanban lakni, számos probléma kiváltója. Mind a hajléktalanság kezdetének időszakában, mind a folyamat folytatásában a hajléktalan emberek egy bio-pszicho-szociálisan többtényezős spirálba kerülhetnek. Ebben az összefüggésben megvizsgáltuk a különbségeket és összefüggéseket a résztvevők által a hajléktalanság problémájával való szembesülést megelőző időszakban tapasztalt negatív helyzetek között.

A Chi-négyzet tesztet alkalmaztuk az első hajléktalanság és az átélt negatív helyzetek, valamint a lakóhely szerinti ország közötti kapcsolat vizsgálatára. Ennek megfelelően szignifikáns kapcsolatot figyeltek meg az első hajléktalanság következtében megélt negatív helyzetek és a lakóhely szerinti ország között ($p < 0,05$). Amikor az országokat önmagukon belül hasonlították össze, azt figyelték meg, hogy a negatív helyzetnek leginkább kitett hajléktalanok a Törökországban élő hajléktalanok voltak. Míg a török résztvevők közül minden harmadik (31,6%) azt állította, hogy jövedelmétől megfosztották, például munkahelyük elvesztése, szociális támogatás vagy rokkantnyugdíj miatt, addig azt találták, hogy tízből majdnem hét olyan hajléktalan (66,7%), akinek a családja felbomlott, és elköltözött azoktól az emberektől, akikkel szoros kapcsolatban állt. Figyelemre méltó, hogy a hajléktalanok, akiknek gondot okoz az olyan alapvető szükségleteik kielégítése, mint a fedél és az élelem, leginkább Törökországban vannak. A hajléktalan résztvevők többsége (78,9%) azt állította, hogy e tekintetben problémáik vannak. Ezen túlmenően, azok a résztvevők, akik azt állították, hogy a hajléktalanság folyamata során

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

különböző közintézményekben éltek, hasonlóan a török hajléktalanokat határozták meg, mint akik a legtöbbet profitáltak az intézményekből.

A lakbér- és egészségügyi kiadásokat tekintve figyelemre méltó, hogy a legtöbb problémát Ausztria és Olaszország (40%) okozza. Ezt követik a Törökországban élő hajléktalanok. Figyelemre méltó, hogy a magyar hajléktalanoknak a szóban forgó lakbér- és egészségügyi kiadásokkal nincsenek problémáik. Ebben a tekintetben a Magyarország által nyújtott szolgáltatások és segítségnyújtás az érintett területeken valószínűleg hatékonyak, és érdekes területet jelentenek az új kutatások számára.

A hajléktalanság egyik legfenyegetőbb és legveszélyesebb következménye kétségtelenül az, hogy az emberek elkezdnek szereket használni és függővé válnak. Egyrészt a hajléktalanságot problémaként megélő egyén különféle szerekhez folyamodhat, hogy elfelejtse problémáit, vagy hogy bekerüljön egy új társadalmi mezőbe. Ebből a szempontból megállapították, hogy Olaszországban élnek azok a hajléktalanok, akik a hajléktalansági folyamat során a legtöbb alkoholt vagy kábítószerrel használják. A résztvevők fele azt állította, hogy a hajléktalanná válási folyamat előtt akár egy évvel is használta a vonatkozó szereket.

Tábla 6: Hajléktalanság előtti események országonként

12 hónappal azelőtt, hogy először vált hajléktalanná, az alábbi események közül melyeket élte át?		Ausztria	Olaszország	Magyarország	Törökország	Totál
Jelentős jövedelemkiesést szenvedtem el a munkahely elvesztése, a szociális támogatás vagy a rokkantsági nyugdíj elvesztése miatt.	Esemény a hajléktalanság előtt	21.10%	21.10%	26.30%	31.60%	100.00%
	Lakóhely szerinti ország	26.70%	26.70%	33.30%	10.90%	19.00%
Jelentősen megnövekedtek a kiadásaim, például a bérleti díj, az egészségügyi kiadások stb..	Esemény a hajléktalanság előtt	40.00%	40.00%	0.00%	20.00%	100.00%
	Lakóhely szerinti ország	13.30%	13.30%	0.00%	1.80%	5.00%
Szakítottam vagy elváltam a házastársamtól, vagy véget vettem egy kapcsolatnak valakivel, akihez nagyon közel álltam.	Esemény a hajléktalanság előtt	11.10%	5.60%	16.70%	66.70%	100.00%
	Lakóhely szerinti ország	26.70%	13.30%	40.00%	43.60%	36.00%
Az a személy, akitől	Esemény a hajléktalanság előtt	10.50%	5.30%	5.30%	78.90%	100.00%

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

menedéket, ételt vagy pénzt kaptam, nem akart többé segíteni nekem.	Lakóhely szerinti ország	13.30%	6.70%	6.70%	27.30%	19.00%
	Esemény a hajléktalanság előtt	16.70%	50.00%	16.70%	16.70%	100.00%
Sokat ittam és drogoztam.	Lakóhely szerinti ország	6.70%	20.00%	6.70%	1.80%	6.00%
	Esemény a hajléktalanság előtt	25.00%	25.00%	25.00%	25.00%	100.00%
Súlyos fizikai vagy mentális egészségügyi problémáim voltak.	Lakóhely szerinti ország	13.30%	13.30%	13.30%	3.60%	8.00%
	Esemény a hajléktalanság előtt	0.00%	14.30%	0.00%	85.70%	100.00%
Kórházban, börtönben, rehabilitációs központban vagy nevelőotthonban voltam.	Lakóhely szerinti ország	0.00%	6.70%	0.00%	10.90%	7.00%
	Esemény a hajléktalanság előtt	15.00%	15.00%	15.00%	55.00%	100.00%
Totál	Lakóhely szerinti ország	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

P=0.026

Egy másik negatív helyzet a hajléktalansággal járó sokféle egészségügyi probléma. A hajléktalanság folyamata számos dologtól való megfosztással jár. Az egyén, akinek nehézséget okoz mind az alapvető, mind a speciális szükségletek kielégítése, az ezzel kapcsolatos hiányosságok miatt problémákkal szembesülhet. A résztvevők fizikai és mentális egészségügyi problémáit figyelembe véve látható volt, hogy az egyes országokban élő résztvevők egyformán (25%) találtak egészségügyi problémákkal ebben a folyamatban. Az a tény, hogy hasonló arányban tapasztalnak hasonló problémákat, úgy értelmezhető, hogy a hajléktalanság szinte mindenkit hasonlóan érint, ha az egészségről van szó.

A hajléktalanság és a bűnözés közötti kapcsolat vizsgálata érdekében a résztvevőket megkérdezték arról, hogy volt-e börtönbüntetésük. Az adott válaszok keretében látható, hogy a hajléktalansági problémákkal küzdő emberek nagy többsége (87%-a) nem vett részt olyan bűncselekményben, amelyért börtönbüntetés járna.

Tábla 7: Börtönbe lépési státusz

Voltál már börtönben 15 éves korod óta?	%
Nem	87.0
Igen, egyszer	9.0
Igen, többször is	4.0

Ezt a választ követően a résztvevők közül majdnem minden tizedik embernek (9%) felelt meg azoknak az aránya, akik azt állították, hogy egyszer, és azoknak az aránya, akik azt állították,

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hogy többször is ültek már börtönben (4%). Ezen eredmények fényében látható, hogy a hajléktalansági problémákkal küzdő emberek nem rendelkeznek büntetett előélettel, illetve nem vettek részt olyan súlyos bűncselekményekben, amelyek miatt börtönbe kerülnének.

6.1. 3. Alapvető szükségletek a hajléktalanság folyamatában

6.1.3.1. A hajléktalanok lakhatási helyzete és lakhatási biztonsága

A hajléktalanság legnyilvánvalóbb jele az, hogy a lakók nem rendelkeznek semmilyen ingatlannal. A tulajdonlás itt nem azt jelenti, hogy egy vagyontárgy árának megfeleljen, és abból megéljen, hanem azt, hogy az egyén megfosztja magát egy olyan területtől, ahol folytatja az életét. Mivel a hajléktalan egyének nem tartózkodnak sehol rendszeresen, nem lenne helytelen azt mondani, hogy a legalapvetőbb szükségletük a "menedék". Ennek megfelelően a kutatás keretében a résztvevőknek a lakhatás megtalálására vonatkozó kérdés eredményeként a hajléktalanok lakhatási problémái között jelentős összefüggést figyeltek meg aszerint, hogy milyen országokban élnek.

Tábla 8: Lakhatási probléma országonként

		Problémát jelent számodra a hajléktalanság?				
		Soha	Ritkán	Néha	Általában	Totál
Ausztria	Lakóhely szerinti ország	0.0%	6.7%	66.7%	26.7%	100.0%
	%	0.0%	1.0%	10.0%	4.0%	15.0%
Olaszország	Lakóhely szerinti ország	20.0%	33.3%	33.3%	13.3%	100.0%
	%	3.0%	5.0%	5.0%	2.0%	15.0%
Magyarország	Lakóhely szerinti ország	13.3%	46.7%	33.3%	6.7%	100.0%
	%	2.0%	7.0%	5.0%	1.0%	15.0%
Törökország	Lakóhely szerinti ország	10.9%	12.7%	23.6%	52.7%	100.0%
	%	6.0%	7.0%	13.0%	29.0%	55.0%
Totál	Lakóhely szerinti ország	11.0%	20.0%	33.0%	36.0%	100.0%
	%	11.0%	20.0%	33.0%	36.0%	100.0%

P=0.001

Ennek megfelelően látható, hogy azok a résztvevők, akik azt állították, hogy a hajléktalanság okozta a lakhatási problémát az összes résztvevő közül, majdnem minden tizediknek (66%) feleltek meg. Ugyanakkor azok, akik úgy gondolják, hogy ritkán vannak problémáik, az összes résztvevő egyötödét (20%) teszik ki. A fennmaradó résztvevők azt állították, hogy a hajléktalanság során soha nem tapasztaltak lakhatási problémát. A Chi-négyzet tesztet használták annak megállapítására, hogy van-e statisztikailag szignifikáns kapcsolat az országok és a hajléktalanság problémaként való érzékelése között. A Chi-négyzet teszt eredményeként

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

szignifikáns kapcsolatot találtak a lakóhely szerinti ország és a hajléktalanság problémaként való érzékelése között ($p < 0,05$). A szignifikáns kapcsolat a török hajléktalanok javára mutatkozott. Az országonkénti összehasonlításokat figyelembe véve megfigyelhető volt, hogy a török résztvevők a legintenzívebben gondolták problémának a hajléktalanságot. A vizsgálatban részt vevő, Törökországban élő hajléktalanok több mint fele (52,7%) úgy gondolja, hogy hajléktalannak lenni általában vagy néha probléma. Ezzel szemben Olaszországban ennél magasabb (53,3%) azok aránya, akik nem vagy ritkán gondolják, hogy a hajléktalanság probléma. A hajléktalanságot nem vagy ritkán problémának tekintők Magyarországon voltak a legtöbben megfigyelhetők. A magyar résztvevők háromötöde (60%) úgy gondolja, hogy a hajléktalanság nem jelent számára problémát, vagy csak ritkán jelenthet problémát.

A hajléktalanság problémája bio-pszicho-szociális probléma. Nagyon fontos, hogy a hajléktalanokat menhelyeken helyezzük el, és hogy azok az egyének, akik valamilyen módon elhagyják otthonukat, visszatérjenek saját otthonukba. Ugyanis az egyén egészséges életvitele egyenesen arányos a rendszeres, ellenőrzött, állandó és saját lakókörnyezetével. Azoknak az egyéneknek, akik valamilyen módon elköltöznek otthonukból, először is gyorsan és ellenőrzött módon ideiglenes menedékhelyekre kell jutniuk, és olyan környezetbe kell kerülniük, ahol biztonságban érzik magukat. A rendszertelen és ellenőrizetlen menedékhelyek megteremtik az alapot arra, hogy az egyén nagyobb kockázatokat hordozva újabb problémákkal nézzen szembe. A hajléktalanná vált egyént először ideiglenes, tamponnak nevezhető menedékhelyeken kell elhelyezni, majd állandó menedékhelyekre kell vinni, sőt, ha lehetséges, vissza kell térni az otthonába. E környezetek kockázatai új és más kockázatokat teremtenek.

Tábla 9: A személyes biztonság érzékelése a menedékhelyen

Biztonságban érzi magát a menhelyen?	%
Nem érzem magam biztonságban.	32.0
Nekem nincsenek biztonsági problémáim.	43.0
Néha biztonsági problémáim vannak.	18.0
Nem tudom.	7.0
Totál	100.0

A vizsgálatban részt vevő hajléktalanok közül tízből hárman (32%) nyilatkoztak úgy, hogy még nappal sem érzik magukat biztonságban azon a helyen, ahol élnek. Tény, hogy ezek az egyének, akik nappal aggódnak, éjszaka nagyobb nyugtalanságot tapasztalnak. Azok a hajléktalanok, akik nem érzik magukat biztonságban, valószínűleg azért érzik magukat ébernek, mert az utcai környezetben élni veszélyes és ijesztő. Azok a résztvevők, akik szerint a szállásuk biztonságos, az összes résztvevő kétötödét (43%) teszik ki. Az a tény, hogy a résztvevők túlnyomó többsége azt állította, hogy biztonságban érzi magát, azt jelzi, hogy azok a helyek, ahol ezek az emberek

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

menedéket találtak, távol vannak a veszélytől, és bizonyos mértékig megvédik őket. A résztvevők közel egyötöde (18%) azt állította, hogy a lakóhelyük néha nem biztonságos. Az a tény, hogy a hajléktalanoknak a környezeti tényezők miatt gyakran kell helyet változtatniuk, néha nyugtalanná teheti őket ebben a folyamatban.

6.1.3.1. Az intézmények felelőssége a hajléktalanok tartós lakhatásban való elhelyezésében

Az utcán élő emberek elhelyezése a házban támogatást és útmutatást igényel. A hajléktalan emberek ugyanis olyan egyének, akiknek gyengesége, hogy saját problémáikat egyénileg oldják meg és tartsanak ki az életben. Mindig szükség van felelős állami és magánintézményekre vagy szervezetekre, amelyek támogatják ezeket az egyéneket. Ehhez a hajléktalanok állandó helyen történő elhelyezése és hazatérése szakmai felelősséget és érzékenységet igényel. Szükség van arra is, hogy szolgáltatásaikat diverzifikálják, és helyben erősítsék és terjesszék.

Tíz emberből körülbelül kettő (18%) nyilatkozott úgy, hogy két hónapon belül tanácsot kapott az intézmény munkatársaitól a hajléktalanság problémájával kapcsolatban. Az intézmény munkatársaitól tanácsot kapni az állandó lakhelyre vonatkozóan nagyban hozzájárul a hajléktalanság problémájához. Azon résztvevők aránya, akik azt állították, hogy az intézmény dolgozóitól kaptak tanácsot a hajléktalansággal kapcsolatos helyzetükre átmeneti helyre vonatkozóan, és azoké, akik azt állították, hogy nem kaptak tanácsot, megegyezik (41%).

Tábla 10: A hajléktalansággal kapcsolatos, intézményektől kapott lakhatási tanácsadás helyzete

Az elmúlt 60 napban a hajléktalanszállást, hajléktalanközpontot vagy hasonló szolgáltatást nyújtó intézmények munkatársai tanácsolták Önnek, hogy találjon állandó helyet?	%
Igen, tanácsot adtak az állandó helyre.	18.0
Igen, de egy ideiglenes megoldást javasoltak.	41.0
Nem	41.0

Az a tény, hogy a résztvevők tanácsot kapnak az intézmény dolgozóitól az ideiglenes elhelyezéshez, lehetővé teszi a hajléktalanság helyzetének bizonyos fokú enyhítését. Ezen túlmenően az intézmény által a hajléktalanok számára biztosított ideiglenes menedékhely nem jelent állandó megoldást. Boldoggá teszi és megerősíti a hajléktalanság állapotában lévő embereket, hogy tanácsot kapnak a menedékhelyre vonatkozóan.

6.1.3.3. Táplálkozási kérdések

A résztvevők majdnem kétötöde (38%) állította, hogy az élelmiszer beszerzése néha problémát jelent. Azok a résztvevők, akik azt állították, hogy hajléktalanság esetén soha nem jelent problémát az élelemszerzés (23%), többen voltak, mint azok, akik azt állították, hogy az

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

élelemszerzés ritkán jelent problémát (15%). Látható, hogy a vizsgálatban részt vevő hajléktalan személyek számára nem lehetetlen az élelemszerzés, de többségüknek nehézséget okoz. Úgy gondoljuk, hogy azok a hajléktalanok, akik úgy gondolják, hogy az élelemszerzés nem jelent problémát, hozzászórtak ahhoz, hogy az utcán küzdenek az életért, és különböző megoldásokat találnak.

Tábla 11: Élelmiszerhez való hozzáférés

Gondolja át, mit evett az elmúlt 30 napban. Gondot okoz Önnek, hogy elegendő ételt találjon?	%
Soha	23.0
Ritkán	15.0
Néha	38.0
Általában	24.0

A résztvevők csaknem négytizede (36%) nyilatkozott úgy, hogy a hajléktalanság elleni küzdelemben általában nehézséget jelentett számukra a menedéket találni. Ezt az arányt követik azok a résztvevők, akik azt állították, hogy néha gondot okozhat menedéket találni (33%). Azok, akik azt állították, hogy ritkán volt nehézséget jelent számukra a hajléktalanok menedékhelyének megtalálása, a résztvevők közül tíz emberből kettőt (20%) tesznek ki.

6.1.4. Alkohol- és szerhasználat a hajléktalanság folyamatában

A hajléktalanság folyamata számos társadalmi probléma és társadalmi fenyegetés kiindulópontjának tekinthető. Amikor ugyanis az egyén hajléktalanná válik, a problémák spiráljába kerül. A szükséges támogató mechanizmusok hiányában nagy valószínűséggel a függőséget okozó szerekhez fordul. Ezért a kutatás keretében különböző kérdéseket tettek fel a hajléktalan személyeknek a függőségi állapotukról, előzményeikről és hajlamaikról. A kapott eredményeket a megfelelő címszavak alatt elemezték és értelmezték.

6.1.4.1. Alkoholfüggőség, fogyasztás és leszokási tendenciák

Az alkohol az egyik ok, ami a hajléktalanokat ebbe a környezetbe taszítja, vagy az egyik dolog, amivel a legnagyobb kockázatot jelent számukra, miután ebbe a környezetbe kerültek. Bőséges tudományos adat áll rendelkezésre arról, hogy az alkohol számos rossz szokás kapuja is. Ezek a hátrányos helyzetű, az utca kockázataival küzdő személyek kevésbé hajlamosak küzdeni az alkoholfüggőség ellen, vagy ha megpróbálják is, akkor is alacsony lesz a sikerarányuk. Az alábbi adatokat az érintettek megkérdezésével szereztük be, hogy választ kapjunk ezekre a kérdésekre.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Tábla 12: Az első alkoholfogyasztás életkora az első alkalommal hajléktalanná válás életkora szerint

Kor		Első hajléktalanná válás kora			Total
		9-13	14-17	18-25	
0-17	A hajléktalanság első korszaka	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
	%	1.8%	5.4%	0.0%	7.1%
18-25	A hajléktalanság első korszaka	11.1%	70.4%	18.5%	100.0%
	%	5.4%	33.9%	8.9%	48.2%
26-35	A hajléktalanság első korszaka	0.0%	80.0%	20.0%	100.0%
	%	0.0%	7.1%	1.8%	8.9%
36-50	A hajléktalanság első korszaka	33.3%	26.7%	40.0%	100.0%
	%	8.9%	7.1%	10.7%	26.8%
51-65	A hajléktalanság első korszaka	0.0%	20.0%	80.0%	100.0%
	%	0.0%	1.8%	7.1%	8.9%
Total	A hajléktalanság első korszaka	16.1%	55.4%	28.6%	100.0%
	%	16.1%	55.4%	28.6%	100.0%

P: 0.023

A Chi-négyzet tesztet alkalmazták az első hajléktalanság életkora és az első alkoholfogyasztás életkora közötti szignifikáns kapcsolat vizsgálatára. Úgy gondolják, hogy az első hajléktalanság összefügg az alkoholfogyasztással. Nagyon valószínű, hogy összefüggés van a rossz szokások elkezdése és ennek következményei között, ha valaki távol van a saját otthonától. Ugyanis amikor az egyén rossz szokásokat sajátít el, megtapasztalja, hogy elszakad a saját szociális területeitől, és alkalmazkodik a rossz szokásainak köszönhetően megszerzett új szociális területekhez. Ez a helyzet biztosíthatja, hogy az alkoholfogyasztás és az otthonról való kilépés/hajléktalan élet közötti kapcsolat értékes adat. Az elemzés eredményei szerint szignifikáns kapcsolat van az első hajléktalanság életkora és az első alkoholfogyasztás életkora között ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a 0-17 év között először hajléktalanná vált személyek mindegyike 18 éves kora előtt kezdett el inni.

A kapott adatok azt mutatják, hogy a korai életkorban hajléktalanná válás nagyon fiatalon tapasztalja az alkoholfogyasztást. Ezzel szemben megfigyelhető volt, hogy a felnőtt vagy középkorú hajléktalanságban élők később kezdtek először alkoholt fogyasztani. Ez a helyzet azt mutatja, hogy a gyermekkor nagyon fontos időszak mind a hajléktalanság, mind az alkoholfogyasztás szempontjából.

A gyermekek olyan társadalmi csoportok, amelyek egy ország jövőjeként írhatók le. Ezért minden számukra nyújtott szolgáltatás valójában az érintett ország jövőjébe való befektetés. A

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

gyermek védelme, oktatása és fejlesztése minden dimenzióban nagyon fontos. Ha hajléktalanságról, utcán életről és az utcához tartozásról van szó, a gyerekek azok a tömegek, akiket manipulálnak és vonzanak/elrabolnak a környezetükből. Ráadásul, mivel ez az időszak a serdülőkoruk kezdete, könnyebb irányítani és irányítani az elméjüket. Ezért rendkívül fontos, hogy a gyermeket elsősorban a családja nevelje és erősítse. A család nélküli/elhagyott gyermekek esetében elengedhetetlen a megelőző-védő szociális szolgáltató intézmények mennyiségének és minőségének növelése.

Az alkoholfogyasztás országokénti különbségeire vonatkozó Chi-négyzet teszt szerint szignifikáns összefüggést találtak a hajléktalanok lakóhelye szerinti országok és az alkoholfogyasztás gyakorisága között (13. táblázat) ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a hajléktalanok körében a legalacsonyabb alkoholfogyasztási gyakorisággal rendelkező ország a törökországi. Ötből majdnem két török résztvevő (37%) soha életében nem fogyasztott alkoholt. Ez a helyzet vélhetően a török kultúrával és hiedelmekkel függ össze. Egy másik ok a gazdasági helyzet elégtelenségeként értelmezhető. Mivel a hajléktalanság gazdasági nélkülözéssel jár, az alkoholhoz és annak származékaihoz való hozzáférés nehézkessé válik. Más országokban meglehetősen alacsony azok aránya, akik egyáltalán alkoholt fogyasztanak vagy isznak. Ausztria a legtöbb alkoholt fogyasztó ország.

A résztvevők szinte mindegyike azt állította, hogy gyakran és alkalmanként fogyaszt alkoholt. Ezt követi Magyarország és Olaszország. Ha az alkoholt fogyasztó és abbahagyó hajléktalanokat nézzük, Olaszország hívja fel magára a figyelmet, mint olyan ország, amely már korábban is élt ezzel a szokással, majd felhagyott vele. Az Olaszországban élő, részt vevő hajléktalanok több mint negyede (26,7%) hagyta abba ezt a szokást.

Tábla 13: Az országok összehasonlítása az átlagos alkoholfogyasztás gyakoriságában

		Milyen gyakran fogyasztottál alkoholt a múltban vagy mostanában?					
		Sosem ittam	Ittam és abbahagytam.	Ritkán	Alkalmanként	Gyakran	Totál
Ausztria	Lakhely szerinti ország	0.0%	0.0%	0.0%	60.0%	40.0%	100.0%
	%	0.0%	0.0%	0.0%	9.0%	6.0%	15.0%
Olaszország	Lakhely szerinti ország	6.7%	26.7%	26.7%	40.0%	0.0%	100.0%
	%	1.0%	4.0%	4.0%	6.0%	0.0%	15.0%
Magyarország	Lakhely szerinti ország	6.7%	13.3%	20.0%	33.3%	26.7%	100.0%
	%	1.0%	2.0%	3.0%	5.0%	4.0%	15.0%
Törökország	Lakhely szerinti ország	67.3%	14.5%	1.8%	16.4%	0.0%	100.0%
	%	37.0%	8.0%	1.0%	9.0%	0.0%	55.0%
Totál	Lakhely szerinti ország	39.0%	14.0%	8.0%	29.0%	10.0%	100.0%
	%	39.0%	14.0%	8.0%	29.0%	10.0%	100.0%

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

P: 0.000

Az alkoholfogyasztás a hajléktalanság folyamatának fontos negatív változója, de a szokásról való leszokás/leszokás fontosnak tekinthető az egyének megerősödése és a társadalmi életben való részvételük szempontjából is a hajléktalanság folyamata során, mint pozitív paraméter. Ezért nagyon fontos a hajléktalan egyének alkoholfogyasztási szokásokkal kapcsolatos attitűdjei. A leszokáshoz való hozzáállás értékes abból a szempontból, hogy a hajléktalanok tisztában vannak ezzel a kérdéssel, és támogatási szolgáltatásokhoz fordulnak. Ebben az összefüggésben a vizsgálatban részt vevő hajléktalanokat az alkoholról való leszokással kapcsolatos attitűdjeikről kérdezték.

Az eredmények szerint a hajléktalanok több mint fele (58%) azt állította, hogy nem kell erőfeszítéseket tennie az elfogyasztott alkohol mennyiségének csökkentése érdekében. Ez a helyzet vélhetően abból a hiedelemből fakad, hogy az alkoholfogyasztási zavar nem okoz problémát az embereknél. Másrészt, míg a résztvevők majdnem ketten (17%) azt állították, hogy megpróbálták csökkenteni az alkoholfogyasztásukat, de nem tudták abbahagyni, addig a résztvevők negyede (25%) azt mondta, hogy megpróbálta és csökkenti az alkoholfogyasztását. A küzdő személyiség szerkezetük mellett elmondható, hogy ezek a személyek tisztában vannak az alkoholfogyasztási zavarokkal és az alkohol okozta ártalmakkal.

Tábla 14: A hajléktalanok hozzáállása az alkoholról való leszokáshoz/csökkentéshez

Hozzáállás	%
Igen, próbáltam, de nem ment.	17.0
Igen, próbáltam, sikerült.	25.0
Nem, nem gondolkodtam rajta.	58.0

Emellett a leszokáshoz való hozzáállás és a leszokók magas száma a hajléktalanság és a káros szokások közötti fordított kapcsolatot mutatja. Valójában azok, akik le akarnak szokni az ivási szokásaikról, de csökkentik azokat, értékes példaképek lehetnek a hajléktalanságban élő egyének számára. A később alkalmazott támogatási mechanizmusok megelőzhetik a szociális problémák többszörös megtapasztalását. Ugyanakkor, miközben nagyon fontosnak tartjuk a folyamat nyomon követését és a szolgáltatások folyamatosságát azok számára, akik nem próbálnak leszokni, a különböző típusú szolgáltatások és beavatkozások megvitatása és végrehajtása azok számára, akik nem gondolkodnak a leszokáson, nagyon hasznos lesz az alkoholfogyasztás szempontjából a hajléktalanság folyamata során.

6.1.4.2. A kábítószer-használat és a kábítószer elleni küzdelem tendenciái

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

"Használt-e két vagy több alkalommal, vagy hosszabb időn keresztül kannabiszt, stimulánsokat, nyugtatókat, heroint, ópiumot, angyalport, stimulánsokat, inhalálószerket stb. vagy más anyagokat?". A hajléktalanok szerhasználatának gyakoriságát mérő fenti kérdéssel kapcsolatban a következő megállapításokat kaptuk:

Tábla 15: Kábítószerrel való visszaélés országoként

Használt-e két vagy több alkalommal kannabiszt, stimulánsokat, nyugtatókat, heroint, ópiumot, angyalport, stimulánsokat, inhalálószerket stb. vagy más anyagokat?

		Igen, gyakran	Igen, ritkán	Alkalmanként	Nem	Totál
Ausztria	Lakhely szerinti ország	0.0%	40.0%	60.0%	0.0%	100.0%
	Kábítószer-használat	0.0%	37.5%	56.3%	0.0%	15.0%
Olaszország	Lakhely szerinti ország	13.3%	13.3%	20.0%	53.3%	100.0%
	Kábítószer-használat	28.6%	12.50%	18.8%	13.1%	15.0%
Magyarország	Lakhely szerinti ország	26.7%	46.70%	20.0%	6.7%	100.0%
	Kábítószer-használat	57.1%	43.80%	18.8%	1.6%	15.0%
Törökország	Lakhely szerinti ország	1.8%	1.80%	1.8%	94.5%	100.0%
	Kábítószer-használat	14.3%	6.30%	6.3%	85.2%	55.0%
Totál	Lakhely szerinti ország	7.0%	16.0%	16.0%	61.0%	100.0%
	Kábítószer-használat	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P: 0.000

A kapott adatokat vizsgálva, azok, akik azt állítják, hogy soha nem használtak még ilyen szert, a többi résztvevő mintegy kétharmadát (61%) teszik ki, és ők vannak többségben. Azt láttuk, hogy majdnem minden tizedik (7%) résztvevő azt mondta, hogy nagyon gyakran használná a tárgyat. Úgy gondolják, hogy a szereket használó hajléktalanok gyakran azért használják a szereket, hogy lelki vagy fizikai problémáik elől meneküljenek, és az utcai környezet eltérő környezete miatt hozzászokjanak a szerhez. Azoknak az aránya, akik azt állították, hogy nagyon ritkán használják az adott anyagot, 16%. Úgy gondolják azonban, hogy a lakóhely szerinti ország és a szerhasználat között összefüggés van. Mivel az egyén lakóhelye szerinti ország jellemzői képet adhatnak a szerhasználat okairól és a megoldásokról, ami iránymutatást adhat a problémák megoldására végrehajtandó beavatkozási programokhoz. Ezért a Chi-négyzet tesztet alkalmaztuk annak megállapítására, hogy a lakóhely szerinti ország és a kábítószer-használat között szignifikáns kapcsolat áll-e fenn, és a változók között statisztikailag szignifikáns kapcsolatot tapasztaltunk ($p < 0,05$). Megfigyelhető volt, hogy a legkevesebb kábítószerrel használó résztvevők Törökországban, a legtöbb kábítószerrel használó résztvevők pedig Magyarországon éltek.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Az egyén helyzete és öndefiníciója legalább olyan fontos a függőségi folyamatban, mint a szerhasználat. Mivel az egyén csak örömszerzés céljából, a problémáitól való elvonatkoztatásra vagy a társadalmi tőkéjének fejlesztésére használhat egy anyagot, ezért fontos, hogy az emberek függőként definiálják magukat. A vizsgálatban részt vevő hajléktalanok többsége nem tekinti magát függőnek.

Tábla 16: A függőként való öndefiníálás állapota

Öndefiníálás függőként	%
Igen	17.0
Nem	83.0

Ez a helyzet azt mutatja, hogy a hajléktalanok körében nem gyakori a szerhasználat. Látható, hogy a résztvevők közül minden tíz emberből majdnem kettő (17%) olyan személy, aki azt állította, hogy valamilyen anyagtól függő. Úgy gondoljuk, hogy azok a személyek, akik úgy gondolják, hogy problémáikkal a szerek használatával tudnak megbirkózni, ezt a véleményt fejezik ki. Tízből nyolc (82%) hajléktalan személy azonban azt állította, hogy nem használ anyagot, és nem kell erőfeszítéseket tennie annak csökkentésére. Ez a helyzet arra utal, hogy a hajléktalanok többsége nem használ kábítószer.

Tábla 17: A szerhasználat csökkentésére tett kísérlet

Szerhasználat csökkentésére tett kísérlet	%
Igen	18.0
Nem	82.0

A résztvevők körülbelül egyötöde (18%) nyilatkozott úgy, hogy megpróbálta csökkenteni a szerhasználatot, de engedett a vágyainak. A lehetőségek között szerepelhet, hogy ez a jelentős arányt képviselő szegmens nem próbált meg az illetékes intézményekhez fordulni az anyaghasználat csökkentése érdekében.

6.1. 5. Családi, baráti és intézményi támogatás a hajléktalanság folyamatában

6.1.5.1. Családi támogatás a hajléktalanság folyamatában

A család olyan társadalmi intézmény, amely számos funkciót tölt be, és a társadalom alapját képezi. A családban az egyének számos bio-pszicho-szociális funkciója és szükséglete teljesül. A korai időszakok óta a család mechanizmusa számos küldetést kapott az egyének és csoportok számos problémájának kiküszöbölése érdekében, anélkül, hogy formális erőforrásokra lenne szükség. Emiatt úgy gondolják, hogy a családnak problémamegoldó és felhatalmazó aspektusa van a hajléktalanprobléma folyamatában.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A résztvevőknek kérdéseket tettek fel arról, hogy milyen célokra van szükségük a családtól a hajléktalanság folyamata során, és meghatározták a hajléktalan családokról alkotott képüket. Az előző bekezdésben feltételezettekkel ellentétben a résztvevők közül majdnem minden tízből hét (68%) nem gondolta úgy, hogy a család támogatást nyújtana a hajléktalanná válás folyamata során (18. táblázat). Bár ez az eredmény meglehetősen meglepő, új kérdéseket is felvet, amelyeket a családdal kapcsolatban figyelembe kell venni. Ugyanis ma már szinte mindenki számára elfogadott tény, hogy a család változó és átalakuló struktúrában van. Ennek ellenére az a gondolat, hogy a hajléktalanok családjainak semmilyen támogatásra nem lenne szüksége, úgy értelmezhető, hogy a család fokozatosan elveszíti funkcióit és szerepeit. A legmagasabb arányban azonban a családok problémamegoldó szerepét jelölték meg. A résztvevők 16%-a számolt be arról, hogy találkozott a családjával önmagáról és problémáiról.

Tábla 18: A családtámogatás céljai a hajléktalansági folyamatban

A családtámogatás céljai a hajléktalansági folyamatban	%
Jól szórakozni	4
Ellátnak étellel és szállással	4
Beszélgetés a problémáimról	16
Megmutatni, hogy szeret és törődik velem	4
Elkísérnek orvoshoz az érzelmi támogatás miatt	4
Nem kap semmilyen támogatást	68
Totál	100

A fennmaradó lehetőségek mindegyikét egyenlő arányban határozták meg (4%). Ezek a lehetőségek közé tartozik a szocializáció, a menedék és az alapvető szükségletek biztosítása, a szeretet/tisztelet kapása, valamint a család kísérő szerepe az egészségügyi intézmények szolgáltatásainak igénybevétele során. Bár a különböző szerepek és funkciók lehetőségeit a résztvevők elfogadják, az a meggyőződés, hogy a családtámogatás nem segít, új ötletek és megközelítések megvitatását teszi szükségessé mind a családi, mind a társadalmi problémákra vonatkozóan.

A hajléktalanság folyamatában a család támogatásának megléte is nagyon fontos, hogy ezt a támogatást igényeljék. Hiszen a hajléktalan egyén azzal, hogy el kell hagynia saját családját és otthonát, megfosztja magát a komfortzónájától. Ennek következtében hajléktalanságában nehezzé válik a családjával való találkozás és a tőlük való támogatás kérése. Emiatt, miközben a résztvevők támogatást kérnek a családjuktól, féltékenységük egy fontos pontra mutat rá az aktuális problémával kapcsolatban. A Chi-négyzet teszt eredményei szerint (19. táblázat) statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a lakóhely országa és a család között, miközben támogatást kérnek a hajléktalanság során ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a hajléktalan résztvevők közül a török hajléktalan résztvevők a legbizonytalanabbak, amikor a családi támogatásról van szó. A

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

török hajléktalanok több mint háromötöde (61,9%) azt állította, hogy többnyire vagy mindig habozik a családjától, ha támogatásra van szüksége.

Ausztriában a legkevésbé problémás a támogatás kérése. A résztvevők azt állították, hogy soha vagy csak ritkán haboznának (100%). Az Olaszországban és Magyarországon élő, a vizsgálatban részt vevő hajléktalanok tétovázási aránya hasonló.

Tábla 19: Tétovázás a család támogatásának kérésében a hajléktalansági folyamatban

Lakhely országa		Ha arra gondol, hogy a családtagjai milyen különböző támogatásokat nyújtanak Önnek, habozik-e, amikor ezt a támogatást kéri?					Totál
		Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Mindig	
Ausztria	Lakhely országa	40.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Tétovázás a támogatás kéréséről	31.6%	31.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.0%
	Totál százalék	6.0%	9.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.0%
Olaszország	Lakhely országa	26.7%	33.3%	20.0%	13.3%	6.7%	100.0%
	Tétovázás a támogatás kéréséről	21.1%	17.2%	21.4%	18.2%	3.7%	15.0%
	Totál százalék	4.0%	5.0%	3.0%	2.0%	1.0%	15.0%
Magyarország	Lakhely országa	33.3%	46.7%	13.3%	0.0%	6.7%	100.0%
	Tétovázás a támogatás kéréséről	26.3%	24.1%	14.3%	0.0%	3.7%	15.0%
	Totál százalék	5.0%	7.0%	2.0%	0.0%	1.0%	15.0%
Törökország	Lakhely országa	7.3%	14.5%	16.4%	16.4%	45.5%	100.0%
	Tétovázás a támogatás kéréséről	21.1%	27.6%	64.3%	81.8%	92.6%	55.0%
	Totál százalék	4.0%	8.0%	9.0%	9.0%	25.0%	55.0%
Totál	Lakhely országa	19.0%	29.0%	14.0%	11.0%	27.0%	100.0%
	Tétovázás a támogatás kéréséről	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Totál százalék	19.0%	29.0%	14.0%	11.0%	27.0%	100.0%

P: 0.000

6.1.5.2. Baráti támogatás a hajléktalansági folyamatban

A társadalmi problémák hátterében nem egyetlen ok áll. Sokféle változó lehet a problémák oka és eredménye is. Az egyének társadalmi környezete azonban hatékony forrása a problémáik megoldásának. A baráti kötelek és a csoportok olyan szociális területek, amelyekben az egyének megteremtik és fejlesztik szociális környezetüket. Amikor olyan társadalmi probléma merül fel, mint a hajléktalanság, a baráti támogatást fontosnak tartják az egyének ilyen helyzetének megszüntetése érdekében.

Annak érdekében, hogy meghatározzuk a vizsgálatban részt vevő hajléktalan egyének baráti támogatással kapcsolatos attitűdjeit, a résztvevőket megkérdeztük arról, hogy tétováznak-e a baráti támogatás kérése során. Közben ezeket a válaszokat kaptuk, Ausztriából technikai problémák miatt nem sikerült adatokat szerezni. Emiatt a jelen kérdésre adott válaszokat csak

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

három ország összehasonlításával értelmezték. Ennek megfelelően az összes résztvevő több mint fele (51,7%) azt állította, hogy többnyire vagy mindig habozik, amikor baráti támogatást kér.

Ez a helyzet rendkívül fontos megállapítás a mai világ változó baráti/ismerkedési kapcsolatainak változása és átalakulása szempontjából. A hagyományos társadalmakban ugyanis köztudott, hogy a társadalmi problémákat a szűk köröknek, például a családnak, rokonoknak vagy barátoknak köszönhetően oldják meg. A mai individualizálódó társadalom elszigeteli az egyéneket a társadalmi problémák megoldásában. Az egyének még a legközelebbi környezetüktől is vonakodnak segítséget kérni, és gyakran nem is tudják ezt a segítséget kérni. Ezáltal az egyének nehéz helyzetben egyedül maradnak a problémákkal szemben.

A vonatkozó probléma országokénti változékonyságára vonatkozó Chi-négyzet teszt eredményei szerint statisztikailag szignifikáns összefüggés volt megfigyelhető az országok és a barátoktól való támogatás kérése közötti tétovázás között ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a legbizonytalanabbak a barátok támogatásának kérésekor a Törökországban élő hajléktalanok. Tízből hét (71%) Törökországban élő hajléktalan ember azt állította, hogy többnyire vagy mindig tétovázik, amikor baráti támogatást kér. Más országokkal összehasonlítva meglehetősen meglepő, hogy ilyen helyzet fordul elő Törökországban. Törökország olyan ország, ahol a tömegek még mindig igyekeznek megőrizni hagyományos értékeiket mind nemzeti, mind szellemi értelemben. Az a tény azonban, hogy a hajléktalanok nagyon tétován kérik barátaik támogatását, értelmezhető annak jeleként, hogy a török társadalom fokozatosan elveszíti nemzeti-szellemi értékeit, vagy hogy ezek az értékek megváltoztak/átalakultak.

Tábla 20: Tétovázás a barátok támogatásának kérésétől országonként

Ha arra gondolsz, hogy a barátaid és más ismerőseid milyen támogatást tudnak nyújtani neked, haboznál-e kérni tőlük ilyen támogatást?							
		Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Mindig	Totál
Olaszország	Lakhely országa	20.0%	26.7%	33.3%	6.7%	13.3%	100.0%
	Totál százalék	3.5%	4.7%	5.9%	1.2%	2.4%	17.6%
Magyarország	Lakhely országa	26.7%	40.0%	20.0%	0.0%	13.3%	100.0%
	Totál százalék	4.7%	7.1%	3.5%	0.0%	2.4%	17.6%
Törökország	Lakhely országa	5.5%	9.1%	14.5%	25.5%	45.5%	100.0%
	Totál százalék	3.5%	5.9%	9.4%	16.5%	29.4%	64.7%
Totál	Lakhely országa	11.8%	17.6%	18.8%	17.6%	34.1%	100.0%
	Totál százalék	11.8%	17.6%	18.8%	17.6%	34.1%	100.0%

P: 0.001

Magyarország a legkevésbé tétova ország. A magyar résztvevők több mint háromnegyede (66,7%) azt állította, hogy ritkán vagy soha nem tanúsított hezitálást. Az Olaszországban élő

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalanok aránya hasonlóan alakult, mint a Magyarországon élő hajléktalanoké. Mivel Ausztriából nem álltak rendelkezésre adatok a témában, ezért nem végeztek összehasonlítást Ausztriával.

6.1.5.3. Intézményi támogatás a hajléktalansági folyamatban.

A mai társadalomban a szociális szolgáltatási és szociális segítségnyújtási mechanizmusok olyan tevékenységek formájában valósulnak meg, ahol az intézmények koncentrálnak, és professzionális beavatkozási szolgáltatásokat nyújtanak. A család és a társadalom átalakulása miatt az egyének a hagyományos módszerektől eltérő szolgáltatásokat kapnak/nyújtanak. Emiatt az intézmények hatása a szociális problémák felismerésére és megoldására ma nagyon erősen érezhető.

Az intézmények szolgáltatásainak átvétele egy bizonyos időszakban történik. A vonatkozó eljárásokat nem ismeri vagy magyarázza el a társadalom egésze. Ez azt eredményezheti, hogy bármely egyén nem tudja, mit kell tennie, amikor problémákkal szembesül, és tartózkodik a szolgáltatások igénybevételétől. A tanulmány keretében a résztvevőket arról kérdeztük, hogy mennyire tétovázna, amikor támogatást kérnek a szolgáltató intézmények személyzetétől. Ennek megfelelően minden ötödik résztvevő (22%) azt állította, hogy soha nem habozik, míg a fennmaradó résztvevők azt állították, hogy kissé félénkek. A többnyire és a mindig hezitáló résztvevők aránya megegyezik (14%). Minden harmadik résztvevőből egy (33%) azt állította, hogy néha tétovázik, a többi résztvevő pedig azt, hogy ritkán tartózkodik.

Tábla 21: Tétovaság a szolgáltató intézmények személyzetének támogatásának kérésében

Tétovázás a segítség kérésében	%
Soha	22.0
Ritkán	17.0
Néha	33.0
Gyakran	14.0
Mindig	14.0
Totál	100.0

Ez a helyzet számos kérelem benyújtását vagy napirendre tűzését teszi szükségessé az intézményekben dolgozó alkalmazottak vagy az intézményektől szolgáltatásokat igénybe vevő személyek esetében. Ha ugyanis az egyének szociális problémáikkal szemben tétovázna az adott intézmény munkatársaival szemben, és nem találnak olyan címzettet, aki elmagyarázza a problémájukat, akkor a szolgáltatást nyújtó intézmény nem tudja teljes mértékben biztosítani a szükséges szolgáltatást. Az országok polgárai számára nyújtott szolgáltatásoknak mindig könnyen elérhetőnek kell lenniük. Minden egyénnek abban a tudatban kell folytatnia az életét, hogy problémáival szemben megfelelő szolgáltatást kap az intézményektől és az illetékes

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

személyzettől. Ellenkező esetben a nyújtott szolgáltatások olyan jellemzőt mutatnak, amely széteső, és nem képes áthatni az egész társadalmat.

6.1. 6. Családi kapcsolatok a hajléktalanság folyamatában

6.1.6.1. Intézményi gondozásban való tartózkodás 18 éves kor előtt

Az intézményi gondozásban való tartózkodás a szükséges intézkedések alapján történik azokban az esetekben, amikor a személy természetes környezetében nem képes egészséges életet fenntartani. Az ilyen helyzet az egyének életében potenciális hátrányra utal. Ebben az összefüggésben a vizsgálatban részt vevő egyének intézményi gondozási története fontos adatokkal szolgál, mivel a hajléktalanság felé vezető úton tett lépésnek tekinthető. Ami azt illeti, amint azt a szakirodalmi részben tárgyaltuk, a hajléktalanság jelenségének okai nagymértékben összefüggnek a hátrányos helyzetekkel.

Az alábbi táblázatot megvizsgálva látható, hogy a résztvevők 18 éves korukig maradnak az intézmény gondozásában. Ennek megfelelően arra a következtetésre jutottunk, hogy a résztvevők 83%-a nem maradt az intézmény gondozásában, és 17%-uk maradt az intézmény gondozásában.

Tábla 22: Intézményi gondozás története gyermekkorban országonként

		Igen	Nem	Totál
Ausztria	Lakhely országa	53.3%	46.7%	100.0%
	Totál százalék	8.0%	7.0%	15.0%
Totál százalék	Lakhely országa	13.3%	86.7%	100.0%
	Totál százalék	2.0%	13.0%	15.0%
Magyarország	Lakhely országa	33.3%	66.7%	100.0%
	Totál százalék	5.0%	10.0%	15.0%
Törökország	Lakhely országa	3.6%	96.4%	100.0%
	Totál százalék	2.0%	53.0%	55.0%
Totál	Lakhely országa	17.0%	83.0%	100.0%
	Totál százalék	17.0%	83.0%	100.0%

P: 0.000

Az elemzés eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy szignifikáns kapcsolat áll fenn a résztvevők intézményi ellátásban való tartózkodása és országaik között ($p < 0,05$). Arra a következtetésre jutottak, hogy az osztrák résztvevők 53,3%-a intézményben vagy gondozási központban tartózkodott; az olasz résztvevők 86,7%-a nem tartózkodott intézményben vagy gondozási központban; a magyar résztvevők 66,7%-a nem tartózkodott intézményben vagy gondozási központban, és a Törökországban élő résztvevők 96,4%-a nem tartózkodott intézményben vagy gondozási központban (22. táblázat). Az országok összehasonlításában az a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

tény, hogy a Törökországban élő résztvevők kevesebbet tartózkodnak intézeti gondozásban, mint a többi országban, az országok életmódjával és fejlettségi szintjével magyarázható. Míg a törökországi és olaszországi arányok alacsonyak, addig a magyarországi és az osztrák magasabb arányok szintén az országok életmódjával és földrajzi helyzetével függhetnek össze.

6.1.6.2. Kommunikáció a rokonokkal gyermekkorban

A család és a rokonok fontos szerepet töltenek be a gyermekkorban a gondozásra és védelemre szoruló személy számos szükségletének kielégítésében. Emellett a család és a rokonok érzelmi és szociális funkciói az összetartozás és az összetartozás érzését is megteremtik. Mindezek tartósan befolyásolják a gyermekek jövőjét a fejlődési időszakban. Az erős családi és rokoni kapcsolatokkal rendelkező emberek nehezebben folyamodhatnak az otthon elhagyásához, mint a gyenge kapcsolatokkal rendelkezők. Ezért a családi és rokoni kapcsolatok hatása említendő a hajléktalanság születésében.

Amikor a 6-18 éves kor közötti résztvevők családjukkal vagy rokonaikkal való kommunikációs helyzetét értékelték, arra a következtetésre jutottak, hogy 84%-uk kommunikált, 16%-uk pedig nem.

Az elemzés eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy a résztvevők 6-18 év közötti családjukkal és rokonaikkal való kommunikációja és az országuk között szignifikáns kapcsolat áll fenn ($p < .05$). Arra a következtetésre jutottak, hogy az ausztrál résztvevők 73,3%-a, az olasz résztvevők 80%-a, a magyar résztvevők 60%-a és a Törökországban élő résztvevők 94,5%-a kommunikált a rokonaival gyermekkorában (23. táblázat).

Tábla 23: A 6-18 év között a rokonokkal való kommunikáció helyzete

		Igen	Nem	Totál
Ausztria	Lakhely országa	73.3%	26.7%	100.0%
	Totál százalék	11.0%	4.0%	15.0%
Olaszország	Lakhely országa	80.0%	20.0%	100.0%
	Totál százalék	12.0%	3.0%	15.0%
Magyarország	Lakhely országa	60.0%	40.0%	100.0%
	Totál százalék	9.0%	6.0%	15.0%
Törökország	Lakhely országa	94.5%	5.5%	100.0%
	Totál százalék	52.0%	3.0%	55.0%
Totál	Lakhely országa	84.0%	16.0%	100.0%
	Totál százalék	84.0%	16.0%	100.0%

P: 0.006

A törökországi, más országokhoz képest magas arány okai között a családhoz tartozás a török családszerkezettel és a családi kötelekkel magyarázható. Tény, hogy számos vallási, oktatási

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

és szociális intézmény és kulturális elem alakítja a törökországi családszerkezetet. Az olaszországi magas szintű kommunikáció Ausztriához és Magyarországhoz képest az olaszországi jóléti rendszerrel és családközpontú társadalmi struktúrával magyarázható.

6.1.6.3. Alkohol- és kábítószer-használat a családtagok körében

A hajléktalanság kialakulhat spontán, de akár valamilyen probléma miatt is, és más problémákhoz vezethet. Valójában beszélhetünk olyan helyzetekről, ahol mindkettő együtt van. Kétségtelen, hogy az alkohol- és szerhasználat egyaránt tekinthető a hajléktalanság okának és következményének. Az illető gazdasági károkat okozhat magának és családjának azzal, hogy minden felhalmozását alkoholra és szerre fordítja, és fizikai és pszichés károkat is említhetünk ezen szerek hatására. Ez a helyzet fontos tényező, amely hajléktalanná váláshoz vezethet. Másrészt a hajléktalanná válás után az illető életmotivációjának jelentős csökkenését tapasztalhatja. A motiváció hiánya és a problémák elől való menekülés érzékelése alkohol- és szerhasználathoz vezethet. Mindenesetre elmondható, hogy az alkohol- és szerhasználat olyan problémakör, amely nagyon is összefügg a hajléktalansággal.

Amikor a résztvevők alkoholfogyasztásának gyakoriságát értékelték, arra a következtetésre jutottak, hogy 39% nem fogyasztott alkoholt, 29% alkalmanként fogyasztott alkoholt, 14% fogyasztott alkoholt és elhagyta, 10% nagyon gyakran fogyasztott alkoholt, és 8% nagyon ritkán fogyasztott alkoholt. Amikor a résztvevők szüleinek vagy a családban tartózkodó felnőtteknek az alkoholfogyasztását vizsgálták, arra a következtetésre jutottak, hogy 66%-uk nem fogyasztott alkoholt vagy kábítószer-t.

Tábla 24: A személy alkoholfogyasztási státusza az otthoni alkohol- és kábítószer-fogyasztás státusza szerint 18 éves korig

18 éves korig alkoholt és kábítószer-t használó személy		Milyen gyakran fogyaszt most vagy korábban alkoholt?					Totál
		Soha nem ittam	Ittam, de abba-hagytam	Ritkán	Alkalmanként	Gyakran	
Igen	Felnőtt kábítószer-használat	14.7%	23.5%	8.8%	35.3%	17.6%	100.0%
	Totál százalék	5.0%	8.0%	3.0%	12.0%	6.0%	34.0%
Nem	Felnőtt kábítószer-használat	51.5%	9.1%	7.6%	25.8%	6.1%	100.0%
	Totál százalék	34.0%	6.0%	5.0%	17.0%	4.0%	66.0%
Totál	Felnőtt kábítószer-használat	39.0%	14.0%	8.0%	29.0%	10.0%	100.0%
	Totál százalék	39.0%	14.0%	8.0%	29.0%	10.0%	100.0%

P: 0.005

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Az elemzés eredményeként arra a következtetésre jutottak, hogy szignifikáns kapcsolat áll fenn a résztvevők alkohol- vagy szerfogyasztása és a szülők vagy felnőttek alkohol- vagy szerfogyasztása között ($p < 0,05$). Arra a következtetésre jutottak, hogy a résztvevők 35,3%-a, akiknek a szülei vagy a családban tartózkodó felnőttek alkohol- vagy szerfogyasztása alkalmanként fogyasztott alkoholt vagy szert, 23,5%-uk kezdte el és hagyta abba az alkohol- vagy szerfogyasztást, 17,6%-uk pedig nagyon gyakran fogyasztott alkoholt vagy szert (24. táblázat). A kutatás eredményeként látható, hogy a résztvevők családjában az alkohol- vagy szerhasználat a résztvevők családjában még alkalmanként is fogyasztást okoz. Itt fontos, hogy a szülő vagy a családban élő felnőtt milyen példaképet mutat. A résztvevők a példaképüknek tekintett vagy velük együtt élő felnőttek viselkedését vehetik példának, különösen kiskoruktól kezdve. Ez olyan tényező lesz, amely növeli az egyének alkohol- és szerhasználatát.

6.1.6.4. Családon belüli erőszak tanúja 18 éves kora előtt

Amint a fenti táblázatokban említettük, a család az ember egyik legerősebb társadalmi tőkeeleme. A család intézményének, amely fontos helyet foglal el az ember magán- és társadalmi életében, hozzájárulása az emberi fejlődéshez a gyermekkortól az időskorig szintén meghatározó. A családi intézményben megfigyelhető pozitív vagy negatív viselkedésmódok maradandó nyomokat hagynak az emberben. Ezen a ponton a családon belüli erőszak képes sérülést és traumát okozó felhalmozódást okozni az emberek számára. A családon belüli erőszakot látott egyén emberi méltóságához és méltóságához való hozzáállása negatívan fog befolyásolódni, és a személy ezt a negatív helyzetet a társadalmi tanuláson keresztül átviheti saját életébe. Így az az egyén, akinek a családi intézményhez való viszonya és szemlélete sérült, a hajléktalanság jelenségével kapcsolatban kiszolgáltatottabb helyzetben maradhat. Az alábbi táblázat összehasonlító elemzést nyújt erről a helyzetről.

Amikor a résztvevők családon belüli erőszak tanúságtételét értékeljük, látható, hogy 85%-uk nem volt tanúja ilyen erőszaknak, azok aránya pedig, akik tanúi voltak, 15% volt.

Tábla 25: Családon belüli erőszak szemtanúi 18 éves korukig országok szerint

		Igen	Nem	Totál
Ausztria	Lakhely országa	53.3%	46.7%	100.0%
	Totál százalék	8.0%	7.0%	15.0%
Olaszország	Lakhely országa	13.3%	86.7%	100.0%
	Totál százalék	2.0%	13.0%	15.0%
Magyarország	Lakhely országa	13.3%	86.7%	100.0%
	Totál százalék	2.0%	13.0%	15.0%
Törökország	Lakhely országa	5.5%	94.5%	100.0%

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

	Totál százalék	3.0%	52.0%	55.0%
Totál	Lakhely országa	15.0%	85.0%	100.0%
	Totál százalék	15.0%	85.0%	100.0%

P: 0.000

Amikor megvizsgálták a résztvevők 18 éves korukig tanúi voltak az erőszaknak, és az országaik között fennálló kapcsolatot, arra a következtetésre jutottak, hogy a két változó között szignifikáns kapcsolat áll fenn ($p < .05$). Arra a következtetésre jutottak, hogy az osztrák résztvevők 53,3%-a volt szemtanúja családon belüli erőszaknak, az olasz résztvevők 86,7%-a nem volt szemtanúja családon belüli erőszaknak, a magyar résztvevők 86,7%-a nem volt szemtanúja családon belüli erőszaknak, és a Törökországban élő résztvevők 94,5%-a nem volt szemtanúja családon belüli erőszaknak (25. táblázat). A családon belüli erőszakot fiatal korban megtapasztalók alacsony aránya Törökországban, Olaszországban és Magyarországon Ausztriához képest összeegyeztethető lehet a családon belüli erőszak alacsony arányával az országokban. Az ausztriai magas arány a többi országhoz képest a résztvevők családi életével magyarázható. Az a tény, hogy a megkérdezett résztvevők körében a családon belüli erőszakos esetek száma magasabb, mint más országok résztvevői körében, szintén növelheti a családon belüli erőszak szemtanúinak arányát.

6.1. 7. A munka világa a hajléktalanság folyamatában

6.1.7.1. Jövedelemszerző munka

Amikor a résztvevők 15 éves koruktól napjainkig tartó, jövedelemszerző munkahelyen való foglalkoztatási státuszát értékelték, arra a következtetésre jutottak, hogy 32%-uk dolgozott néhány esetben, 25%-uk soha nem dolgozott munkahelyen, 23%-uk ritkán dolgozott munkahelyen, 19%-uk többnyire dolgozott munkahelyen, és nagyon kevesen dolgoztak mindig munkahelyen (26. táblázat). A 15 éves kortól napjainkig a jövedelemszerző munkában való munkavégzés státusza az egyének életkörülményeivel magyarázható. Tekintettel arra, hogy a résztvevők túlnyomó többsége dolgozik valamikor, egynegyede pedig soha nem dolgozik, elmondható, hogy a munkavállalási státusz bizonyos kötelezettségek felmerülésekor változik.

Tábla 26: A munkavállalási státusz 15 éves korától napjainkig

A munkavállalási státusz 15 éves korától napjainkig	%
Soha	25
Ritkán	23
Néha	32
Gyakran	19
Mindig	1
Totál	100

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Amikor az elmúlt 30 napban a pénzért végzett munkanapok számát értékelték, arra a következtetésre jutottak, hogy a résztvevők 68%-a egyáltalán nem dolgozott 30 napon belül; a munkavállalók 13%-a 6-15 és 16-30 napot, 6%-a pedig 1-5 napot dolgozott (27. táblázat). Az a tény, hogy a résztvevők többsége 30 napon belül nulla munkaidőt dolgozott pénzért végzett munkában, azt mutatja, hogy nem kell folyamatosan dolgozniuk. Ennek oka az, hogy a résztvevők a jövedelmüket alternatív módszerekkel biztosíthatják.

Tábla 27: Az elmúlt 30 napban a pénzért dolgozó munkanapok száma

Pénzért dolgozott napok az elmúlt 30 napban	%
Sosem dolgoztam.	68
1-5 napot	6
6-15 napot	13
16-30 napot	13
Totál	100

Amikor megvizsgálták, hogy a résztvevők hány különböző munkahelyen dolgoztak az elmúlt 30 napban, arra a következtetésre jutottak, hogy 68%-uk nem dolgozott egyetlen munkahelyen sem; 13%-uk egy munkahelyen, 10%-uk két munkahelyen, 5%-uk négy vagy több munkahelyen, 4%-uk pedig három munkahelyen dolgozott (28. táblázat). Amint a 27. táblázatban említettük, a résztvevők azért dolgoztak más munkahelyen az elmúlt 30 napban, mert a megélhetésüket vagy jövedelmüket alternatív módszerekkel szerezhetik meg.

Tábla 28: Az elmúlt 30 napban végzett különböző munkák száma

Az elmúlt 30 napban végzett különböző munkák száma	%
Sosem dolgoztam.	68
1 munka	13
2 munka	10
3 munka	4
4 vagy több munka	5
Totál	100

6.7.1.2. Jövedelemszerző módszer

Amikor az elmúlt 30 nap jövedelemszerzési módszereit vizsgálták, arra a következtetésre jutottak, hogy 64% különböző módszerekkel szerzett jövedelmet; 11% visszatérítendő készpénzes termékekből, 11% barátok és rokonok segítségével, 9% koldulásból és 5% zsebkendők stb. utcai árusításából élt.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Tábla 29: Az elmúlt 30 napban használt pénzkeresési módok országok szerint

Pénzkeresési módok		Lakhely országa				
		Ausztria	Olaszország	Magyarország	Törökország	Totál
Kéregetés	Pénzkeresési mód	22.2%	55.6%	11.1%	11.1%	100.0%
	Totál százalék	2.0%	5.0%	1.0%	1.0%	9.0%
Barátok vagy rokonok támogatása	Pénzkeresési mód	0.0%	36.4%	27.3%	36.4%	100.0%
	Totál százalék	0.0%	4.0%	3.0%	4.0%	11.0%
Újrahasznosításból vagy más használt termékekből, amelyeket készpénzben lehet visszaadni	Pénzkeresési mód	36.4%	0.0%	18.2%	45.5%	100.0%
	Totál százalék	4.0%	0.0%	2.0%	5.0%	11.0%
Élelmiszerjegyek, zsebkendők, ajándékkártyák, buszkártyák, gyógyszerek stb. árusítása az utcán.	Pénzkeresési mód	40.0%	40.0%	20.0%	0.0%	100.0%
	Totál százalék	2.0%	2.0%	1.0%	0.0%	5.0%
Más módon	Pénzkeresési mód	10.9%	6.3%	12.5%	70.3%	100.0%
	Totál százalék	7.0%	4.0%	8.0%	45.0%	64.0%
Totál	Pénzkeresési mód	15.0%	15.0%	15.0%	55.0%	100.0%
	Totál százalék	15.0%	15.0%	15.0%	55.0%	100.0%

P: 0.000

Amikor a résztvevők jövedelemszerzési módszerei és országaik közötti kapcsolatot vizsgálták, arra a következtetésre jutottak, hogy szignifikáns kapcsolat áll fenn ($p < .01$). Megállapították, hogy az ausztrál résztvevők 40%-a zsebkendők stb. utcai árusításából, 36,4%-a újrahasznosított termékekből, 22,2%-a pedig koldulásból élt. Arra a következtetésre jutottak, hogy az olasz résztvevők 55,6%-a koldulásból, 40%-a zsebkendők stb. utcai árusításából, 36,4%-a pedig barátok vagy rokonok segítségével élt.

A magyar résztvevők 27,3%-a baráti vagy rokoni segítséggel, 20%-a zsebkendők stb. utcai árusításával, 18,2%-a pedig újrahasznosított termékek visszavételével biztosította megélhetését. Arra a következtetésre jutottak, hogy a Törökországban élő résztvevők 70,3%-a a lehetőségektől eltérő módszerekkel, 45,5%-a újrahasznosítási visszatérítéssel, 36,4%-a pedig barátok vagy rokonok segítségével kereste a kenyerét. A megélhetési módok differenciálódásának okai az országok életszínvonalában és az emberek életmódjában keresendők. Az egyének életterének környezeti feltételei alternatív megélhetési módok felé terelhetik az egyéneket.

6.1. 8. Az egészség a hajléktalanság folyamatában

6.1.8.1. Az általános egészségi állapot megítélése

Amikor a résztvevők egészségi állapota és országuk közötti kapcsolatot vizsgálták, arra a következtetésre jutottak, hogy a két változó között statisztikailag szignifikáns kapcsolat áll fenn

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

($p < 0,05$). Megállapították, hogy a résztvevők 47%-a jónak, 27%-a közepesnek, 12%-a rossznak, 9%-a nagyon jónak és 5%-a kiválóan értékelte egészségi állapotát.

Tábla 30: Az általános egészségi állapot megítélése országonként

Az általános egészségi állapot megítélése		Lakhely országa				Totál
		Ausztria	Olaszország	Magyarország	Törökország	
Rossz	Egészségi állapot	0.0%	33.3%	0.0%	66.7%	100.0%
	Lakhely országa	0.0%	26.7%	0.0%	14.5%	12.0%
	Totál százalék	0.0%	4.0%	0.0%	8.0%	12.0%
Közepes	Egészségi állapot	18.5%	14.8%	11.1%	55.6%	100.0%
	Lakhely országa	33.3%	26.7%	20.0%	27.3%	27.0%
	Totál százalék	5.0%	4.0%	3.0%	15.0%	27.0%
Jó	Egészségi állapot	21.3%	6.4%	14.9%	57.4%	100.0%
	Lakhely országa	66.7%	20.0%	46.7%	49.1%	47.0%
	Totál százalék	10.0%	3.0%	7.0%	27.0%	47.0%
Nagyon jó	Egészségi állapot	0.0%	33.3%	44.4%	22.2%	100.0%
	Lakhely országa	0.0%	20.0%	26.7%	3.6%	9.0%
	Totál százalék	0.0%	3.0%	4.0%	2.0%	9.0%
Kiváló	Egészségi állapot	0.0%	20.0%	20.0%	60.0%	100.0%
	Lakhely országa	0.0%	6.7%	6.7%	5.5%	5.0%
	Totál százalék	0.0%	1.0%	1.0%	3.0%	5.0%
Totál	Egészségi állapot	15.0%	15.0%	15.0%	55.0%	100.0%
	Lakhely országa	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Totál százalék	15.0%	15.0%	15.0%	55.0%	100.0%

P: 0.038

Az osztrák válaszadók 66,7%-a jónak, 33,3%-a rossznak tartja az egészséget; az olaszok 26,7%-a rossznak és közepesnek; 20%-a jónak és 6,7%-a kiválóan; 46,7%-a jónak; 26,7%-a jónak; % kiválóan; % kiválóan; 6,7% kiválóan; 20,0% kiválóan; Megállapítható, hogy a Törökországban élő résztvevők 49,1%-a jól, 27,3%-a közepesen, 14,5%-a rosszul, 5,5%-a kiválóan és 3,6%-a nagyon jól értékelt (30. táblázat). Látható, hogy az Olaszországtól eltérő országok résztvevői jónak vagy nagyon jónak értékelik egészségi állapotukat. Ez a helyzet azt mutatja, hogy a résztvevők egészségesnek tartják magukat, és még nehéz körülmények között is folytatják életüket. Még ha a résztvevők saját helyzetüket jónak vagy annál jobbnak is határozzák meg, a szükséges beavatkozásokat azért kell elvégezni, mert életszínvonaluk alacsony.

Tábla 31: Testi fájdalom megélése az elmúlt 1 hónapban

Testi fájdalom megélése	%
Nem volt	29
Nagyon enyhe	15
Enyhe	30
Mérsékelt	21
Komoly	3

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Nagyon komoly	2
Totál	100

Amikor a résztvevők fizikai fájdalomállapotát értékelték az elmúlt hónapban, arra a következtetésre jutottak, hogy 30%-uknak enyhe fájdalma volt, 29%-uknak nem volt fájdalma, 21%-uknak mérsékelt fájdalma volt, 15%-uknak pedig nagyon enyhe fájdalma (31. táblázat). Az a tény, hogy a résztvevők az elmúlt hónapban enyhe fájdalmat tapasztaltak, azt mutatja, hogy még akkor is találkoztak problémákkal, ha egészségi állapotukat jónak értékelték. Ezért fontos, hogy a hajléktalanok számára szükséges egészségügyi beavatkozásokat hajtsanak végre.

6.8.1.2. A személyes cselekvések fenntartásának képessége

Amikor az orvos által felírt gyógyszerek szedésének állapotát értékelték, arra a következtetésre jutottak, hogy a résztvevők 51%-a tudta szedni a gyógyszereket, 49%-uk pedig nem (32. táblázat). Az a tény, hogy a résztvevők nem vették be az orvos által felírt gyógyszert saját maguk, azt mutatja, hogy nem tudták ezt a műveletet önállóan elvégezni. Szükséges a szükséges egészségügyi szolgáltatások elvégzése, ha a résztvevők közel fele úgy gondolja, hogy egészségügyi problémák esetén problémái lesznek a gyógyszerellátással.

Tábla 32: Képes önállóan elvégezni az "orvos által felírt gyógyszerek szedése" cselekedetet.

Az orvos által előírt gyógyszereket képes beszedni	%
Igen	51
Nem	49
Totál	100

Amikor azt értékelték, hogy a résztvevők képesek-e saját támogatási kérelmeket benyújtani, azt a következtetést vonták le, hogy 72%-uk képes volt saját támogatási kérelmeket benyújtani (33. táblázat). A résztvevők alacsony életszínvonala miatt kényszerülnek arra, hogy saját maguk kérjenek segítséget. Mivel az egyéneknek természetbeni és készpénzbeni segítségre van szükségük, úgy gondolják, hogy egyedül is igényelhetnek segítséget. A megtapasztalt nehéz helyzet hatására az egyének megtanulják az alternatív segélyezési csatornákat.

Tábla 33: Képes önállóan elvégezni a "A saját támogatási kérelem benyújtása" cselekedetet

Saját támogatási kérelem benyújtása	%
Igen	72
Nem	28
Totál	100

Amikor a résztvevők helyzetét értékelték a költségvetési tervezés önálló elvégzésében, arra a következtetésre jutottak, hogy 55%-uk nem tudta önállóan elvégezni a költségvetési tervezést,

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

45%-uk pedig képes volt önállóan elvégezni a költségvetési tervezést (34. táblázat). Az a lehetőség, hogy a résztvevők több mint fele úgy gondolja, hogy nem tudja egyedül elkészíteni a költségvetési tervezést, és hogy pénzügyi helyzetük nem megfelelő, és hogy nincs házuk a költségvetési terv elkészítésére, hatékony lehet.

Tábla 34: Képes önállóan elvégezni a "Költségvetési terv készítése" cselekedetet

Költségvetési terv készítése	%
Igen	45
Nem	55
Totál	100

Amikor azt értékelték, hogy a résztvevők milyen állapotban vannak ahhoz, hogy egyedül utazzanak busszal, arra a következtetésre jutottak, hogy 64%-uk úgy gondolta, hogy nem tudna ilyen utat megtenni; 36%-uk úgy gondolta, hogy tudna egyedül utazni busszal (35. táblázat). Az a tény, hogy a résztvevők többsége nem tud egyedül busszal utazni, összefüggésben lehet a gazdasági helyzetükkel. Az egyének által tapasztalt nehéz körülmények lehetetlenné teszik az autóbusszal való utazást.

Tábla 35: Képes önállóan elvégezni a "Busszal utazás" cselekedetet

Busszal utazás	%
Igen	36
Nem	64
Totál	100

6.8.1.3. Intézményi gondozás és kábítószer-használat

Amikor a résztvevők érzelmi vagy mentális problémák miatti kórházi státuszát értékelték, arra a következtetésre jutottak, hogy 66%-uk nem került kórházba ilyen helyzet miatt; 34%-uk maradt kórházban (36. táblázat).

Tábla 36: Kórházi kezelés érzelmi vagy mentális egészségügyi problémák miatt

Kórházi kezelés érzelmi vagy mentális egészségügyi problémák miatt	%
Igen	34
Nem	66
Totál	100

Amikor a résztvevők drogfogyasztásának állapotát az elmúlt 30 napban tapasztalt mentális hatások miatt értékelték, arra a következtetésre jutottak, hogy 80%-uk nem használt drogot ilyen helyzet miatt; 20%-uk használt drogot (38. táblázat).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Tábla 37: Hosszú távú/magas dózisu kábítószer-használati státusz az elmúlt 30 napban tapasztalt mentális hatások miatt

Hosszú távú/magas dózisu kábítószer-használat	%
Igen	20
Nem	80
Totál	100

6.2. A hajléktalanok családjaira vonatkozó megállapítások

6.2.1. A hajléktalanok családjaira vonatkozó demográfiai megállapítások

A vizsgálatban résztvevők fele (50%) a Törökországban élő hajléktalanok családja volt, míg a más országokban élő résztvevők száma (16,7%) ugyanennyi volt. A hajléktalan családok nemi státuszát vizsgálva a nők száma magasabb, mint a férfiaké. Minden tíz családban élő emberből hat (60,3%) nő. A hajléktalan családok kétötöde (39,7%) férfi.

A hajléktalan családok közel háromötöde (58%) a városközpontokban él. Míg minden harmadik családtag (31,3%) városokban vagy városrészekben él, addig a falvakban élők száma a többihez képest meglehetősen alacsony (10,7%).

A résztvevők több mint fele (51,7%) közepes szinten határozta meg anyagi helyzetét, míg minden tizedik (11%) a közepes szint alattinak. Azok a hajléktalan családok, akik szerint anyagi helyzetük jobb, mint a legtöbb családé, a résztvevők egyötödét (21,3%) teszik ki. Elég alacsony (7,7%) azoknak az aránya, akik rossznak határozzák meg pénzügyi helyzetüket. A tanulmányban részt vevők szerint a fő tényező, amely az egyéneket hajléktalanságba taszítja, nem a gazdasági nehézségek.

Tábla 38: A családok demográfiai jellemzői

Változó	%	Változó	%
<i>Lakhely országa</i>		<i>Családi állapot</i>	
Ausztria	16.7	Házas	45
Olaszország	16.7	Egyedülálló	37.3
Magyarország	16.7	Elvált	9.3
Törökország	50	Özvegy	8.3
<i>Nem</i>	<i>%</i>	<i>Életkor</i>	
Nő	60.3	18-25	18
		26-35	37.7
Férfi	39.7	50	36.9
		51-62	7.4
<i>A pénzügyi helyzet megítélése</i>		<i>Vizsgálat terület</i>	
Nagyon rossz	4.3	Közalkalmazott	58.7
Rossz	7.7	Privát szektor	22.3

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Átlag alatti	11	Munkanélküliek	11
Átlagos	51.7	Önkéntesek	6.3
Átlagon felüli	21.3	Egyéb	1.7
Nagyon jó	4		
<i>Lakóhely elhelyezkedése</i>			
Városközpont/ Központi terület	58		
Megye/város/kerület	31.3		
Falu	10.7		

Míg a hajléktalan családok közel hat (58,7%) tagja a közszférában dolgozik, addig azok száma, akik azt állították, hogy a magánszférában dolgoznak, nem éri el a résztvevők negyedét (22,3%). Míg azon résztvevők aránya, akik azt állították, hogy nem dolgoznak semmilyen munkahelyen, 11% volt, addig az önkéntes munkát vállalók aránya 6,3%.

A résztvevők több mint 40%-a állította, hogy házas, és a résztvevők közül tíz emberből majdnem négy (37,3%) állította, hogy egyedülálló. Látható, hogy a hajléktalan családok azon tagjainak aránya (9,3%), akik azt állították, hogy elváltak, magasabb, mint azoké, akiknek a házastársa elhunyt (8,3%).

A 26-35 év közötti egyének a résztvevők körülbelül kétötödét (37,7%) teszik ki. Ezt követően a 36-50 év közötti egyének a résztvevők között tíz emberből majdnem négyet (36,9%) tettek ki, és ezt az arányt követte ez az arány. A résztvevők egyötöde (18%) 18-25 év közötti. Az 51-62 év közötti résztvevők alkotják a legalacsonyabb arányú (7,4%) korosztályt.

6.2. 2. A családok hajléktalansággal és hajléktalanokkal kapcsolatos attitűdjei

6.2.2.1. Gondolatok a hajléktalanságról és a hajléktalanokról

Tábla 39: A hajléktalanság okának megítélése országonként

A hajléktalanság okának megítélése országonként		Ausztria	Olaszország	Magyarország	Törökország	Totál
Családi közömbösség	A hajléktalanság oka	20.5%	15.4%	35.9%	28.2%	100.0%
	Lakhely országa	16.0%	12.0%	28.0%	7.3%	13.0%
Munkanélküliség	A hajléktalanság oka	17.6%	50.0%	14.7%	17.6%	100.0%
	Lakhely országa	12.0%	34.0%	10.0%	4.0%	11.3%
Gazdasági problémák	A hajléktalanság oka	9.2%	21.4%	9.2%	60.2%	100.0%
	Lakhely országa	18.0%	42.0%	18.0%	39.3%	32.7%
Családon belüli erőszak és más családi problémák	A hajléktalanság oka	16.1%	10.7%	14.3%	58.9%	100.0%
	Lakhely országa	18.0%	12.0%	16.0%	22.0%	18.7%
Alkohol és /vagy kábítószer-használat	A hajléktalanság oka	16.7%	50.0%	16.7%	16.7%	100.0%
	Lakhely országa	6.7%	20.0%	6.7%	1.8%	6.0%
Egészségügyi problémák és depresszió	A hajléktalanság oka	40.9%	0.0%	36.4%	22.7%	100.0%
	Lakhely országa	18.0%	0.0%	2.7%	1.7%	7.3%

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Totál	A hajléktalanság oka	18.0%	0.0%	12.0%	24.0%	17.0%
	Lakhely országa	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P: 0.000

A résztvevők több mint 30%-a szerint a hajléktalanság egyik fő oka a gazdasági problémákon alapul. Ezért rámutat arra, hogy a gazdasági lehetőségek hatással vannak a hajléktalanságra, és a gazdasági paramétereket figyelembe kell venni az e területet érintő tanulmányokban. A résztvevők szerint azonban a családon belüli erőszak és egyéb családi problémák (18,7%) is azok közé a helyzetek közé tartoznak, amelyek miatt az egyének hajléktalanná válnak. Ez az arány magában foglalja, hogy a hajléktalanságba forduló egyének pszichológiai és fizikai egészségét a hajléktalanság hatványozottan befolyásolja, és az egyének által tapasztalt depresszió is befolyásolja a folyamatot (17%).

A kapcsolódó arányokat figyelembe véve érthető, hogy tíz résztvevőből majdnem kettő a fizikai és mentális betegségeket és a háztartási problémákat tekinti a hajléktalanság egyik okának. Másrészt minden tizedik résztvevő feltételezi, hogy a nem releváns családszerkezet (12,7%) és a rendszeres munkavégzés (11%) okozza a hajléktalanságot. A fennmaradó résztvevők (8%) szerint az alkohol és a kábítószer-használat a hajléktalanság okai között szerepel.

Amikor az országok közötti összehasonlítások Chi-négyzet elemzését vizsgálták, szignifikáns kapcsolatot találtak az országok között ($p < 0,05$). Ebben az összefüggésben a törökországi résztvevők szerint a hajléktalanná válás egyik fontos oka a gazdasági problémák (60,2%) és a családon belüli erőszak (58,9%) volt, míg Ausztriában (40,9%) és Magyarországon (36,4%) az alkohol- és kábítószer-fogyasztás, Olaszországban (50%) pedig a munkanélküliség (50%) jelent meg okként. Ezzel szemben Olaszországban a résztvevők egyike sem tekintette az alkoholt és a szerhasználatot azon okok között, amelyek a fizikai és mentális problémákat hajléktalansághoz vezették.

Tábla 40: A hajléktalanokkal való találkozással kapcsolatos attitűdök

A hajléktalanokkal való találkozással kapcsolatos attitűdök	%
Még nem találkoztam hajléktelen emberrel.	5.3
Megpróbálom hazavinni.	18.7
Értesítem a kormányzati intézményt	61.0
Nem érdekel.	8.7
Sosem gondoltam ezen.	6.3

A vizsgálatban részt vevő tíz személyből hat (61%) nyilatkozott úgy, hogy kapcsolatba lépne az illetékes állami intézményekkel, ha életében bármikor hajléktalan személlyel találkozna. Ez az eredmény azt jelezheti, hogy a hajléktalansággal kapcsolatos tudatosság kezdett növekedni, és az egyének hajlandóak együttműködni a hivatalos intézményekkel a probléma megoldása

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

érdekében. Ugyanakkor tíz résztvevőből körülbelül kettő (18,7%) azt állította, hogy igyekezne visszavinni egy hajléktalan személyt az otthonába, ha ezzel a helyzettel szembesülne, ami az egyének érzékenységét jelezheti. Másrészt a résztvevők kilenczede azt állította, hogy nem reagálna egy hajléktalan egyénre, és közömbös lenne a helyzet iránt. Közel állt egymáshoz azoknak az egyéneknek az aránya, akik nem tudták, hogyan viselkedjenek hajléktalan emberekkel szemben (6,3%), és azoknak az aránya, akik azt állították, hogy életük során soha nem találkoztak hajléktalan emberekkel (5,3%).

Tábla 41: Gondolatok az utcai hajléktalanok identitásáról az anyagi helyzet megítélése szerint

A pénzügyi helyzet megítélése		Thoughts on the Identity of Homeless People on the Street					
		Azok, akik börtönben maradtak	Azok, akik javítóintézetben maradtak	Azok, akik árvaházban maradtak.	Kirekesztettek	Az élet minden területéről származottak	Totál
Nagyon rossz	A pénzügyi helyzet meghatározása	23.1%	23.1%	15.4%	15.4%	23.1%	100.0%
	A hajléktalanok perspektívája	9.4%	14.3%	8.7%	4.3%	1.7%	4.3%
Rossz	A pénzügyi helyzet meghatározása	34.8%	4.3%	4.3%	13.0%	43.5%	100.0%
	A hajléktalanok perspektívája	25.0%	4.8%	4.3%	6.5%	5.6%	7.7%
Átlag alatti	A pénzügyi helyzet meghatározása	6.1%	12.1%	15.2%	36.4%	30.3%	100.0%
	A hajléktalanok perspektívája	6.3%	19.0%	21.7%	26.1%	5.6%	11.0%
Átlagos	A pénzügyi helyzet meghatározása	7.7%	5.8%	7.7%	14.8%	63.9%	100.0%
	A hajléktalanok perspektívája	37.5%	42.9%	52.2%	50.0%	55.6%	51.7%
Átlag feletti	A pénzügyi helyzet meghatározása	10.9%	6.3%	3.1%	4.7%	75.0%	100.0%
	A hajléktalanok perspektívája	21.9%	19.0%	8.7%	6.5%	27.0%	21.3%
Nagyon jó	A pénzügyi helyzet meghatározása	0.0%	0.0%	8.3%	25.0%	66.7%	100.0%
	A hajléktalanok perspektívája	0.0%	0.0%	4.3%	6.5%	4.5%	4.0%
Totál	A pénzügyi helyzet meghatározása	10.7%	7.0%	7.7%	15.3%	59.3%	17.0%
	A hajléktalanok perspektívája	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P: 0.000

A résztvevők szerint a hajléktalansághoz fordulók az élet minden területéről származhatnak (69,3%). Ez a helyzet azt mutathatja, hogy a résztvevők nem a gazdasági problémákat tartják a hajléktalanság egyetlen okának. A kapcsolódó arányt követik azok a résztvevők (15,3%), akik szerint a hajléktalanok olyan egyének, akik kiteszítottak. E résztvevők szerint normálisnak

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

tekinthető, hogy a senkivel sem rendelkező egyének az utcán élnek. Minden tizedik résztvevő (10%) azt állította, hogy azok az egyének, akik életük egy pontján börtönben maradtak, hajléktalanná váltak.

Valószínű, hogy az egyének bizonyos pszichológiai és fiziológiai problémákkal szembesülnek a börtönbüntetésük alatt. Emellett a személy családi kapcsolataira és társadalmi környezetére is hatással lehet ez a helyzet. Ebben az összefüggésben lehetséges, hogy a résztvevők úgy gondolják, hogy a börtönmúlttal rendelkező egyének azért fordulnak az utcára, mert nem tudnak alkalmazkodni a társadalmi élethez. Emellett a résztvevők szerint fennáll annak a lehetősége, hogy a javítóintézetben vagy állami védelem alatt álló személyek az utcára fordulnak. A mindkét véleményt kifejező résztvevők aránya megegyezett (7,7%).

Tábla 42: A családtag távozása esetén tanúsítandó magatartás

Egy családtag távozása esetén tanúsítandó magatartás	%
Nem engedném, hogy megtörténjen.	34.3
Megpróbálnám otthon tartani.	40.7
Nem bánám.	2.7
Ha nem jönne haza, szólnék a kormánynak..	12.7
Nagyon sajnálnám.	9.7
Totál	100

A résztvevők több mint 40%-a nyilatkozott úgy, hogy igyekezne hazatérni, ha valamelyik családtag elhagyná a házat. Ez azt jelentheti, hogy a résztvevők meg akarják védeni a családi kötelekeiket. Emellett rámutat arra is, hogy a családon belül megteszik a szükséges erőfeszítéseket, ha a háztartás valamelyik tagja hajlamos a hajléktalanságra. A vonatkozó adatokat követték azok a résztvevők (34,3%), akik azt állították, hogy a családtagok nem engednék meg a szükséges reakciót egy ilyen helyzet esetén. Egy ilyen hozzáállás csökkentheti a hajléktalanság kockázatát. Minden tizedik résztvevő (12,7%) azt állította, hogy kapcsolatba lépne az állami intézményekkel, ha a család valamelyik tagja elhagyná a házat és hajléktalanná válna. Míg a fennmaradó résztvevők közül néhányan (9,7%) azt állították, hogy nagyon feldúltak lennének, ha ilyen helyzet állna elő, csak néhányan (2%) nyilatkoztak úgy, hogy nem érdekelné őket, ha a család egyik tagja elhagyná a házat.

Tábla 43: Hajléktalanság esetén a hajléktalan személy jelenléte által tanúsítandó magatartás

Hajléktalan személy jelenléte	Hajléktalanság esetén tanúsítandó magatartás					Totál
	Nem tudom.	Megpróbálnék hazajutni.	Ha nem tudnék hazajutni, szólnék a	Olyan emberhez mennék, akit	Inkább az utcán élnék.	

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

				kormányna k.	ismerek.		
Igen	Ismerek hajléktalan személyt	11.7%	50.0%	3.2%	24.5%	10.6%	100.0%
	Reakció a hajléktalanságra	19.3%	58.0%	3.8%	35.9%	52.6%	31.3%
Nem	Ismerek hajléktalan személyt	22.0%	16.2%	39.3%	19.7%	2.9%	100.0%
	Reakció a hajléktalanságra	66.7%	34.6%	86.1%	53.1%	26.3%	11.3%
Nem tudom	Ismerek hajléktalan személyt	24.2%	18.2%	24.2%	21.2%	12.1%	100.0%
	Reakció a hajléktalanságra	14.0%	7.4%	26.3%	21.3%	6.3%	32.7%
Totál	Ismerek hajléktalan személyt	19.0%	27.0%	26.3%	21.3%	6.3%	100.0%
	Reakció a hajléktalanságra	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P: 0.000

A résztvevők több mint fele (57,7%) azt állította, hogy nincs olyan személy a környezetében, aki hajléktalansági tapasztalattal rendelkezett volna. Ez a helyzet kétféleképpen magyarázható. Az első helyzet a hajléktalanok láthatóságával kapcsolatos. Mivel a hajléktalanokat a társadalom nem veszi kellőképpen észre, ez a helyzet elkerülheti az egyének figyelmét, mint probléma. A második ok a hajléktalanságot okozó pszichológiai és fiziológiai problémákon alapul.

Megállapítható, hogy ez a helyzet azért nem állt elő, mert a vizsgálatban részt vevő személyek hozzátartozóiban nem voltak olyan súlyos traumák, amelyek hajléktalanságot okozhattak volna. Tíz résztvevőből három nyilatkozott úgy, hogy hajléktalanok veszik körül őket. Bár ez a szám meglehetősen magas, ez azt is jelezheti, hogy a hajléktalansággal kapcsolatos tudatosság növekedett. A résztvevők másik része azt állította, hogy nem rendelkezik semmilyen információval erről a helyzetről (11%). Egy másik arány azon alapul, hogy az emberek az élethelyzetektől függően inkább az utcán élnek (6,3%). Ez az arány meglehetősen magas, és azt jelentheti, hogy az emberek az utcát eszköznek tekintik egyéni vagy családi problémáik megoldásában.

Amikor a vonatkozó kérdésre vonatkozó Chi-négyzet teszt eredményeit vizsgáljuk, azt látjuk, hogy a családjukban hajléktalansági tapasztalattal rendelkező személyek megpróbálnak visszatérni otthonukba, ha ilyen helyzetet tapasztalnak (58%), míg azok a személyek, akik nem tapasztaltak ilyen helyzetet, kevésbé hajlandóak visszatérni otthonukba (34,6%). Ez a helyzet azt jelezheti, hogy a családban tapasztalt problémák bizonyos mértékben minden egyént érintenek,

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

és a szükséges beavatkozásokkal kapcsolatos lépéseket jobban figyelembe veszik, ha a probléma bekövetkezik.

6.2.2.2. A hajléktalanok problémái a családok szemszögéből

Table 44: A család szerepe a hajléktalan egyén otthonról való távozásában családi állapot szerint

Családi állapot		A család szerepe a hajléktalan egyén otthonról való távozásában családi állapot szerint					Totál
		Ilynek nincsenek.	Egy sem.	Vége.	Túl sok.	Nem tudom.	
Házias	Családi állapot	1.5%	1.5%	28.9%	60.7%	7.4%	100.0%
	A család szerepe	50.0%	25.0%	41.1%	48.5%	41.7%	45.0%
Singli	Családi állapot	1.8%	4.5%	33.9%	50.0%	9.8%	100.0%
	A család szerepe	50.0%	62.5%	40.0%	33.1%	45.8%	37.3%
Elvált	Családi állapot	0.0%	3.6%	57.1%	28.6%	10.7%	100.0%
	A család szerepe	0.0%	12.5%	16.8%	4.7%	12.5%	9.3%
Özvegy	Családi állapot	0.0%	0.0%	8.0%	92.0%	0.0%	10%
	A család szerepe	0.0%	0.0%	2.1%	13.6%	0.0%	8.3%
Totál	Családi állapot	1.3%	2.7%	31.7%	56.3%	8.0%	100.0%
	A család szerepe	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P: 0.006

A vizsgálatban résztvevők több mint fele (56,3%) azt állította, hogy a családok szerepe a hajléktalan emberek kiszorításában nagyon hatékony, és több mint 30%-uk azt állította, hogy bizonyos szinten hatékony. Ez az eredmény emlékeztet a családot, mint a társadalom legkisebb építőkövének fontosságára, és rámutat arra, hogy a rossz családi kapcsolatok az egyén elhagyására készíthetők. Körülbelül minden tizedik résztvevő (8%) azt állította, hogy nem tudja, miért fordulnak az emberek hajléktalanságba. Elég alacsony azoknak a résztvevőknek az aránya, akik szerint a család nem hatékony ebben a folyamatban. Ebben az összefüggésben érthető, hogy a családi rendszerek és egyensúlyok hatnak az egyénekre, és az egyének a családban tapasztalt problémák miatt fordulhatnak a hajléktalanság felé. Ebben az összefüggésben fontos a családi tanácsadási tevékenységek növelése, a családi kommunikáció erősítését célzó beavatkozási tervek kidolgozása és holisztikus szociálpolitikák végrehajtása.

Tábla 45: A hajléktalanok lakhatási problémája országoként

Lakóhely szerinti ország		Probléma a menedék megtalálásában					Totál
		Soha	Ritkán	Néha	Általában	Mindig	
Ausztria	Lakóhely szerinti ország	2.0%	30.0%	32.0%	24.0%	12.0%	100.0%
	A menedék észlelése	20.0%	55.6%	47.1%	13.3%	4.2%	16.7%
Olaszország	Lakóhely szerinti ország	4.0%	12.0%	18.0%	36.0%	30.0%	100.0%

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

	A menedék észlelése	40.0%	22.2%	26.5%	20.0%	10.4%	16.7%
Magyarország	Lakóhely szerinti ország	0.0%	10.0%	2.0%	24.0%	64.0%	100.0%
	A menedék észlelése	0.0%	18.5%	2.9%	13.3%	22.2%	16.7%
Törökország	Lakóhely szerinti ország	1.3%	0.7%	5.3%	32.0%	60.7%	100.0%
	A menedék észlelése	40.0%	3.7%	23.5%	53.3%	63.2%	50.0%
Totál	Lakóhely szerinti ország	1.7%	9.0%	11.3%	30.0%	48.0%	100.0%
	A menedék észlelése	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P: 0.0000

A vizsgálatban részt vevő személyek csaknem fele (48%) problémának tartotta a hajléktalanszállók hiányát. Azok, akik ezt a helyzetet általában problémának tartják, a résztvevők egyharmadát (30%) teszik ki. Minden tizedik résztvevő néha (11%), míg a többiek ritkán (9%) tekintették ezt problémának. Egy kis hányad (2%) nem tartotta problémának a hajléktalanságot. Az országok közötti különbségek megállapítására végzett Chi-négyzet elemzés szerint a hajléktalanságot leginkább Magyarországon (64) és Törökországban (60,7%) tekintették problémának. Olaszország nem tekintette általános problémának a hajléktalanszállók hiányát (4%). Érthető, hogy mivel Olaszországban az egyik legmagasabb a hajléktalanok száma, nem tekintik problémának, hogy az egyének normalizálják ezt a helyzetet, és ezért a hajléktalanok nem rendelkeznek menedékhellyel.

Tábla 46: Vélemények a hajléktalanok lakókörnyezetének biztonságáról a hajléktalanok jelenléte alapján

Hajléktalan egyén ismerete		Vélemények a hajléktalanok életterének biztonságáról				Total
		It's not safe at all.	It is not safe	Safe	It's very safe.	
Igen	Hajléktalan egyén ismerete	62.8%	21.3%	16.0%	0.0%	100.0%
	A lakóhely biztonsága	50.0%	20.2%	18.8%	0.0%	31.3%
Nem	Hajléktalan egyén ismerete	30.1%	36.4%	32.4%	1.2%	100.0%
	A lakóhely biztonsága	41.4%	63.6%	70.0%	66.7%	57.7%
Nem tudom	Hajléktalan egyén ismerete	21.2%	48.5%	27.3%	3.0%	100.0%
	A lakóhely biztonsága	5.9%	16.2%	11.3%	33.3%	11.0%
Totál	Hajléktalan egyén ismerete	39.3%	33.0%	26.7%	1.0%	100.0%
	A lakóhely biztonsága	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P: 0.000

A kutatásban résztvevők csaknem kétötöde (39%) úgy véli, hogy a hajléktalanok tartózkodási helyei nem biztonságosak. Ezt követően a résztvevők valamivel több mint 30%-a állította, hogy a hajléktalanok tartózkodási helyei nem biztonságosak. Azok százalékos aránya, akik szerint a hajléktalanok nem biztonságos helyeken tartózkodnak és nem biztonságosak, meglehetősen közel áll egymáshoz. Ez azt mutatja, hogy a résztvevők több mint fele nem tartja megbízhatónak

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

a hajléktalanszállókat. Azok a résztvevők, akik azt állították, hogy a hajléktalanok szállása biztonságos, több mint négyet (27%) képviseltek a kutatásban. Ha ezeket az adatokat a Chi-négyzet elemzés eredményei alapján értékeljük, akkor látható, hogy a hajléktalansággal kapcsolatos tapasztalatokkal rendelkező egyének a hajléktalanok szállásait inkább nem találják biztonságosnak (62,8%). Ebben az összefüggésben érthető, hogy fontos a probléma beszélgetőpartnereit is bevonni a folyamatba, hogy értékelni lehessen a tapasztalt problémák dimenzióit.

Tábla 47: A hajléktalanok problémáinak megoldását szolgáló szolgáltatások ismertsége

A hajléktalanoknak nyújtott szolgáltatások ismertsége	%
Igen	54.7
Nem	10.0
Nem tudom	18.7
A kormányynak létre kell hoznia	16.7
Totál	100

A hajléktalanok által tapasztalt problémák megoldására szolgáló tevékenységek és szolgáltatások létezésével tisztában lévők száma a résztvevők több mint felét (54,7%) teszi ki. Ez az eredmény fontos a hajléktalansággal kapcsolatos tudatosság növelése, a probléma megoldásának ismerete és az együttműködés szempontjából. Másrészt minden tizedik résztvevő (10%) úgy gondolja, hogy nincs olyan szolgáltató egység, amely a hajléktalanok számára lehetővé tenné a hazatérést és a problémáik megoldását. Nem elhanyagolható azonban azon résztvevők száma sem (18,7%), akik nem ismerik a hajléktalanság megoldására kialakított gyakorlatokat. Szükség van a hajléktalanság mint probléma láthatóvá tételére, a közterületek közzétételével végzett tevékenységek és szolgáltatások népszerűsítéséhez és a probléma megoldásához szükséges lépések bejelentésére.

Tábla 48: Vélemények az államok hajléktalanok hazatérésével kapcsolatos erőfeszítéseiről országonként

Lakóhely szerinti ország		Az államok erőfeszítései a hajléktalanok hazatérése érdekében					Totál
		Semennyi	Kevés	Sok	Túl sok	Nem tudom	
Ausztria	Lakóhely szerinti ország	0.0%	28.0%	72.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Az állam erőfeszítéseinek megítélése	0.0%	12.7%	41.4%	0.0%	0.0%	16.7%
Olaszország	Lakóhely szerinti ország	38.0%	36.0%	2.0%	0.0%	24.0%	100.0%
	Az állam erőfeszítéseinek megítélése	73.1%	16.4%	1.1%	0.0%	23.5%	16.7%
Magyarország	Lakóhely szerinti ország	0.0%	64.0%	28.0%	8.0%	0.0%	100.0%
	Az állam erőfeszítéseinek megítélése	0.0%	29.1%	16.1%	15.4%	0.0%	16.7%
Törökország	Lakóhely szerinti ország	4.7%	30.7%	24.0%	14.7%	26.0%	100.0%
	Az állam erőfeszítéseinek megítélése	26.9%	41.8%	41.4%	84.6%	76.5%	50.0%
Totál	Lakóhely szerinti ország	8.7%	36.7%	29.0%	8.7%	17.0%	100.0%

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Az állam erőfeszítéseinek megítélése	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
--------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

P: 0.000

Az a tény, hogy a résztvevők többsége (36,6%) azt állította, hogy az állam kevés erőfeszítést tesz azért, hogy az otthonról elvándoroltak újra hazatérhessenek, azt jelzi, hogy az állam e témában végzett tanulmányai nem elégségesek. A résztvevők közel egyharmada (29%) állította, hogy az állam megtette a szükséges erőfeszítéseket az otthonukból elvándorolt személyek hazatérése érdekében. Azok az egyének, akik nem tudják, hogy az állam milyen erőfeszítéseket tett e tekintetben, a résztvevők körülbelül egyötödét teszik ki. Ebben az összefüggésben az államnak ki kell dolgoznia és láthatóvá kell tennie a hajléktalansággal kapcsolatos szociálpolitikát. A Chi-négyzet elemzés eredményeit vizsgálva látható, hogy az olaszországi résztvevők (38%) azt állították, hogy az állam nem elég aktív a hajléktalanság problémájának megoldásában. Tekintettel arra, hogy Olaszország a legmagasabb hajléktalansági rátával rendelkező országok közé tartozik, megállapítható, hogy az adott országban az állami vizsgálatok nem elégségesek. Látható, hogy az állami tanulmányokkal leginkább elégedett résztvevők adatai szerint Ausztria (72%).

6.2.2.3. Vélemények a hajléktalanokat ellátó intézményekről/szervezetekről

Table 49: Kíváncsiság a hajléktalanokat ellátó intézmények/szervezetek iránt

Kíváncsiság a hajléktalanellátó intézményekkel kapcsolatban	%
Igen	66.7
Nem	17.0
Erre nem gondoltam.	16.3
Totál	100

A résztvevők többsége (66,7%) azt állította, hogy kíváncsi a hajléktalanokat ellátó szolgáltató intézményekre, például a menhelyekre és az ingyenkonyhákra. Ebben az összefüggésben érthető, hogy önkéntes tanulmányok segítségével és közösségi alapú beavatkozásokkal lehet megoldani a hajléktalansággal kapcsolatos problémákat. Azok az egyének, akik nem kíváncsiak a hajléktalanokat kiszolgáló intézményekre, a résztvevők körülbelül egyötödét teszik ki. Azoknak az egyéneknek az aránya, akik nem érdeklődnek ezen intézmények létezéséről, 16,3%. Ahogy a 46. és 47. táblázatban is szerepel, szükség van a hajléktalanság problémájának láthatóvá tételére.

Tábla 50: A hajléktalanokat ellátó intézmények/szervezetek látogatásának helyzete

Hajléktalanellátó intézmények látogatása	%
Igen	43.7
Nem	42.0
Erre nem gondoltam.	14.3
Totál	100

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A kutatás eredményeit vizsgálva látható, hogy a hajléktalanokat ellátó intézményeket látogató (43,7%) és a hajléktalanokat nem látogató (42%) résztvevők aránya közel azonos. Ebben az összefüggésben érthető, hogy a hajléktalanokat ellátó intézményeket látogató résztvevők érzékenyebbek és tudatosabbak a hajléktalansággal kapcsolatban, és úgy gondoljuk, hogy azok a résztvevők, akik nem látogatják a hajléktalanokat ellátó intézményeket, nem rendelkeznek elegendő információval e témában. A résztvevők közel egyhatoda (14,3%) nyilatkozott úgy, hogy nem gondolkodik a hajléktalanokat ellátó intézmények felkeresésén. Ebben az összefüggésben, ahogyan a 49. táblázatban szerepel, szükség van az önkéntes tevékenységek növelésére, és annak bejelentésére, hogy a hajléktalanokkal való foglalkozás az önkéntesség egyik területe.

Tábla 51: A hajléktalanokat ellátó intézményekben/szervezetekben való munkavállalási szándék státusza

Hajléktalanellátó intézményekben szeretnének dolgozni	%
Igen	44.0
Nem	23.0
Nem tudom/bizonytalan vagyok	22.3
Nem is tudtam, hogy vannak ilyen intézmények.	10.7
Totál	100

A résztvevők több mint 40%-a nyilatkozott úgy, hogy hajléktalanokat ellátó intézményekben vagy szervezetekben szeretne dolgozni. Az a tény, hogy többségük hajléktalanokat ellátó intézményekben szeretne dolgozni, azt mutatja, hogy van szociális érzékenység. Látható, hogy közel azonos az aránya azoknak a résztvevőknek, akik azt mondják, hogy nem akarnak hajléktalanokat ellátó intézményekben dolgozni (23%) és nem tudják eldönteni, hogy akarnak-e dolgozni vagy sem (22,3%). Ebben az összefüggésben stigmaellenes tanulmányokra és a társadalmi integrációt célzó beavatkozásokra van szükség. Minden tizedik résztvevő (10,7%) azonban azt állította, hogy nem tud ilyen intézményekről. A kapott eredményeket figyelembe véve érthető, hogy szükség van e terület megismertetésére a hajléktalanság területén dolgozó szakemberekkel, az érintett intézményekbe kinevezendő szakemberek számának növelésére, valamint a hajléktalansággal kapcsolatos magánkurzusok indítására az alapképzésben.

6.2.2.4. A házból távozó családtag visszatérésekor tanúsítandó magatartás

A résztvevőket megkérdezték: "Hogyan viselkedne egy olyan családtaggal szemben, aki elhagyta a házat és hazatért, és a kapott válaszokból a következő megállapításokat kaptuk.

Tábla 52: A családok véleménye a házból távozó személy hazatéréséről

A családok véleménye a házból távozó személy hazatéréséről	IGEN	NEM
--	------	-----

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Nagyon boldog lennék, és átölelném őt/őket.	52 %	48 %
Mindenben segítek neki.	65.7 %	34.3 %
Soha nem ismétlem meg azokat a régi hibákat, amelyek miatt azt hittem, hogy elhagyta a házat.	56.7 %	43.3 %
Nem csinállok semmit.	3 %	97 %
Ez nem történhet meg az én házamban.	9.7 %	90.3 %

Amikor a résztvevők véleményét vizsgáljuk a hajléktalanok családjukba való visszatéréséről, azt látjuk, hogy a résztvevők több mint fele (52%) kijelentette, hogy örülne, ha a hajléktalanok visszatérnének otthonukba. Abból a véleményből kiindulva, hogy jobb lenne, ha a családok hazatérnének, mintha egy családtag kint maradna, érthető, hogy ebben az esetben örülnének, és védenék, gondoznák a hajléktalan személyt. Jelentős arányban (48%) vannak azok, akik azt mondják, hogy nem fognak örülni. Úgy gondolják, hogy az ilyen arányú családtagok nem foglalkoznak a problémáikkal, amelyek a házból kikerült taggal kapcsolatban merülnek fel, mert nem lesz kompenzáció.

A családtagok úgy nyilatkoztak, hogy leginkább az segítene, ha az otthonukat elhagyó tag távozna és visszatérne. Látható, hogy ez az arány tíz emberből majdnem hét (65,7%) a résztvevők között. Látható, hogy tízből három ember azt mondja, hogy nem segítene a hazatérő családtagjának. A résztvevők több mint felének (34,3%) pozitív válasza azt jelzi, hogy a családtagnak nyújtott támogatást a végsőkéig el akarják vinni.

Ha egy otthonukból távozott és visszatért családtag, a családtagok kijelentették, hogy nem engednek korábbi hibáiknak. Látható, hogy ez az arány a résztvevők több mint fele (56,7%). Elmondható, hogy azok a családtagok, akik azt mondják, hogy nem fognak engedni a hibáimnak, tisztában vannak a hibáikkal. Látható, hogy tíz emberből négy (43,3%) azoknak a családtagoknak az aránya, akik azt mondják, hogy megismétlik korábbi hibáikat. Úgy gondoljuk, hogy a "nem" választ adók nem is tudnak a hibáikról.

Azon családtagok aránya, akik azt állították, hogy nem támogatnák, ha egy családtagjuk elhagyná otthonukat (97%). Ez azt mutatja, hogy azok a családtagok, akik azt mondják, hogy támogatnák őket, nem szakítják meg teljesen a kapcsolatot az otthonról távozott személlyel. Látható, hogy azok a családok, akik azt állították, hogy nem támogatnák, tíz emberből hármat (3%) tesznek ki a résztvevők között. Elhanyagolható azoknak a családoknak az aránya, akik azt állították, hogy támogatnák, illetve, hogy közömbösek lennének. Ez a helyzet azt magyarázza, hogy amikor a házból kikerülő egyének haza akarnak térni, hogy megpróbáljanak javítani helyzetükön, nem törik meg a családjuk érdeklődését és közelségét, és nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a családok ezen hozzáállása nagymértékben pozitív hatással van a hajléktalan egyénre.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Majdnem minden résztvevő (90,3%) azt állította, hogy előfordulhat olyan helyzet, amikor a család egyik tagja el akarja hagyni a házat, majd visszatérni. Ez azt mutatja, hogy a családok úgy gondolják, hogy jobb lenne, ha hazatérnének, mintha valamelyik családtagjuk hajléktalan lenne, és a családtagok ettől függetlenül nem szakítják meg a köztük lévő köteléket. Látható, hogy majdnem minden tizedik (9,7%) résztvevő azt állította, hogy ilyen esemény nem következne be, ha valamelyik tag elhagyná a házat. Úgy gondoljuk, hogy az ilyen véleményt valló résztvevők azért adták ezt a választ, mert a családi kötelékük nem erős, és bizonytalannak érzik magukat egymás iránt.

6.2. 3. A családi problémák megbeszélésének gyakorisága

Tábla 53: A családi problémák megbeszélésének gyakorisága

A családi problémák megbeszélésének gyakorisága	%
Soha	8
Néhányszor egy évben	19
Néhányszor egy hónapban	37
Néhányszor egy héten	20.6
Nagyjából minden nap	15.3

Miközben a családi problémákkal járó helyzetekről sürgősen beszélni kell, és le kell zárni azokat a helyzeteket, amelyekben családi problémák merülnek fel, és a békesség és boldogság érdekében meg kell szüntetni a problémát, a résztvevők közül tíz emberből majdnem egy (8%) az, aki azt mondja, hogy soha nem beszél a családi problémákról. Ezt követően a csoport azt állította, hogy évente többször beszélnek a következő családi problémákról, és a résztvevők körülbelül 1/5-ét teszik ki. Ez a helyzet azonban nem elegendő ahhoz, hogy problémáikat egyértelműen megoldják. Bár azok az emberek, akik azt mondják, hogy havonta néhányszor beszélgetnek (37%), ígéretet tesznek, a beszélgetéssel teljesen kiküszöbölhető problémáik hosszú idő alatt megoldhatatlanná válnak. Azok az emberek, akik azt mondják, hogy szinte minden nap beszélgetnek, még tíz emberből kettőt (15,3%) sem tudnak a résztvevők közül. Ez a helyzet lehetővé teheti a problémák tisztázását és egészséges megoldását. A társadalomban a családi kapcsolatok ilyen alacsony aránya azonban komoly romlást okozhat a családi struktúrákban.

Table 54: A családi problémák megoldási módszere

A családi problémák megoldási módszere	%
A téma megvitatásával és elfogadásával	71.3
Az idősebb családtagok közreműködésével	13.3
Egy befolyásos családi barátéhoz fordulunk	1
Tanácsadói támogatással	8.3
A probléma továbbra is megoldatlan	6

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A családi problémák megoldási módjait vizsgálva, mivel a résztvevők közül tíz emberből hét (71,3%) beszélgetéssel oldja meg a problémáit, elmondhatjuk, hogy a családi kommunikáció jó szinten van. Ez a helyzet azt mutatja, hogy a család közösen oldja meg a problémákat, és közösen cselekszik bármilyen problémával szemben. Ezt követte a család idősebb tagjaival való konzultáció (13,3%), illetve a család idősebbjeivel való konzultáció (13,3%). Ez a helyzet legalább azt mutatja, hogy a család idősebbjeinek véleményével törődnek a problémákkal szemben. A résztvevők csaknem minden tizedik tagja (8,3%) nyilatkozott úgy, hogy az ismerőseihez fordulhat. Ez azt mutatja, hogy a szakértői támogatás sokkal hatékonyabb szerepet játszik a család szociális problémáinak megoldásában, mint a felismerés, amikor bármilyen problémával szembesülnek. Úgy gondoljuk, hogy azoknál, akik azt mondják, hogy nem fog megoldódni (6%), a családban kommunikációs zavarok vannak.

Tábla 55: A családon belüli erőszak helyzete

A családon belüli erőszak fontossága	%
Soha	79.3
Nagyon alacsony	12.7
Alacsony	5.3
Magas	2.3
Túl magas	3

A résztvevők közül tízből majdnem nyolc (79,3%) azt állította, hogy nem volt még kitéve családon belüli erőszaknak, ami azt jelzi, hogy korábban nem volt tanúja erőszaknak a családi struktúrában. Jelentős arányban (12,7%) vannak azok, akik azt állítják, hogy nagyon kevésbé lesznek kitéve erőszaknak. Nem elhanyagolható azonban azok aránya sem, akik azt mondják, hogy kevesebbet fognak látogatni (5,3%). Ezek az emberek közé tartoznak azok, akik úgy gondolják, hogy különböző pontokon már ki voltak téve erőszaknak. Nincs jelentős különbség azok között, akik azt mondják, hogy ki vannak téve erőszaknak (3%) és azok között, akik ki vannak téve erőszaknak (2,3%). Látható, hogy ezek a szegmensek súlyos fizikai vagy lelki erőszaknak vannak kitéve.

Tábla 56: Gondolatok az erőszak elleni intézkedésekről

Az erőszak megelőzésére vonatkozó ötletek	%
Az illetékes intézményhez fordulok.	18.7
Jelenteni fogom a bűnüldöző szerveknek.	25.7
Majd kitaláljuk magunk.	38.7
Támogatást kérünk az idősebb családtagoktól	15
Egy befolyásos családi barátához fordulunk	2

Úgy véljük, hogy a résztvevők legnagyobb része (38,7%) azon az alapon beszélt és kezelte az erőszak elleni óvintézkedéseket, hogy ami a családban történt, annak a családban kell maradnia.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Míg a résztvevők több mint egynegyede (25,7%) a bűnüldöző szerveknél tett feljelentést, addig kevesebb résztvevő (18,7%) nyilatkozott úgy, hogy az intézményhez fordulna. Ez azt mutatja, hogy a bűnüldöző szervek megnyugtatóbbak a résztvevők számára, mint az intézmény. Úgy gondoljuk, hogy a családi idősebbek egyesítő erejébe vetett bizalom érzése dominál, amikor a résztvevők közül többen (15%) kértek támogatást a családi idősebbektől, mint ahányan jelentős ismerőshöz fordultak (2%).

EREDMÉNY

Az ember, aki bio-pszicho-szociális dimenzióival igyekszik kifejezni magát a világban, természeténél fogva mindig is főszereplője volt a világban folyó küzdelemnek. E küzdelem során számos olyan cselekedet érte, amelyet ő maga okozott, vagy amelybe nem tudott beavatkozni, és hatással volt rájuk. Ezek az akciók jelentős változásokat eredményeztek a tömegek számára, és ezért az embereket hátrányos helyzetekbe sodorták.

A hajléktalanság, mint az emberi küzdelem egyik legnyilvánvalóbb negatívuma, olyan társadalmi problémává vált, amely a múltból a jelenbe érződött, és minden korban találkozhatunk vele. Noha történetek kutatások ennek az ősi problémának a kezdetéről, amely egyidős az emberi történelemmel, tény, hogy ma már nagyon nehéz egyértelmű dátumot adni. Hasonlóképpen nem lehet élesen meghatározni sem. Mivel a hajléktalanság minden társadalomban és minden korszakban hozta a maga sajátosságait, ezért nem lehet körvonalazott definíciót alkotni. A fogalom meghatározásának kétértelmősége pozitív és negatív eredményeket hozott. Egyrészt a definíció határainak megvonásának képtelensége szinte minden tudományterületet a hajléktalanság címzettjévé tett, ami lehetővé tette a témával kapcsolatos új nézőpontok és elméletek kidolgozását. Másrészt a fogalom nagyon korlátlan identitást nyert, és nehezzé vált a témával kapcsolatos kutatások végzése.

A hajléktalanság olyan jelenség, amely minden társadalomban másképp jelentkezik, és sokféleképpen érinti az egyéneket. Ez a fogalom, amely számos problémával ciklikus kapcsolatban áll, megakadályozza az egyéneket abban, hogy kielégítsék szükségleteiket és teljesítsék kötelességeiket. Ha egy olyan egyén, akinek nincs elég lehetősége, nem részesül eléggé a társadalmi lehetőségekből, ez a helyzet összetett folyamatot hozhat magával, és az egyén a problémák spiráljába kerülhet (Genç et al., 2022). Ezért az országoknak saját beavatkozási módszereket és programokat kell kidolgozniuk egy ilyen mértékű, az egyént és a társadalmat egyaránt érintő társadalmi problémával szemben. E módszerek és programok megvalósításának legfontosabb útiterve kétségtelenül a tudományos kutatás. A tudományos kutatásból nyert adatok és megállapítások kulcsszerepet játszanak a társadalmi problémák tekintetében.

Ezt a kutatást a hajléktalanság jelenségét megfigyelő Törökországban, Olaszországban, Ausztriában és Magyarországon végezték, hogy feltárják a hajléktalanság problémájának jelenlegi helyzetét, és összehasonlító eredményeket mutassanak be. A kutatás keretében interjúkat készítettek hajléktalan személyekkel és hajléktalan személyek családjaival, akik

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

megtapasztalták a hajléktalanság állapotát, és fontos adatokat szereztek a hajléktalanok és családjaik által a hajléktalanság folyamata során tapasztalt problémákról.

A tanulmányt négy különböző országból összesen 400 résztvevővel végezték el, köztük 100 hajléktalan személy és 300 hajléktalan személy családtagjaival. A tanulmányban a demográfiai struktúrát nagyon fontosnak tartották a megfelelő és egészséges adatok megszerzése érdekében. Ennek megfelelően a hajléktalan résztvevők több mint felét a Törökországban élő hajléktalanok teszik ki, míg a többi résztvevő egyenlő arányban a fennmaradó három országból származik. A résztvevők neme közel állt egymáshoz. Ez a helyzet jelentősnek bizonyult a nemi alapú magyarázatokban való bizalom szempontjából.

Megfigyelték, hogy a hajléktalanok, akik a családi struktúrák tekintetében különböző módon veszik fel az életmódot, e tekintetben problémás életet élnek. Mivel a résztvevők jelentős része azt állította, hogy korábban soha nem volt házas, hogy házas volt és elvált, vagy hogy külön él a házastársától, bár hivatalosan házas, ez a helyzet a gyermekek számában is tükröződött, és arra a következtetésre jutottunk, hogy a hajléktalan résztvevők több mint felének nincs gyermeke (lásd a 2. táblázatot).

Degrees of education, which were seen at very low levels in terms of education level, were found (see Table 2). While only a quarter of the participants has a high school or higher education degree, the remaining parts consist of people who have left the relevant school or have a diploma at the primary/secondary school level, and there are also people who are illiterate among these people. It is seen as a valuable finding obtained from this research to say that homelessness started at a young age. It has been determined that more than half of the participants are younger than middle adulthood age (35). As the age increases, there is a decrease in the rate of homeless people.

A hajléktalansággal kapcsolatban az egyik fontos szempont, hogy a hajléktalanok életkora az első alkalom. Ugyanis az a tény, hogy a hajléktalanságot fiatal korban tapasztalják meg, sokkal több problémával járhat az egyén számára. Amikor a résztvevők hajléktalanná válásának életkorát vizsgáltuk, azt láttuk, hogy szinte mindegyikük (95%) 18 éves kora után találkozott a hajléktalansággal (lásd a 3. táblázatot). Ebből a szempontból nem lenne tévedés azt mondani, hogy az intézmények szolgáltatásai és a gyermekkorban szolgáló tevékenységek fontosak. Szükségesnek tűnik, hogy ezeket a megelőző-védő szolgáltatásokat a felnőttek számára is figyelembe vegyünk és megvalósítsuk.

A hajléktalan személyek egyedül élnek meg a hajléktalanság jelenlegi állapotát. Ugyanis a vizsgálatban részt vevő hajléktalanok háromnegyede (75%) egyedül él. Egy kis részük azt

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

állította, hogy barátokkal, ismerősökkel és/vagy házastársakkal él. A hajléktalanság azonban friss társadalmi problémaként jelenik meg. A hajléktalanok közel háromötöde (58%) azt állította, hogy egy éve vagy annál rövidebb ideje szembesül ezzel a problémával. Ez azt mutatja, hogy a hajléktalanság az utóbbi időben jelentősen megnőtt (lásd a 4. táblázatot).

A hajléktalanság egyszerre jár a térbeli elkülönüléssel és a társadalmi környezettel való kommunikáció hiányával. A hajléktalanok majdnem minden nyolcadik (76%) ember az elmúlt két hónapban kevesebb mint egy hétig találkozott családtagjaival vagy rokonaival (lásd 5. táblázat). Ez a helyzet párhuzamba áll a 4. táblázatban megadott egyedül élő helyzetekkel. Ugyanis a kommunikációtól távoli egyén rossz sorsa magányosságban nyilvánul meg. A hajléktalanság olyan probléma, amely sokféleképpen érintheti az egyéneket. A résztvevők azt állították, hogy a hajléktalanná válás folyamatában számos társadalmi, gazdasági és pszichológiai akadállyal szembesültek. Ezek közé tartoznak a családjukkal kapcsolatos problémák, a munkalehetőségektől való megfosztás, az alapvető szükségleteik kielégítésének képtelensége, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének képtelensége és a függőséghez való fordulás. Statisztikailag szignifikáns összefüggés volt megfigyelhető a hajléktalanok lakóhelye szerinti ország és a problémáik között (lásd a 6. táblázatot). Ennek megfelelően a legproblémásabb ország a Törökországban élő hajléktalanoké. Az a tény, hogy a negatívumok széles skáláját okozza, arra utal, hogy a hajléktalanságban megvan az a potenciál, amely a bűnözéssel hozható összefüggésbe. Emiatt a hajléktalan embereknek kérdéseket tettek fel a börtönmúltjukról, és arra a következtetésre jutottak, hogy majdnem minden tizedik embernek van ilyen múltja (13%).

Teljesen ésszerű, hogy az utcák nehéz körülményeket teremtenek a hajléktalanok számára. Ebből az elképzelésből kiindulva az is lehetséges, hogy a hajléktalanok bűnözésbe keverednek vagy bűncselekményt követnek el. Ezzel szemben a vizsgálatban részt vevő hajléktalanok többsége még soha nem volt börtönben (lásd a 7. táblázatot). Ez a helyzet legalábbis úgy értelmezhető, hogy a hajléktalanság során nem szereznek többszörös problémákat.

A lakhatási probléma a hajléktalanság legmarkánsabb jellemzője. Ugyanis amikor a hajléktalanságot a történelem során definiálták és értelmezték, az általános véleményt azzal magyarázták, hogy nincs hol lakniuk. Azt is megállapították, hogy az ország, ahol a hajléktalanok éltek, összefügg a lakhatással kapcsolatos megítélésükkel. Ennek megfelelően statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a hajléktalanok lakóhelye szerinti ország és a lakhatási probléma között ($p < 0,05$). Megállapítást nyert, hogy a hajléktalanok közül azok a hajléktalanok, akik szerint a hajléktalanszállás a legnagyobb problémát jelentette számukra, a Törökországban élő hajléktalanok voltak (lásd a 8. táblázatot). Megfigyelték, hogy azok, akik azt

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

mondták, hogy a lakhatás nem jelent számukra problémát, többnyire Olaszországban laknak. Köztudott, hogy a hajléktalanság folyamatában az egyének - az utcán kívül - leginkább a hajléktalanellátó intézményekben élnek. Ezek az intézmények befogadják a hajléktalanokat, még akkor is, ha bizonyos órákon belül tartózkodnak. Bár a menedéket mint alapvető szükségletet biztosítani lehet, a kutatásban elért másik megállapítás az, hogy ezek az intézmények nem adnak bizalmat az egyéneknek. A résztvevők fele azt állította, hogy nem teljesen megértőek és néha nem biztonságosak. Ez értékes adatnak tekinthető az intézmény struktúrájának kommentálása szempontjából.

A lakhatási problémával párhuzamosan a hajléktalanszállók bizalmi szintje is fontos kérdés a hajléktalanok számára. Az a tény, hogy csak minden harmadik résztvevő érzi magát bizonytalannak, arra utalhat, hogy a jelenlegi tartózkodási helyükön viszonylag kisebb a veszély (lásd a 9. táblázatot). A hajléktalanok számára nyújtott iránymutató szolgáltatásokat ugyanolyan fontosnak tartják, mint a hajléktalanok jelenlegi helyzetének meghatározását. Mivel a hajléktalan egyént ebbe a helyzetbe hozó okok a társadalmi erőforrások hiányából fakadnak, ezért elengedhetetlen a hajléktalanok problémáival kapcsolatos tanácsadás. A résztvevők csaknem minden ötödik (18%) kapott olyan ajánlásokat, amelyek a hajléktalansági folyamat során tartós megoldásokat tartalmaznak (lásd a 10. táblázatot). A fennmaradó hajléktalanok azonban azt állították, hogy ideiglenes megoldásokat ajánlottak nekik, vagy nem kaptak semmilyen tanácsot. Egy másik kérdés a hajléktalansággal járó konkrét nélkülözések. A hajléktalanná válás folyamata nemcsak egy ingatlan elvesztésével jár, hanem számos társadalmi erőforráshoz való hozzáférés elvesztésével is. Azok a hajléktalanok, akiknek nincs rendszeres munkájuk, olyan helyzetekkel szembesülnek, amikor alapvető szükségleteiket, például az élelmet és a táplálkozást nem tudják kielégíteni (lásd a 11. táblázatot). A kutatás keretében a hajléktalanok több mint háromötöde (62%) nyilatkozott úgy, hogy az élelemszerzés komoly problémát jelent számukra.

A hajléktalanság viszonylag késői, fiatal korban szerzett tapasztalata sokféleképpen befolyásolhatja az egyéneket. Figyelembe véve a hajléktalanság által kiváltott egyes szokásokat, ez a helyzet még erősebben érezhető. A vizsgálatban statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak az első hajléktalanság életkora és az első alkoholfogyasztás között ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a 0-17 év között először hajléktalanná vált személyek mindegyike 18 éves kora előtt kezdett el inni. Ha az egyén gyermekkorban válik hajléktalanná, akkor ez azt eredményezi, hogy korán kezd alkoholt fogyasztani (lásd a 12. táblázatot). Ezzel szemben megfigyelhető volt, hogy azok, akik középkorukban váltak hajléktalanná, későbbi életkorban kezdtek először alkoholt fogyasztani. Az alkoholfogyasztás mellett annak mennyisége és gyakorisága is fontos folyamatra utal a hajléktalanság folyamatában. Miközben a hajléktalan személyek szembesülnek az aktuális

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

hajléktalansági helyzet hátrányaival, az ebben az időszakban meghozandó rossz döntések következtében különböző szokásokhoz juthatnak. A körülmények, amelyek között a hajléktalanok élnek, az egyik meghatározó tényezője ennek az időszaknak. A lakóhely szerinti ország bizonyos különbségeket hozhat a releváns szokások elsajátításában/elhagyásában ebben a folyamatban. Például statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a lakóhely szerinti ország és az alkoholfogyasztás gyakorisága között ($p < 0,05$). Míg a legalacsonyabb alkoholfogyasztási gyakorisággal a Törökországban élő hajléktalanok rendelkeztek, addig az Ausztriában élő hajléktalanok fogyasztottak a legtöbb alkoholt (lásd a 13. táblázatot). Ez a helyzet szükségessé teheti, hogy a hajléktalanság során megvalósítandó szolgáltatások és programok a lakóhely jellemzőinek megfelelően járjanak el. A hajléktalanság folyamatában történő alkoholfogyasztás másik nézőpontja az, hogy az alkohol problémaként definiálódik-e, mert egyesek nem gondolják, hogy az alkohol árt nekik. Ebben a vizsgálatban is hasonló eredményre jutottunk, és majdnem minden tíz hajléktalan résztvevőből hatan (58%) nyilatkoztak úgy, hogy nem akarnak erőfeszítéseket tenni az alkoholfogyasztás abbahagyása érdekében (lásd a 14. táblázatot).

Bár az alkohol a függőséget okozó anyagok közé tartozik, ez csak egy az anyagként meghatározott termékek közül. Ma már vannak az alkoholnál hatékonyabb, károsabb és gyorsabb függőséget okozó anyagok. Az a tény, hogy a hajléktalanok a saját házukon kívül élnek, még fontosabbá teszi az utcákat, ahol az anyagokat megismerő, megismerő és használó emberek járnak. Emellett az egyének életkörülményei, a környezet, amelyben felnőttek, a hely, ahol élnek, és az általuk elfogadott értékek is fontosak az anyaghoz való közeledés szempontjából ebben a folyamatban. Ebben az összefüggésben statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a hajléktalan résztvevők droghasználata és a lakóhely szerinti ország között ($p < 0,05$). Míg a legkevesebb szert a Törökországban élő hajléktalanok használták, addig a Magyarországon élő résztvevők voltak azok, akik a legtöbb szert használták (lásd a 15. táblázatot). Rendkívül fontos szerepe van azonban annak, hogy az egyén hogyan érzékeli önmagát, valamint a szerhasználatnak. Mivel sokféle ok vezethet az egyént a szerhasználatra, a saját okát internalizáló egyén csak az oknak való megfelelésre vonatkozó elfogadást tudja elvégezni, ahelyett, hogy önmagát függőként definiálná. A vizsgálatban részt vevő hajléktalanok többsége nem tekinti magát függőnek (lásd a 16. táblázatot). A résztvevők körülbelül egyötöde (18%) nyilatkozott úgy, hogy megpróbálta csökkenteni a szerhasználatot, de mégsem történt változás (lásd 17. táblázat). A különböző támogatási mechanizmusok aktiválása ennek a szegmensnek, amely komoly arányt képvisel az összes résztvevő között, hozzájárul az egyén jelenlegi helyzetének javításához.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A hajléktalanság folyamatának pszichoszociális dimenziója a hajléktalan egyénnek a társadalmi élet szereplőitől kapott támogatás eredményeként jelenik meg ebben a folyamatban. Konkrétan a társadalmi környezettől kapott visszajelzések nagyon fontosak a sok hátránnyal együtt élő hajléktalan számára. Ezek a társadalmi élet szereplői a család, a barátok és az intézményekben dolgozó szakemberek a hajléktalan egyén számára. Emiatt a hajléktalanság és a társadalmi élet szereplői közötti kapcsolatot a kutatók fontosnak tartották. Ennek megfelelően a hajléktalanság folyamata során a családi támogatás egyértelműségére vonatkozó kérdés eredményeként a résztvevők többsége (68%) úgy vélte, hogy a családi támogatásnak semmilyen hozzájárulása nincs a hajléktalanság folyamata során, ami nagyon meglepő eredményként került meghatározásra (lásd a 18. táblázatot). Hasonlóképpen, a személyközi különbségek és a családi támogatás közötti kapcsolat vizsgálatának eredményeként statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a lakóhely szerinti ország és a családi támogatás között a támogatás kérése során ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a hajléktalan résztvevők közül a török hajléktalan résztvevők a legbizonytalanabbak, amikor a családi támogatást veszik figyelembe (lásd 19. táblázat). A török hajléktalanok több mint háromötöde (61,9%) azt állította, hogy többnyire vagy mindig habozik a családjától, ha támogatásra van szüksége. Ausztriában a legkevésbé problémás a támogatás kérése. A résztvevők azt állították, hogy soha vagy ritkán haboznának (100%). Az Olaszországban és Magyarországon élő, a vizsgálatban részt vevő hajléktalanok tétovázási aránya hasonló.

A barátok esetében a családi kapcsolatokhoz hasonló képet látunk. Statisztikailag szignifikáns összefüggést találtunk a résztvevők lakóhelye szerinti ország és a tétovázásuk között, amikor a hajléktalanság folyamata során támogatást kérnek a barátaiktól ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a legbizonytalanabbak a barátok támogatásának kérésekor a Törökországban élő hajléktalanok. Tízből hét (71%) Túrkevény élő hajléktalan ember azt állította, hogy többnyire vagy mindig tétovázik, amikor baráti támogatást kér (lásd a 20. táblázatot).

Egy másik hatóság, amelyet a hajléktalanok a társadalmi életben megszólíthatnak, az intézmények. Különösen abban az esetben, ha a család és a barátok nem nyújtanak elegendő támogatást, az intézmények által nyújtott szolgáltatások nagyon fontosak a hajléktalanok számára. A tanulmány keretében a résztvevőket arról kérdeztük, hogy tétováznak-e, amikor támogatást kérnek a szolgáltató intézmények személyzetétől, és azt láttuk, hogy a válaszok aránya közel áll egymáshoz. Minden ötödik résztvevő (22%) azt állította, hogy soha nem hezitált. Egy ilyen jelentős arányt értékesnek kell tekinteni a kapott válaszok között. Ha ugyanis a hajléktalan egyén nem habozik az intézményekhez fordulni, ha problémája van, akkor ebből arra lehet következtetni, hogy hozzáférést biztosít az ország, ahol él, felhatalmazott szereplőiehez.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

A fontos az, hogy a többi válasz arányát közelebb hozzuk a nem habozó magatartáshoz (lásd a 21. táblázatot).

Az intézmények, amelyek a hajléktalanok életének egyik helyszínei, a kutatás keretében vizsgált fontos társadalmi területként jelennek meg. A kutatás eredményeként statisztikailag szignifikáns összefüggést találtak a hajléktalanok lakóhelyének országa és az intézményben való életük folyamatossága között ($p < 0,05$). Míg az intézményekben tartózkodó osztrák résztvevők közül a legtöbbet, addig a legkevesebbet a törökországi hajléktalanok laknak. Ebben a tekintetben figyelemre méltó eredmény, hogy csak az osztrák résztvevőknek van intézményi ellátási előzménye, és más országokban nem állnak rendelkezésre. Az intézményi ellátási előzmények hiánya Ausztrián kívüli országokban arra utal, hogy az országok a hajléktalanok számára intézményi szolgáltatásokat fejlesztettek ki. Az a tény, hogy Ausztriában a hajléktalan személyek előzménye az intézményi ellátás, arra enged következtetni, hogy az intézményi ellátási modell hangsúlyos.

Ha akkor minden ország polgárainak legalább 60%-a kommunikál a családjával vagy rokonaival. Ezzel a megállapítással arra a következtetésre jutottunk, hogy a résztvevők többsége kommunikál a rokonaival, még akkor is, ha az országok változnak.

A szülők alkoholfogyasztási szokásaival kapcsolatban megállapították, hogy a hajléktalanok alkoholfogyasztása nagyon kritikus változó a hajléktalanság folyamatában. Statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a családok alkoholfogyasztása és a hajléktalanok alkoholfogyasztása között ($p < 0,05$). Ez a helyzet azt mutatja, hogy a család tagjainak viselkedése nagymértékben befolyásolja a hajléktalanokat. A magas alkohol- vagy szerfogyasztású hajléktalan személyek családtagjai több alkoholt vagy szert fogyasztanak, mint mások (lásd a 24. táblázatot).

Statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a résztvevők többségének 18 éves koráig családon belüli erőszaknak való kitettsége és az országok között, ahol éltek ($p < 0,05$). Ennek megfelelően a 18 év alatti hajléktalanok közül a legtöbb erőszakot az Ausztriában élő hajléktalanok szenvedték el. A többi országban az erőszak aránya meglehetősen alacsony (lásd a 25. táblázatot).

Amikor a résztvevők foglalkoztatási státuszát vizsgálták 15 éves koruktól napjainkig jövedelemszerző munkakörben, kiderült, hogy csak egynegyedük nem dolgozott soha. A fennmaradó résztvevők azonban bizonyos időszakokban jövedelemtermelő munkahelyen dolgoztak (lásd a 26. táblázatot). Az elmúlt hónapban majdnem minden hetedik résztvevő azt állította, hogy nem dolgozott semmilyen jövedelemszerző munkát (lásd a 27. táblázatot).

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

Hasonló arányt találtak a tekintetben is, hogy az elmúlt hónapban hány különböző munkahelyen dolgoztak. Majdnem minden hetedik résztvevő azt állította, hogy nem végzett semmilyen munkát. Vannak azonban olyan hajléktalanok is, akik egyetlen munkát és több munkát is végeznek (lásd a 28. táblázatot). A pénzkereseti módok közül a legkülönbözőbb tevékenységek tűnnek ki. Az alternatív jövedelemszerzés módjainak vizsgálatakor kiderült, hogy olyan alternatív módszereket alkalmaznak, mint a segítségkérés és a koldulás (lásd a 29. táblázatot).

Az egészségügyi megítélés és problémák az egyik olyan kérdés, amelyet a hajléktalansági folyamat a leginkább előre jelez az egyének számára. Statisztikailag szignifikáns kapcsolatot találtak a résztvevők lakóhelye szerinti ország és a jelenlegi egészségfelfogásuk között ($p < 0,05$). Ennek megfelelően az Olaszországban élő hajléktalanok azok, akik a legalacsonyabb szinten határozzák meg az egészségérzetüket (lásd a 30. táblázatot). A más országokban élő hajléktalanok egészségfelfogása közepes és magasabb. Ez a helyzet azt mutatja, hogy a résztvevők egészségesnek tartják magukat, és még a nehéz körülmények között is folytatják életüket.

Bár az egészségérzetük mérsékelt, ez nem változtat azon a tényen, hogy a hajléktalanoknak vannak fizikai problémáik. Ugyanis a résztvevőknek csak egyharmada állította, hogy nem tapasztal fizikai fájdalmat (lásd a 31. táblázatot). Az a tény, hogy a fennmaradó résznek enyhe vagy súlyos fájdalmai vannak, rávilágít az egészségügyi szolgáltatások fontosságára a hajléktalanság folyamatában.

Amikor a résztvevőket a személyes tevékenységek elvégzésének állapotát értékelték, kiderült, hogy az orvos által felírt gyógyszerek több mint felét be tudták venni (lásd a 32. táblázatot); a többségük tudott segítséget kérni (lásd a 33. táblázatot); több mint felük nem tudott költségvetési tervet készíteni (lásd a 34. táblázatot); több mint felük nem tudott busszal utazni (lásd a 35. táblázatot). A résztvevők képtelensége olyan tevékenységek elvégzésére, mint a költségvetési tervezés és a buszozás, miközben olyan tevékenységek elvégzésére, mint az egészség és a pénzügyi gyarapodás, az alapvető szükségletek kielégítésével és a mérsékelt életszínvonal elérésével függ össze. Tekintettel arra, hogy az olyan cselekvések, mint az autóbusszal való utazás vagy a költségvetés tervezése átlagon felüliek, és az egyének hajléktalanok, lehetségesnek tűnik, hogy nem tudják ezeket a cselekvéseket végrehajtani.

Megállapítást nyert, hogy a résztvevők többsége nem tartózkodott kórházban, és nem használt kábítószereket mentális vagy érzelmi egészségügyi problémák miatt (lásd a 36. táblázatot). Az egyének képtelensége az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésre vagy azok részleges elérésére ezzel a helyzettel függ össze. Mivel hajléktalanok és nem rendelkeznek

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

társadalombiztosítással, az egyének nem tudnak intézményi ellátást és gyógyszeres kezelést biztosítani (lásd a 37. táblázatot).

A hajléktalan családok demográfiai jellemzőit vizsgálva kiderül, hogy a résztvevők többsége házas, van munkája, a városközpontban él, és közepes jövedelmüként határozza meg magát (lásd a 38. táblázatot). Ez az eredmény érdekes, ha a hajléktalansággal foglalkozó más tanulmányokat nézzük. Ryan és Hartman (2000: 173) tanulmányában érthető, hogy bár a házasságkötési arány magas, az emberek anyagi gondokkal küzdenek, és nem jutnak elegendő munkalehetőséghez. Természetesen a két tanulmány között eltelt időt figyelembe véve érthető, hogy ilyen különbségek vannak. Amikor azonban a résztvevőket a hajléktalanság okairól kérdezték, azt láttuk, hogy a gazdasági problémákra adott válaszok voltak többen (lásd a 39. táblázatot). Ez a helyzet azt mutathatja, hogy az egyének a posztmodern korba való visszatérésként a jövedelem igazságtalan elosztása miatt szembesülhetnek problémákkal a családban.

Amikor a hajléktalan családokat a hajléktalanság okairól kérdezik, látható, hogy a gazdasági problémák, a családon belüli erőszak, a családi közömbösség és az emberek mentális és fizikai betegségei kerülnek előtérbe (lásd a 39. táblázatot). Ezek az eredmények hasonlóak más tanulmányokhoz. Pardeck (2006: 57) szerint a családon belüli erőszak az egyik legnagyobb ok, amiért az egyének hajléktalanná válnak. Emellett azt is megállapították, hogy az erőszak a mentális egészségügyi problémákkal küzdő hajléktalanok körében is előfordul. Polgar et al. (2006: 287) tanulmányában a hajléktalan családokat mint szociális támogatási mechanizmust vizsgálták. A tanulmányban hangsúlyozták, hogy a családok támogatást nyújtanak a hajléktalan családtagoknak, de ezt a támogatást befolyásolják a különböző deprivációk és mentális betegségek. A szakirodalomban azonban megállapítást nyert, hogy a hajléktalanok a lakhatási problémákra összpontosítanak, és a mentális betegséggel élő hajléktalanokról szóló tanulmányok nem elegendők (Bassuk és Geller, 2006: 794-795).

A hajléktalanokkal kapcsolatos másik fontos probléma a megbélyegzés. A fogyatékkal élők, a mentális betegségben szenvedők, a bevándorlók, a hajléktalanok és a társadalom más hátrányos helyzetű csoportjai megbélyegzéssel szembesülhetnek attól függően, hogy milyen időszakban élnek. Ez a helyzet megakadályozza az embereket a társadalomba való beilleszkedésben, és a probléma méretének növekedését okozhatja. Emiatt a helyzet miatt fontos, hogy az emberek milyen reakciókat mutatnak, amikor hajléktalan emberekkel találkoznak. Ebben az összefüggésben a vizsgálatban részt vevő családok arról számoltak be, hogy kapcsolatba lépnek az állami intézményekkel, amikor hajléktalan személyekkel találkoznak. Voltak azonban olyan résztvevők is, akiket ez a téma nem érdekelt, vagy nem tudták, mit kellene tenniük (lásd a 40. táblázatot). Amint az a résztvevők válaszaiból kiderül, megfigyelhető, hogy a hajléktalansággal

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

kapcsolatos tudatosság hiánya tapasztalható, és hogy a stigmatizáció - bár nem láthatóan - hatással van az egyének hozzáállására. Ebben az összefüggésben megfogalmazódik, hogy mit kell tenni a hajléktalanok által tapasztalt stigmatizáció megelőzése érdekében. Ennek során hangsúlyozták, hogy fontos azonosítani azokat a helyzeteket, amelyek az embereket az utcára vezetik, és növelni kell a stigmaellenes tevékenységeket (Belcher és DeForge, 2012: 941).

A társadalom a hajléktalanokat haszontalannak, csódtömegnek, csavargónak, veszélyesnek, lustának és hasonló kifejezésekkel definiálhatja, és úgy gondolja, hogy a hajléktalanok ezekből a csoportokból állhatnak (Hocking és Lawrence, 2000: 92). A posztmodernitással azonban az emberek megváltoztatták életmódjukat, és egyesek számára a hajléktalanság kezdett életstílussá válni. Ez a helyzet megnyitotta az utat a hajléktalanok megítélésének megváltozásához és a probléma láthatóbbá válásához. Ami azt illeti, ebben a tanulmányban a hajléktalan családokat megkérdezték, hogy kik lehetnek az utcán élő egyének között, és azt a választ kapták, hogy a társadalom minden szegmense hajléktalanná válhat, többet (lásd a 41. táblázatot).

Ha az egyének hajléktalanná válnak, a családjuk hozzáállása is befolyásolja a probléma nagyságát. Ha a család konfliktusba kerül a hajléktalan egyénnel, vagy figyelmen kívül hagyja ezt a helyzetet, akkor a hajléktalan egyén számára nehéz lehet visszatérni a családba. Ugyanakkor az is lehetséges, hogy elfogadó hozzáállással megkönnyítsük a folyamatot. A kutatás keretében a hajléktalan családokat megkérdeztük arról, hogy milyen hozzáállást tanúsítanak, ha a család egyik tagja elhagyná a házat, és a családok többsége azt nyilatkozta, hogy ezt nem engedné meg, vagy arra törekedne, hogy az utcára tért családtag újra csatlakozzon hozzájuk (lásd 42. táblázat). Hasonló eredmény született abban a tekintetben is, hogy hogyan viselkednének az emberek, ha maguk is ilyen helyzetet tapasztalnának. A résztvevők azt állították, hogy ilyen esetben megpróbálnának visszatérni az otthonukba (lásd a 43. táblázatot). Emiatt fontos a hajléktalanok családi tapasztalatainak feltárása és az ezekhez a tapasztalatokhoz kapcsolódó negatívumok kiküszöbölése. A hajléktalan egyének számára ajánlott négylépcsős beavatkozást is alkalmazni lehet a családjukba való visszatérés érdekében. Ebben az összefüggésben a hajléktalan egyének számára állandó lakhatási lehetőség biztosítása, a családi tapasztalatok és traumák kezelése, valamint a gondozók számára hosszú távú gondozási tervek és beavatkozások végrehajtása is szerepelnek a programban (Reilly, 1993: 318).

A hajléktalanság problémájával kapcsolatos egyik legalapvetőbb probléma az, hogy a hajléktalanoknak nincs rendszeres tartózkodási helyük, és a lakóhelyükkel kapcsolatos biztonsági problémákkal küzdenek. A kutatás során kapott eredmények is erre mutattak rá, és a legtöbb résztvevő család problémaként írta le a hajléktalanok számára a lakhatási hely hiányát (lásd a 46. táblázatot). E probléma megoldása érdekében az országok igyekeznek hajléktalanok

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

számára menedékhelyeket kialakítani. Paat et al. (2021: 263) azonban azt állapította meg, hogy a hajléktalanok nem tudnak kellő mértékben részesülni a lakhatási szolgáltatásokból. Ennek a helyzetnek az okai között szerepelnek a nem megfelelő erőforrások, a szakképzett személyzet alacsony száma, a szolgáltatások koordinációjának problémái, a társadalom előítéletei és a megbélyegzés. Ezen okok miatt érthető, hogy holisztikus szociálpolitikára, a területen dolgozó szakszemélyzet számának növelésére és stigmaellenes tanulmányokra van szükség a hajléktalanok lakhatási problémájának megoldásához.

Amikor az államok hajléktalanokkal kapcsolatos politikáit és gyakorlatát vizsgáljuk, megértjük, hogy a tanulmányok nem elegendők. A vizsgálatban részt vevő hajléktalan családok is kifejtették véleményüket ebben a kérdésben, és kijelentették, hogy az állam nem tesz elég erőfeszítést a probléma megoldására (lásd a 48. táblázatot). Fazel et al. (2014: 1529) szerint az egyéni és strukturális tényezők kölcsönhatása az alapja a hajléktalanságnak, az alkohol- és kábítószerfüggőség, az öngyilkosság, a fertőző betegségek, a testi betegségek és a mentális zavarok kockázata is előfordulhat e probléma miatt. Tekintettel a hajléktalanság növekvő arányára, megállapítják, hogy az országok számára fontos, hogy a magas kockázatú csoportokat célzó gyakorlatokat hajtsanak végre.

A hajléktalanokkal kapcsolatos másik fontos eredmény önkéntes tanulmányokon alapul. A kutatásból származó információk szerint a résztvevők (lásd az 50. táblázatot) úgy tűnik, hogy hajlandók felkeresni a hajléktalanokat ellátó szervezeteket (43,7%), de meglehetősen magas azoknak az aránya, akik nem akarják felkeresni ezeket az intézményeket (42%). Ez arra utalhat, hogy az emberek nem nagyon hajlandók önkéntes munkát végezni a hajléktalanok körében. Hasonló eredményekre jutottak Morgan és munkatársai (1997: 52) is, és a hajléktalanokkal önkéntesen foglalkozó emberek folyamatait és motivációit vizsgálták e kérés alapján. Ennek megfelelően megértették, hogy a résztvevők 36%-a volt hajlandó segíteni a hajléktalanoknak, és az empátia volt a folyamat fő motivációja. Az empátia után látható, hogy az egyén vallási meggyőződése hatékony a jótékonyági tevékenységben. Ezen eredmények alapján úgy gondolják, hogy hasznos lenne az egyéneket önkéntes tevékenységekre irányítani, az önkéntesség alatti alapvető motivációra vonatkozó tanulmányokra összpontosítani, és közösségi alapú beavatkozásokat végezni a hajléktalanok számára.

Amint mindezekből az eredményekből megérthető, a család fontos szerepet játszik abban, hogy a hajléktalan személyek visszatérjenek a családjukhoz és beilleszkedjenek a társadalomba. Emellett az, hogy a család hogyan értékeli ezt a problémát, és milyen lépéseket tesz a probléma megoldása érdekében, hasznos lehet a szükséges szakpolitikák meghatározásában. Amikor a családok hajléktalan családtagokkal kapcsolatos hozzáállását vizsgáljuk, megállapítható, hogy a

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

családok pozitívan fogadják a visszatérési folyamatot, és hajlamosak elfogadni a hajléktalan személyeket (lásd az 51. táblázatot). Ugyanakkor a családokban kommunikációs problémák (lásd 53. táblázat) és a családon belüli erőszak előfordulása (lásd 55. táblázat) is előfordul. A kapcsolódó eredmények befolyásolhatják a hajléktalansági probléma nagyságát. Tény, hogy a szakirodalomban más tanulmányok is rámutatnak erre, és hangsúlyozzák a családi beavatkozások fontosságát. Magától értetődik, hogy a pályázatok pozitív eredményeket hoznak. Például Beharie et al. (2010: 61) szerint a családalapú beavatkozások eredményeként nyolc üléses csoportos vizsgálatokat végeztek a hajléktalanszállókon tartózkodó egyének HIV, alkohol és kábítószer-függőség elleni védelme érdekében, és pozitív eredményeket értek el. E pozitív eredmények ellenére azonban a családalapú beavatkozások száma alacsony, és szükség van a számuk növelésére.

HIVATKOZÁSOK

- Acar, B., Bozkafa, H., Vural, B., Önal, S., Genç, M. and Yaman, M. Ö. (2022). Evsizliğin nedenleri ve deneyimleri üzerine nitel bir araştırma: Beyoğlu örneği (A qualitative study of the causes and experiences of homelessness: Beyoğlu Case). *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(2), 339–358.
- Acar, H. and Erbay, E. (2013). *Sokak çalışması: Temel kavramları ve kapsamı (Street work: Basic concepts and scope)*. Sosyal politika ve kamu yönetimiyle sosyal hizmet (içinde) (In Social work with social policy and public administration). Ankara: Maya Akademi.
- Acemoğlu, D. and Robinson, J. A. (2012). *Why nations fail: The origins of power, prosperity and poverty*. New York: Crown Publishers.
- Akyıldız, Y. (2017). Dünyada ve Türkiye’de evsizlik sorunu ve çeşitli uygulamalar (The Problem of Homelessness in the World and Turkey). *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, (VIII-I), 67-91.
- Akyıldız, Y. (2020). *Evsizlere yönelik sosyal hizmet ihtiyacının ekosistem yaklaşımı bağlamında incelenmesi: İstanbul örneği (Examination of the need for social service for the homeless in the context of the ecosystem approach: Case of Istanbul)* (Phd dissertation). Yalova: Yalova University.
- Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W., Nordentoft, M., Luchenski, S. A., Hartwell, G., Tweed, E. J., Lewer, D., Vittal Katikireddi, S. and Hayward, A. C. (2018). morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individual with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 391(10117), 241–250.
- Allen, M. (2004). *Fair housing laws*. David Levinson (Ed.) In Encyclopedia of homelessness (143-149). London: Sage Publications.
- Altun, G. (1997). *1991-1995 Yılları Arasında İstanbul’da Görülen Evsiz İnsan Ölümleri (Homeless People Deaths in Istanbul Between 1991-1995)*. Edirne: Trakya University
- Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS definition and classification of homelessness: An analysis. *European Journal of of Homelessness*, 5(2), 19-38.
- Anderson, G. D. and Rayens, K. M. (2004). Factors influencing homelessness in women. *Public Health Nursing*, 21(1), 12-23.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Anderson, I. and Christian, J. (2003). Causes of homelessness in the UK: A dynamic analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 105-118.
- Anderson, M. C., Hazel, A., Perkins, J. M. and Almquist, Z. W. (2021). The ecology of unsheltered homelessness: Environmental and social-network predictors of well-being among an unsheltered homeless population, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7328.
- Arangua, L., Andersen, R.. and Gelberg, L. (2005). The health conditions of homeless women in the United States. *International Journal of Mental Health*, 34(2), 62-92.
- Aratani, Y. (2009). *Homeless children and youth: Causes and consequences*. New York: National Center for Children in Poverty. Accessed via: https://www.nccp.org/wp-content/uploads/2020/05/text_888.pdf
- Arce, A. A., Tadlock, M. and Vergare, M. J. (1983). A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(9), 812-817.
- Arendt, H. (1958). *The human condition*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Arnaud, A., Lioret, S., Vandentorren, S. and Le Strat, Y. (2018). Anaemia and associated factors in homeless children in the Paris region: The ENFAMS survey. *European Journal of Public Health*, 28(4), 616-624.
- Arnold, R. (2004). *Homelessness, citizenship and identity: The uncanniness of late modernity*. New York: State University of New York.
- Asgary, R. (2018). Cancer screening in the homeless population. *The Lancet Oncology*, 19(7), 344-350.
- Atherton, I. and McNaughton, N. C. (2008). "Housing first" as a means of addressing multiple needs and homelessness. *European Journal of Homelessness*, 2, 289- 303.
- Ayano, G., Belete, A., Duko, B., Tsegay, L. and Dachew, B. A. (2021). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia and major depressive disorders among homeless people. *BMJ Open*, 11(2), 1-12.
- Baggett, T. P., Liauw, S. S. and Hwang, S. W. (2018). Cardiovascular disease and homelessness. *Journals of the American College of Cardiology*, 71(22), 2585–2597
- Barile, J. P., Pruitt, A. S. and Parker, J. L. (2020). Identifying and understanding gaps in services for adults experiencing homelessness, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 30(3), 262-277.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Barış, İ. and Solmaz, U. (2021). *Children living on the street and their families*. Ankara: Nobel
- Barker, S. L. and Maguire, N. (2017). Experts by Experience: Peer support and its use with the homeless. *Community Mental Health Journal*, 53(5), 598-612.
- Barrow, S. M. (2004a). *Housing transitional*. D. Levinson (Ed.). In *Encyclopedia of homelessness* (268-270). London: Sage Publications.
- Barrow, S. M. (2004b). *Woman*. D. Levinson (Ed.). In *Encyclopedia of homelessness* (598-606). London: Sage Publications.
- Bassuk, E. L. (1991). Homeless families. *Scientific American*, 265(6), 66-75.
- Bassuk, E. L. (2010). Ending child homelessness in America. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 496–504.
- Bassuk, E. L. and Rubin, L. (1987). Homeless children: A neglected population. *Journal of Orthopsychiat*, 57(2), 279–286.
- Bassuk, E. L. and Geller, S. (2006). The role of housing and services in ending family. *Housing Policy Debate*, 17(4), 781-806.
- Bassuk, E. L., Rubin, L. and Alison, S. L. (1986). Characteristics of sheltered homeless families. *American Journal of Public Health*, 76(9), 1097–1101.
- Bassuk, E., & Franklin, D. (1992). Homelessness past and present: The case of the United States, 1890-1925. *New England Journal of Public Policy*, 8(1), 67-85.
- Baum, S. and Burnes, W. (1993). *A Nation in Denial: The Truth About Homelessness*. Oxford: Westview Press.
- Bayer, A. (2018). Ailede yaşanan anlaşmazlıklar ve çözüm önerileri (Disputes in the family and suggestions for solutions). *ANTAKİYAT/Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1(2), 215-234.
- Beharie, N., Kalogerogiannis, K., McKay, M. M., Paulino, A., Miranda, A., Rivera-Rodriguez and Ortiz, A. (2010). The HOPE family project: A family-based group intervention to reduce the impact of homelessness on hiv/sti and drug risk behaviors. *Social Work with Groups*, 34(1), 61-78.
- Bekaroğlu, D. Executive (2018). *Küreselleşen İstanbul'da evsizliğin sosyal hizmet perspektifinden analizi (Analysis of homelessness from the perspective of social service in globalizing Istanbul) (PhD dissertation)*. Yalova: Yalova University.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Bektaş, A. (2014). *Evsizlik olgusu ve evsizlere yönelik sosyal politikalar: Hükümlü evsizlere ilişkin bir araştırma* (The phenomenon of homelessness and social policies for the homeless: A study of convicted homeless people (Master Thesis). Istanbul: İstanbul University
- Belcher, J. R. and DeForge, B. R. (2012). Social stigma and homelessness: The limits of social change. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(8), 929–946.
- Bender, K., Brown, S. M., Thompson, S. J., Ferguson, K. M. and Langenderfer, L. (2015). Multiple victimizations before and after leaving home associated with ptsd, depression, and substance use disorder among homeless youth. *Child Maltreatment*, 20(2), 115-124.
- Bender, K., Ferguson, K., Thompson, S., & Langenderfer, L. (2014). Mental health correlates of victimization classes among homeless youth. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1628-1635.
- Biedrzycki, B. (2018). Homeless with cancer: An unrecognized problem in the United States. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(6), 676-679.
- Birelma, A. (2014). *Türkiye'de evsizlik: Genel bir değerlendirme (Homelessness in Türkiye: A general evaluation)*. P. Akkuş and Ö. Başpınar-Aktükün (Ed.). Sosyal hizmet ve öteki içinde (In: Social Work and the Other) (291-326). Istanbul: Bağlam Yayınları.
- Blau J. (1992). *The visible poor: Homelessness in United States*. New York: Oxford University Press.
- UN Economic Commission for Europe (2009). *Group of experts on population and housing censuses*. retrieved from <https://www.unece.org/fileadmin/%0ADAM/stats/documents/ece/ces/ge.41/2009/7.e.pdf>.
- Boyd, J. E., Hayward, H., Bassett, E. D. and Hoff, R. (2016). Internalized stigma of mental illness and depressive and psychotic symptoms in homeless veterans over 6 months. *Psychiatry Research*, 240, 253-259.
- Boyd, J. E., Otilingam, P. R. and DeForge, B. R. (2014). Brief version of the internalized stigma of mental illness (ismi) scale: psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17-23.
- Brallier, S., Southworth, S., & Ryan, B. (2019). Rolling forward: Addressing needs in the homeless community. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 28(2), 186-192.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Broton, K. M. (2020). A review of estimates of housing insecurity and homelessness among students in U.S. higher education, *Journal of Social Distress and Homelessness*, 29, 25-38
- Burke, C., Johnson, E. E., Bourgault, C., Borgia, M. and O'Toole, T. P. (2013). Losing work: Regional unemployment and its effect on homeless demographic characteristics, needs, and health care. *Journal of Health Care for The Poor and Underserved*, 24(3), 1391-1402.
- Burt, M. R. (1993). *Over the Edge: The growth of homelessness in the 1980s*. New York: Russell Sage Foundation.
- Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E. and Pleace, N. (2010). *Homelessness and homeless policies in Europe: Lessons from research*, Brussels: FEANTSA.
- Busch-Geertsema, V., and Fitzpatrick, S. (2008). Effective homelessness prevention? explaining reductions in homelessness in Germany and England. *European Journal of Homelessness*, 2, 69–95.
- Büyükbodur, Ç. A. and Kayma, D. (2021). Gölgede kalan bir sorun alanı: Kadın evsizliği (A problem area that remains in the shadow: Female homelessness). *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(11), 1058–1076.
- Buzlu, S. and Şahin, G. (2017). *Ruh sağlığının değerlendirilmesi ve klinik karar verme (Assessment of mental health and clinical decision making)*. Fatma Eti-Aslan (Ed.), Sağlık değerlendirilmesi klinik karar verme içinde (In health assessment in clinical decision-making) (s. 253 - 280). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Campbell, D. J., O'Neill, B. G., Gibson, K. and Thurston, W. E. (2015). Primary healthcare needs and barriers to care among calgary's homeless populations. *BMC Family Practice*, 16, 139.
- Castillo, J. (2017). *25 cities with extremely high homeless populations*. Access Address: <https://list25.com/25-cities-extremely-high-homeless-populations/>
- Çaya, S. (2018). Evsiz barksızlar: Hele zengin ülkelerin, hususi bir ayıbı (The Homeless: Especially in rich countries, it is a great shame). *ASOS Journal*, 6(71), 242-270.
- Çelikel, A., Karbeyaz, K., Düzer, S., Akkaya, H., Ortanca, İ., & Balcı, Y. (2015). Eskişehir'de evsiz ölümleri; 10 yıllık deneyim (Homeless deaths in Eskişehir; 10 years of experience). *Adli Tıp Bülteni*, 20(2), 83-86.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Çetinkaya-Büyükbodur, A. and Kayma, D. (2021). Gölgede kalan bir sorun alanı: Kadın evsizliği (A problem in the shadow: Female Homelessness), *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(11), 1058-1076.
- Cheung, A. S. and Hwang, S. W. (2004). Risk of death among homeless women: A cohort study and review of the literature. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 170(8),1243-1247.
- Connett-Finfgeld, D. (2010). Becoming homeless, being homeless, and resolving homelessness among women. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 461-469.
- Coohey, C. and Easton, S. D. (2016). Distal stressors and depression among homeless men. *Health & Social work*, 41(2), 111-119.
- Cousineau, M. R. (2004). *Encampments, urban*. D. Levinson (Ed.). In Encyclopedia of homelessness (127-130). London: SAGE Publication.
- Culhane, D. P. (2002). Public service reduction associated with placement of homeless persons with severe mental illness in supportive housing. *Housing Policy Debate*. 13(1). 107-163.
- Davila, J. A., Cabral, H. J., Maskay, M. H., Marcus, R., Yuan, Y., Chisolm, N. and Rajabuin, S. (2018). Risk factors associated with multidimensional stigma include people living with HIV/AIDS who are homeless/unstably housed. *AIDS Care*, 30(10),1335-1340.
- de Vet, R., Beijersbergen, M. D., Jonker, I. E., Lako, D., van Hemert, A. M., Herman, D. B. and Wolf, J. (2017). Critical time intervention for homeless people making the transition to community living: A randomized controlled Trial. *American Journal of Community Psychology*, 60(1-2), 175-186.
- Department of Housing, L. G. and H. (2022). *March 2022 Monthly Homeless Report and Homeless Quarterly Progress Report (Quarter 1)*. Access Address: <https://www.gov.ie/en/press-release/e4cbe-monthly-homeless-report-for-march-2022-and-homeless-quarterly-progress-report-for-quarter-1-2022/>
- Desai, R. A., Liu-Mares, W., Dausey, D. J. and Rosenheck, R. A. (2003). Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 365–371.
- Dhaliwal, T. K., De Gregorio, S., Owens, A., & Painter, G. (2021). Putting homelessness in context: The schools and neighborhoods of students experiencing homelessness. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 693(1), 158-176.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Doğan Bekaroğlu, Y. (2019). Evsizlik kuramları ve nedensellik: Eleştirel bir yaklaşım. (Homelessness theories and causality: a critical approach). *Sosyoloji Divanı*, 7(13), 179–202.
- Doğan, K. B. and Pekasıl, N. A. (2020). COVID-19 pandemisi bağlamında evsizler, mevsimlik tarım işçileri, mülteci, şartlı mülteci ve geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin sorunları üzerine bir değerlendirme (An assessment of the problems of the homeless, seasonal agricultural workers, refugees, conditional refugees and Syrians under temporary protection in the context of the COVID-19 pandemic). *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(1), 275–292.
- Doğan Bekaroğlu, Y. (2018). *Küreselleşen İstanbul'da evsizliğin sosyal hizmet perspektifinden analizi (Analysis of homelessness from the perspective of social service in globalizing Istanbul) (PhD dissertation)*. Yalova: Yalova University.
- Douaihy, A. B., Stowell, K. R., Bui, T., Daley, D., & Salloum, I. (2005). HIV/AIDS and homelessness, part 1: Background and barriers to care. *The AIDS Reader*, 15(10), 516–527.
- Dragset, T. M. and Alghaben, R. (2022). *Homelessness from a foreign perspective - qualitative research on how professional social workers at cork simon community help and support humans suffering from homelessness in the republic of Ireland (Bachelor's Thesis)*. Norway: Volda University College.
- Duke, A. and Searby, A. (2019). Mental ill health in homeless women: A review, *Issues in Mental Health Nursing*, 40(7), 605-612.
- Elbogen, E. B., Lanier, M., Wagner, H. R. and Tsai, J. (2021). Financial strain, mental well-being, and homelessness results from a national longitudinal study. *Medical Care*, 59(4), 132-138.
- Elton, G. R. (1953). An early tudor poor law, *The Economic History Review*, 6(1), 55-67.
- Emek ve Adalet Derneği (2011). *Türkiye'de evsizlere dair rapor (Report on the homeless in Türkiye)*. Accessed via: <https://www.emekveadalet.org/wp-content/uploads/Evsizler-icin-Rapor.pdf>
- Emek ve Adalet Platformu (2011). *Türkiye'de evsizlere dair rapor, durum tespiti, Avrupa Birliği ülkelerinden uygulama örnekleri ve talepler (Türkiye's report on the homeless, due diligence, application examples and requests from European Union countries)*. Accessed via: <http://www.emekveadalet.org/>

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Ersin, İ. and Baş, H. (2021). İstanbul'da yaşayan evsizlerin sosyoekonomik durumları, sorunları ve çözüm önerileri: Fatih ilçesi üzerine bir inceleme (Socioeconomic status, problems and solution suggestions of the homeless living in Istanbul: A case study of Fatih district). *Maruf İktisat Dergisi*, 1(2), 41–67.
- Evans, J. (2011). Exploring the (bio)political dimension of voluntarism and care in the city: The case of a 'low barrier' emergency shelter. *Health & Place*, 17(1), 24-32
- Eynan, R., Langley, J., Tolomiczenko, G., Rhodes, A. E., Links, P., Wasylenki, D., & Goering, P. (2002). The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: Results of a cross-sectional survey. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(4), 418-427.
- Fazel, S., Geddes, J. R. and Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529-1540.
- FEANTSA (2002). *Immigration and homelessness in the European Union: Analysis and overview of the impact of immigration on homelessness services in the European Union*. Brussels: FEANTSA.
- Ferguson, K. M., Bender, K., & Thompson, S. J. (2015). Gender, coping strategies, homelessness stressors, and income generation among homeless young adults in three cities. *Social Science & Medicine*, 135, 47-55.
- Field, H., Hudson, B., Hewett, N. and Khan, Z. (2019). Secondary care use and characteristics of hospital infants referred to a UK homeless health team: A retrospective service evaluation. *BMC Health Services Research*, 19(1), 857.
- Fischer, P. J. and Breakey, W. R. (1991). The epidemiology of alcohol, drugs, and mental disorders among homeless persons. *The American Psychologist*, 46(11), 1115-1128.
- Fitzpatrick, S. (2005). Explaining homelessness: A critical realist perspective. *Housing, Theory and Society*, 22(1), 1-17.
- Flaskerud, J. H. and Fellin, P. (2000). *The culture of homelessness*. P. Manelous (Ed.), In *The cross-cultural practice of clinical case management in mental health* (41–68), London: Routledge.
- Fowler, S. (2014). *The workhouse*. South Yorkshire: Pen & Sword Books.
- Fox-Strangways, M. W. (1924). The homeless man. *Charity Organisation Quarterly*, 8, 140-146. Accessed via: <http://www.jstor.org/stable/44649105>

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Gaetz, S., Donaldson, J., Richter, T., & Gulliver, T. (2013). *The state of homelessness in Canada 2013*. Canada: Canadian Homelessness Research Network Press.
- Gardner, J. and Emory, J. (2018). Changing students' perceptions of the homeless: A community service learning experience, *Nurse Education in Practice*, 29, 133-136.
- Gelberg, L. and Linn, S. L. (1989). Assessing The Physical Health Of Homeless Adults. *JAMA*, 262(14), 1973–1979.
- Genç, Y. (2016). *Sokakta yaşayanlar: Evsizler ve sokak çocukları (People living on the street: Homeless and the street kids)*. H. H. Taylan and S. Saruç (Ed.), in *Street social service and judicial social service (48-77)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Genç, Y., Kara, H. Z., Alsancak, F., Kuzgun, S. and Civan-Yüce E. (2022) The phenomenon of homelessness and the psychosocial problems of the homeless. *Sakarya University Journal of Education*, 12(2).
- Gentil, L., Grenier. G., Bamvita, J. M., Dorvil, H. and Fleury M. J. (2019). Profiles of Quality of Life in a Homeless Population. *Front. Psychiatry*, 10(10), 1-10.
- Giano, Z., Williams, A., Hankey, C., Merrill, R., Lisnic, R. and Herring, A. (2020). Forty years of research on predictors of homelessness, *Community Mental Health Journal*, 56, 692-709.
- Goering, P., Tolomiczenko, G., Sheldon, T., Boydell, K., & Wasylenki, D. (2002). Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*, 53(11),1472-1474.
- Gory, L. M. and Gordon, J. F. and Mullis, J. (1990). Depression among the homeless, *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1), 87-102.
- Gowan, T. (2010). *Hobos, hustlers and backsliders: Homeless in San Francisco*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Gür, T. (2013). Post-modern bir araştırma yöntemi olarak söylem çözümlemesi (Discourse analysis as a post-modern research method). *Zeitschrift Für Die Welt Der Türken*, 5(1), 185-202.
- Haile, K., Umer, H., Fanta, T., Birhanu, A., Fejo, E., Tilahun, Y., Derajew, H., Tadesse, A., Zienawi, G., Chaka, A. and Damene, W. (2020). Pathways through homelessness among women in Addis Ababa, Ethiopia: A qualitative study. *Plos One*, 15(9), 1-23.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Harvey, B. (1999). *Models of resettlement for the homeless in the European Union*. P. Kennett and A. Marsh (Ed.). In *Exploring the New Terrain* (267-292). Bristol: The Policy Press.
- Haskett, M. E. and Armstrong, J. M. (2019). *The experience of family homelessness*. B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles and M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: In Applications and broad impact of family psychology* (523-538). Washington: American Psychological Association.
- Herman, D., Susser, E. S., Struening, E. L. and Link, B. L. (1997). Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*, 87(2), 249–255.
- Hewett, N., Hiley, A. and Gray, J. (2011). Morbidity trends in the population of a specialized homeless primary care service. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(584), 200-202.
- Hocking, J. E. and Lawrence, S. G. (2000). Changing attitudes toward the homeless: The effects of prosocial communication with the homeless. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 9(2), 91-110.
- Holdsworth, W. S. (1945). *History of English Law (Vol: IV)*. London: Methuen and Co.
- Holland, M. E. (2014). *The relationship between literacy and depression and anxiety in homeless adults*. Dissertation, ProQuest Dissertations and Theses Global: University of the Rockies.
- Holliday, S. B., Edelen, M. O. and Tucker, J. S. (2017). Family functioning and predictors of runaway behavior among at-risk youth. *Child and Adolescent Social Work C & A*, 34(3), 247-258.
- Hope, M. And, Young, J. (1986). *The Faces of Homelessness*. MA: Lexington Books.
- Hopper, K. (2003). *Reckoning with homelessness*. New York: Cornell University Press.
- Hopper, K. (2004). *Shelters*. D. Levinson (Ed.). In *Encyclopedia of homelessness* (498- 503). London: Sage Publication.
- Hossain, M. M., Sultana, A., Tasnim, S., Fan, Q., Ma, P., McKyer, E., & Purohit, N. (2020). Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 528-541.
- Howe, N. (2004). *Introduction*. N. Howe (Ed.). In *Home and homelessness in the medieval and renaissance world*. Indiana: University of Notre Dame Press.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- İlhan, N. and Ergün, A. (2010). Evsizler ve toplum sağlığı (The homeless and public health). *Aile ve Toplum*, 5(20), 79–90.
- Işıkhan, V. (2002). *Kentlerin Gölgesinde Yaşayan Evsizler (Homeless people living in the shadow of cities)*. Ankara: Kardelen Ofset.
- Işıkhan, V. (2004). Yaşlı evsizler ve sosyal hizmet müdahaleleri (Older homeless people and social work interventions). *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 15(2), 39–50.
- Işıkhan, V. (2006a). Ruh hastası evsiz kadınların sorunları ve sosyal hizmet yaklaşımları (Problems and social work approaches of mentally ill homeless women). *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(1), 37–52.
- Işıkhan, V. (2006b). *Türkiye’de evsizler sorunu ve sosyal hizmet (The problem of homeless people and social work)*. In Küreselleşen Dünya’da Sosyal Hizmetlerin Konumu Hedefleri ve Geleceği Sunum Kitabı, Antalya.
- Johnson, B. M., Naumann, L. and Yanetta, A. (1991). *A typology of homelessness*. Edinburgh: Scottish Homes.
- Johnson, G. and Chamberlain, C. (2011). Are the homeless mentally?. *Australian Journal of Social Issues*, 46(1), 29-48.
- Jones, L. (2020). *Everything you need to know about homelessness in Norway*. Accessed via: <https://borgenproject.org/homelessness-in-norway/>
- Karaca, M., Gazi, A. M. and Çakı, C. (2019). 21. yüzyılın sosyal güvenlik sorunu olarak evsizler: ‘evsizler’i konu alan reklam kampanyaları üzerine göstergebilimsel bir inceleme (Homeless as a social security problem in 21th century: a semiotic review of advertising campaigns on ‘homeless’) *Akdeniz İletişim Dergisi*, 32, 505–527.
- Kaya-Kılıç, A. and Aslanturk, H. (2019). Evsizlerin sosyo-demografik özellikleri ve sokak yaşam deneyimleri: Antalya örneği (Socio-demographic characteristics and street life experiences of the homeless: Antalya Case). *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(2), 417-437.
- Kılıncı, G. M. (2021). Bir şehrin bedenleri: Andres Serrano’nun sanatında evsizlik sorunu (The bodies of a city: The homelessness in Andres Serrano's art), *ulakbilge*, 57, 383-394.
- Koçak, O. (2015). *Sosyal sorunlar (Social problems)*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Koegel, P. (2004). *Causes of homelessness in the UK: Overview*. D. Levinson (Ed.), *Encyclopedia of homelessness içinde (50–57)*. New York: SAGE Publications.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Korkut-Owen, F. and Demirbaş-Çelik, N. (2018). Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali (Healthy lifestyle and well-being for life). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 440-453.
- Küçük, M. (2012). (2014). Urban poverty and homelessness (Istanbul Zeytinburnu sports complex housing example). (Master's Thesis). Sakarya: Sakarya University
- Küçük, M. (2012). (2018). Evsizlik ve evsizliği açıklayan teoriler (Theories explaining the homeless and homelessness). *İdeal Kent*, 24(9), 515–535.
- Kuhn, R. and Culhane, D. P. (1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data. *American Journal of Community Psychology*, 26(2), 207-232.
- Layder, D. (2006). *Sosyal teoriye giriş (Introduction to social theory)*. Istanbul: Küre Yayınları.
- Lee, B., Price-Spratlen, T. and Kanan, W. J. (2003). Determinants of homelessness in metropolitan areas. *Journal of Urban Affairs*, 25(3), 335–356.
- Lerner, R., Meacham, S., & Burns, E. M. (1998). *Western civilization: Their history and their culture*. New York: W.W. Norton Company.
- Lima N. N. R., de Souza R. I., Feitosa P. W. G., Moreira J. L. S., da Silva C. G. L. and Neto, M. L. R. (2020). People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19. *Psychiatry Research*, 288, 112945.
- Loukaitou-Sideris, A., Wasserman, J. L., Caro, R. and Ding, H. (2022). *Unhoused on the Move: Impact of COVID-19 on Homelessness in Transit Environments*. Loukaitou-Sideris, A. Bayen, A. M. Circella, G. Jayakrishnan, R. (Eds.). In *Pandemic in the metropolis*. Springer tracts on transportation and traffic , 20. Springer, Cham.
- Lovell, A. (2007). *Lifestyles and life issues*. D. Levinson ve M. Ross (Ed.), in *Homelessness handbook* (125-220). Massachusetts: Berkshire Publishing Group.
- Martin-Fernandez, J., Lioret, S., Vuillermoz, C., Chauvin, P. and Vandentorren, S. (2018). Food insecurity in homeless families in the Paris region (France): Results from the ENFAMS survey. *International Journal of Environment. Research Public Health*, 15(3), 420.
- McCallister, W., Lenon, M. C., and Kuang, L. (2011). Rethinking reaearch on forming typologies of homelessness. *Am J Public Health*, 101(4), 596-601.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- McGuire-Schwartz, M., Small, L. A., Parker, G., Kim, P., & McKay, M. (2015). relationships between caregiver violence exposure, caregiver depression, and youth behavioral health among homeless families. *Research on Social Work Practice, 25*(5), 587-594.
- McNaughton, C. (2008). *Transitions through homelessness lives on the edge*. New York: Palgrave Macmillan.
- McNaughton, C. (2009). Agency, transgression and the causation of homelessness: A contextualized rational action analysis. *International Journal of Housing Policy, 9*(1), 69-84.
- Mejia-Lancheros, C., Lachaud, J., O'Campo, P., Wiens, K., Nisenbaum, R., Wang, R. And Stergiopoulos, V. (2020). Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PloS One, 15*(2), 1-19.
- Meneviş, B. (2006). *Evsizler (The Homeless)*. Ankara: DPT ve Türk Ulusal Ajansı.
- Milburn, N. G., Stein, J. A., Lopez, S. A., Hilberg, A. M., Veprinsky, A., Arnold, E. M. and Comulada, W. S. (2017). Trauma, family factors and the mental health of homeless adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 12*(1), 37-47.
- Minnery, J. and Greenhalgh, E. (2007). Approaches to homelessness policy in Europe, the United States, and Australia. *Journal of Social Issues, 63*(3), 641–655.
- Morgan, M. M., Goddard, W., & Givens, S. N. (1997). Factors that influence willingness to help the homeless. *Journal of Social Distress and the Homeless, 6*(1), 45-56.
- Moskowitz, A., Stein, J. A. and Lightfoot, M. (2013). The mediating roles of stress and maladaptive behaviors on self-harm and suicide attempts among runaway and homeless youth. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(7), 1015-1027.
- Neale, J. (1997a). Homelessness and theory reconsidered. *Housing Studies, 12*(1), 47–61.
- Neale, J. (1997b). *Theorising homelessness contemporary sociological and feminist perspectives*. R. Burrows, N. Pleace and D. In Quilgars (Eds.), *Homelessness and social policy* (35-49). London: Routhledge.
- Nooe, R. M. and Patterson, D. A. (2010). The ecology of homelessness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 20*(2), 105–152.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in denmark. epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*, 54(4), 306-369.
- North, C. S. and Smith, M. E. (1993). A comparison of homeless men and women: Different populations, different needs. *Community Mental Health Journal*, 29(5), 423-431.
- O'Callaghan, S. and Tsemberis, S. (2004). *Harm reduction*. D. Levinson (Ed.). In Encyclopedia of homelessness (189-193). London: SAGE Publication.
- Olivet, J., Wilkey, C., Richard, M., Dones, M., Tripp, J., Beit-Arie, M., Yampolskaya, S. and Cannon, R. (2021). Racial inequality and homelessness: Findings from the SPARC study. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 693(1), 82-100.
- Omerov, P., Craftman, Å. G., Mattsson, E., & Klarare, A. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & Social Care in The Community*, 28(1), 1-11.
- Oostveen, A. (2019). *National strategies to fight homelessness and housing exclusion*. European Commission.
- Özdemir, U. (2010). Evsizlik ve Evsizlere Genel Bir Bakış (An Overview of Homelessness and the Homeless). *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 77–88.
- Özkazanç-Dinçer, B. (2020). *A modern housing problem: Non-homeless in the world and in Türkiye* (PhD dissertation). Istanbul: Haliç Üniversitesi.
- Özmen, S. and Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi (The conceptual framework of stigma). *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Öztürk O. and Uluşahin A. (2018). (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Bayt.
- Paat, Y. F., Morales, J., Escajeda, A. I. and Tullius, R. (2021). Insights from the shelter: Homeless shelter workers' perceptions of homelessness and working with the homeless. *Journal of Progressive Human Services*, 32(3), 263-283.
- Pardeck, J. T. (2006). An exploration of family violence among the homeless. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 4(4), 57-64.
- Parsell, C. (2018). *The homeless person in contemporary society*. London: Routledge.
- Pawson, H., Parsell, C., Saunders, P., Hill, T. and Liu, E. (2018). *Australian Homelessness Monitor 2018*. https://issr.uq.edu.au/files/3347/FINAL_for_print_AHM_full_report.pdf.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Phipps, M., Dalton, L., Maxwell, H. and Cleary, M. (2019). Women and homelessness, a complex multidimensional issue: findings from a scoping review. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 28(1), 1-13.
- Pluck, G., Barajas, B. M., Hernandez-Rodriguez, J. L. and Martínez, M. A. (2020). Language ability and adult homelessness. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(3), 332-344
- Plutarch. (1811). *The lives of Tiberius and Caius Gracchus (Vol. VI)*. John Langhorne, D. D. and William Langhorne, A. M. (Trans.) Philadelphia: Brannan & Morford. Accessed via: https://books.google.com/books?id=h6cXAAAAYAAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Polgar, M. F., North, C. S. and Pollio, D. E. (2006). Family support for individual homeless adults. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 15(4), 273-293.
- Prigerson, H. G., Desai, R. A., Liu-Mares, W., & Rosenheck, R. A. (2003). suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons: Age-specific risks of substance abuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(4), 213–219.
- Ravehill, M. (2008). *The culture of homelessness*. NC: Gower House. Ashgate Publishing.
- Reilly, F. E. (1993). Experience of family among homeless individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(4), 309-321.
- Rescoria, L., Parker, R., & Stolley, P. (1991). Ability, Achievement and Adjustment in Homeless Children. *Journal of Orthopsychiat*, 61(2), 210–220.
- Rhoades, H., Wenzel, S. L., Golinelli, D., Tucker, J. S., Kennedy, D. P., Green, H. D. and Zhou, A. (2011). The social context of homeless men's substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 320-325.
- Rice, K. (2022). *Champions for teens pilot intervention: increasing the social capital of homeless youth* (PhD dissertation). Pennsylvania: Millersville University.
- Robertson, M., Ropers, R., & Boyer, R. (1984). *Emergency shelter for the homelessness in Los Angeles county*. UCLA Basic Shelter Research Project, School of Public Health. Los Angeles: University of California.
- Rodriguez-Moreno, S., Panadero, S., & Vázquez, J. J. (2020). Risk of mental ill-health among homeless women in Madrid (Spain). *Archives of Women's Mental Health*, 23(5), 657-664.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Rog, D. J. and Holupka, C. S. (2004). *Interventions housing*. D. Levinson (Ed.). In Encyclopedia of homelessness (317-321). London: Sage Publications.
- Rossi, H. (1989). *Down and out in America: The origins of homelessness*. Chicago: The University of Chicago.
- Roth, D. G. and Bean, J. J. (1986). New perspectives on homelessness: Finding from a statewide epidemiological study. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(7), 712-719.
- Rowell, H. (2020). *Organizations fight to end homelessness in Hungary*. Access Address: <https://www.borgenmagazine.com/homelessness-in-hungary/>
- Roze, M., Vandentorren, S., van der Waerden, J. and Melchior, M. (2018). Factors associated with depression among homeless mothers. *Journal of Affective Disorders*, 229, 314-321.
- Ryan, E., & Hartman, M. (2000). Homeless families on the border: A demographic profile. *Journal of Children and Poverty*, 6(2), 169-177.
- Salem, B. E., Kwon, J., Ekstrand, M. L., Hall, E., Turner, S. F., Faucette, M., & Slaughter, R. (2021). Transitioning into the community: Perceptions of barriers and facilitators experienced by formerly incarcerated, homeless women during a reentry-a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 57(4), 609-621.
- Santos, G. C., Baptista, T., & Constantino, P. (2021). "Whose baby is this?": Challenges for homeless women's right to motherhood. *Cadernos De Saude Publica*, 37(5), 1-16.
- Sarup, M. (2010). *Post-Yapısalcılık ve post-modernizm eleştirel bir giriş (Post-Structuralism and post-modernism a critical introduction)*. Istanbul: Kırk Gece Yayınları.
- Schreiter, S., Speerforck, S., Schomerus, G. and Gutwinski, S. (2021). Homelessness: care for the most vulnerable - a narrative review of risk factors, health needs, stigma, and intervention strategies. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 400-404.
- Schutt, R. K. and Goldfinger, S. M. (1996). Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 47, 381-386.
- Scott, J. (1993). Homelessness and mental illness. the british journal of psychiatry: *The Journal of Mental Science*, 162, 314-324.
- Seale, J. V., Fallaize, R. and Lovegrove, J. A. (2016). Nutrition and the homeless: The underestimated challenge. *Nutrition Research Reviews*, 29(2), 143-151.
- Şeker, A. (2018). *Sosyal çalışmanın tarihi (History of social work)*. İ. Tomanbay (Ed.), Sosyal hizmete giriş içinde (31-62). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Sevil, H. T. (1998). *Uyuřturucu baęimlilęi, tanımlar, sorunlar, çözümler (Drug addiction, definitions, problems, solutions)*. Ankara: SABEV Publications.
- Sipahi, E. B. and Arslan, T. (2021). Evsizlik sorununun pandemi ile iliřkisi ve Türkiye'deki izdüřümü (The relationship of the problem of homelessness with the pandemic and its projection in Turkiye), *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(31), 972-987.
- Şiřman, Y. (2017). *Sanayi devrimi ve sosyal sorunlar (Industrial revolution and social problems)*. Y. Şiřman (Ed.), Sosyal sorunlar içinde (3-20). Eskiřehir: Anadolu Üniversitesi Açıköęretim Fakültesi Yayını.
- Slack, P. (1995). *The English poor law 1531-1782*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slesnick, N., Zhang, J. and Yilmazer, T. (2018). Employment and other income sources among homeless youth. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 247-262.
- Smith, J. and Ravenhill, M. (2007). *What homelessness? a report on the attitudes of young people and parents on risks of running away and homelessness in London*. London: London Metropolitan University and Centrepoint.
- Somerville, P. (1992). Homelessness and the meaning of home: Rooflessness or rootlessness?. *International Journal of Urban and Regional Research*, 16(4), 529-539.
- Somerville, P. (2013). Understanding homelessness. *Housing. Theory and Society*, 30(4), 384-415.
- Springer, S. (2000). Homelessness: A proposal for a global definition and classification. *Habitat International*, 24(4), 475-484.
- Stein, J. A., Milburn, N. G., Zane, J. I. and Rotheram-Borus, M. J. (2009). Paternal and maternal influences on problem behaviors among homeless and runaway youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 39-50.
- Stephens, M. and Fitzpatrick, S. (2007). Welfare regimes, housing systems and homelessness. how are they linked?. *European Journal Homelessness*, 1, 201- 212.
- Swain, H. (2005). *Tarihin büyük soruları (The big questions of history) (Şahin, Trans.)*, Istanbul: Güncel Yayıncılık.
- Tainio, H. and Fresrikson, P. (2001). The finnish homelessness strategy: from a "starcase" model to a "housing firs" approach to tackling long-term homelessness. *European Journal of Homelessness*, 3, 181-199.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Takahashi, L. M. (1996). A Decade of understanding homelessness in the USA: From characterization to representation. *Progress in Human Geography*, 20(3), 291-310.
- Takahashi, L. M., McElroy, J. and Rowe, S. (2002). The sociospatial stigmatization of homeless women with children. *Urban Geography*, 23(4), 301-322.
- Tamkoç, B. (2020). Esping-Andersen'in refah rejimleri sınıflandırmasına göre farklı refah rejimlerinde alzheimerlı bireylere yönelik hizmetlerin incelenmesi (Examination of services for individuals with Alzheimer's in different welfare regimes according to Esping-Andersen's classification of welfare regimes). *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 1-12.
- TBMM. (n.d.). *Ankara şehirlerarası terminal işletmelerinde barınan evsizler hakkında inceleme Raporu*. https://www.tbmm.gov.tr/Files/Komisyonlar/insanHaklari/belge/evsizler_raporu.pdf adresinden erişilmiştir.
- Tezcan, M. (2008). *Kültürel antropolojiye giriş (Introduction to cultural anthropology)*. Ankara: Maya Akademi.
- The National Academic Press. (2018). *Appendix b-the history of homelessness in the United States*. Permanent supportive housing: In Evaluating the evidence for improving health outcomes among people experiencing chronic homelessness (175-184). Washington DC: The National Academies Press. Accessed via: <https://nap.nationalacademies.org/read/25133/chapter/14>
- The National Center on Family Homelessness. (2012). *The characteristics and needs of families experiencing homelessness*. Access Address: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED535499.pdf>
- Tsemberis, S. (2004). "Housing first" approach. D. Levinson (Ed.). In Encyclopedia of homelessness (277-281). London: SAGE Publication.
- Tsemberis, S. and Eisenberg, R. F. (2000). Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51, 487-493.
- Tully, C. T. and Sharon, J. (1995). The homeless elderly, America's forgotten population. *Journal of Gerontological Social Work*, 22(3), 61-82.
- Türkcan, S. and Türkcan, A. (1996). Psikiyatri ve evsizlik: Bir gözden geçirme çalışması (Psychiatry and homelessness: A review). *Düşünen Adam*, 9(4), 8-14.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- U.S. HUD. (2008). A guide to counting unsheltered homeless people, https://www.hudexchange.info/resources/documents/counting_unsheltered.pdf. Date of access: 05.04.2022
- URL-1: https://en.wikipedia.org/wiki/Kara_%C3%96l%C3%BCm, Access Date: 20.04.2022
- URL-2: <http://moglen.law.columbia.edu/twiki/bin/view/EngLegalHist/StatuteofLabourers>, Access Date: 20.04.2022
- URL-3: https://en.abcdef.wiki/wiki/Homelessness_in_the_United_States, Access Date: 20.04.2022
- URL-4: <https://www.feantsa.org/en/about-us/what-is-feantsa>. Access Date: 03.05.2022
- URL-5: <https://england.shelter.org.uk/>. Date of access: 12.05.2022
- URL-6: <https://www.ue.katowice.pl/studenci/aktualnosci/article/netaware-najwiekszy-intensive-program-w-polsce.html>. Date of access: 12.05.2022
- Uymaz, B. (2022). Pandemiye barınma (shelter in a pandemic). *Maliye Çalışmaları Dergisi- Journal of Public Finance Studies*, 67, 139-157.
- Vallesi, S., Tuson, M., Davies, A., & Wood, L. (2021). Multimorbidity among people experiencing homelessness-insights from primary care data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6498.
- Van Doorn, L. (2010). Perceptions of time and space of (formerly) homeless people. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 218-238.
- Van Heerden, S., Proietti, P. and Iodice, S. (2022). *Homelessness in EU cities and towns before and during the COVID-19 pandemic*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Van, R. (1993). *Homelessness families. causes, effects and recommendations*. New York: Garland Publishing.
- Vural, M. (2011). Yasama kavramı ve yetkisi açısından pozitif hukuk ile İslam hukuk arasında bir mukayese (A comparison between positive law and Islamic law in terms of legislative concept and authority). *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 36, 177-200.
- Walsh, C. A., Rutherford, G. E. and Kuzmak, N. (2009). Characteristics of home: Perspectives of women who are homeless. *Qualitative Report*, 14(2), 299-317.
- Wang, J. Z., Mott, S., Magwood, O., Mathew, C., McLellan, A., Kpade, V. and Andermann, A. (2019). The impact of interventions for youth experiencing homelessness on housing,

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- mental health, substance use, and family cohesion: A systematic review. *BMC Public Health*, 19(1),1528-1550.
- Warburton, W. A., Papic, M. and Whittaker, E. (2022). Heterogeneity among homeless Australian women and their reasons for homelessness entry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 8909.
- Wenzel, S., Koegel, P., & Gelberg, L. (2000). Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: A Comparison to homeless men. *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 367-390.
- Wessel, T., Pörksen, N., & Zechert, C. (1997). Homeless patients in the psychiatric clinic. results of a 12-month study of the living conditions of psychiatric patients in an urban public health clinic. *Psychiatrische Praxis*, 24(4), 167-171.
- WHO. (2020). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- Wiecha, J. L., Dwyer, J. T. and Dunn-Strohecker, M. (1991). Nutrition and health services needs among the homeless. *Public Health Reports*, 106(4), 364-374.
- Wiedemann, T. (2005). *Greek and Roman slavery*. London: Taylor & Francis
- Woich, J. R., Dear, M., & Akita, A. (1988). Explaining homelessness. *Journal of the American Planning Association*, 54(4), 443-453.
- Woldetatyos, F. (2020). *8 facts about homelessness in Portugal*. Access Address: <https://borgenproject.org/homelessness-in-portugal/>
- Wolitski, R. J., Kidder, D. P. and Fenton, K. A. (2007). HIV, homelessness, and public health: critical issues and a call for increased action. *AIDS and Behavior*, 11(6), 167-171.
- Wong, C. F., Clark, L. F. and Marlotte, L. (2016). The Impact of specific and complex trauma on the mental health of homeless youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 831-854.
- Wright, N. M. and Tompkins, C. N. (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people?. *The British Journal of General Practice*, 56(525),286-293.
- Yağan, M. (2009). *Ankara'da Evsiz Ölümleri (Homeless deaths in Ankara)* Dissertation. Ankara: Gazi University
- Yağan, M., Koçak, U. and Demirel, B. (2018). Ankara'da Evsiz Ölümleri (Homeless deaths in Ankara) *Adli Tıp Bülteni*, 23(3), 151-156.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

- Yeter, A. (2018). Sivil toplum kuruluşlarının evsizlere yönelik hizmetlerinin değerlendirilmesi: İstanbul örneği (Evaluation of the services of non-governmental organizations for the homeless: Case of İstanbul), *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(17), 34-60.
- Yılmaz, M. (2015). İleri endüstriyel toplumlar ve kentsel yoksulluk (Advanced industrial societies and urban poverty). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(2), 215-228.
- Yoder, K. (1998). Suicidal behavior among homeless and runaway adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(6), 11-25.
- Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. (2021). *Öğrenim düzeylerine göre öğrenci sayısı*, Erişim adresi: <https://istatistik.yok.gov.tr/>
- Zengel, R. and Kaya, S. (2003). Marjinalite kavramına yaklaşımlar ve marjinal bir yerleşim örneği (Approaches to the concept of marginality and an example of marginal settlement). *Ege Mimarlık Dergisi*, 45, 17-21.
- Ziefert, M. and Brown, K. S. (1991). Skill building for effective intervention with homeless families. *Families in Society*, 72(4), 212-219.

Az utca másik oldala: Hajléktalanság

EK-1: YÖK-dolgozat A vizsgált doktori dolgozatok számai

725688	522302	221515
712173	391494	192002
673674	380196	115636
673631	314842	91102
643112	230157	415629
646522	232872	401620
639150	58797	254504
622419	642860	168292
568605	594465	717640
564471	572386	686842
518398	408233	226583
261869	215236	
