

Statisztikai és Orvosszakmai kiértékelés

Az EFOP_PLUSZ-5.2.1-23-2024-00001 azonosítószámú, „Élelmiszer támogatás biztosítása hajléktalan személyek részére” című projekthez kapcsolódó kísérő intézkedések első programrészének megvalósítása tekintetében

Az Állapotfelmérő Kísérő Intézkedések (ÁKI) programrész adatgyűjtésének szakértői feldolgozása és kiértékelése

*A Hajléktalanokért Közalapítvány Projektiroda megbízásából készítette:
Dr. Sugár András PhD, Stépán Virág, Dr. Tóth András*

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	1
Az adatgyűjtés általános jellemzői	2
Alapjellemzők	2
Szociális helyzet	4
Általános egészségi állapot.....	6
Munkaképesség-csökkenés, gyógyszeresedés	8
Orvosi ellátás igénybevétele.....	10
Táplálkozás.....	11
Pszichés állapot	12
Addiktológiai problémák	17
Dohányzás.....	17
Alkoholfogyasztás	17
Droghasználat, nyugtató-altató gyógyszerek abúza.....	20
Nem, életkor és régiók szerinti elemzés	22
Összefoglalás	24
Javaslat a Mentálhigiénés Kísérő Intézkedések megvalósításában résztvevő egészségügyi szakemberek szakvégtzettségére a kimutatás elemzése alapján.....	27
Javasolt szakmacsoportok	27
Javaslatok a betegségek előfordulási gyakorisága alapján	28
Javaslatok a betegségek, problémakörök területi eloszlása alapján	29

Bevezetés

A Hajléktalanokért Közalapítvány a 2024. március 12-én hatályba lépett Támogatási Szerződés keretében megvalósítója az EFOP_PLUSZ-5.2.1-23-2024-00001 azonosítószámú, „Élelmiszer támogatás biztosítása hajléktalan személyek részére” című projektnek (továbbiakban: Projekt), melynek keretein belül (2024.03.01 – 2028.12.31) átlagosan 4.200 fő hajléktalan ember számára biztosít munkanapon egyszeri étkezést.

A Projekt a meleg étel biztosítása mellett kísérő intézkedésként pszichiátriai, addiktológiai, mentális és fizikai állapotjavítást célzó szolgáltatásokat biztosít a hajléktalanok részére, azzal a céllal, hogy mentális állapotuk javításával és függőségeik kezelésével elősegítse társadalmi integrációjukat. A Projekt egy alapszükséglet kielégítésre épülő, mentális egészség biztosítást célzó programrész megvalósítását végzi.

A Projekt megvalósításának koordinálását a Hajléktalanokért Közalapítvány által létrehozott Hajléktalanokért Közalapítvány Projektiroda (továbbiakban Projektiroda) végzi.

A jelen kiértékelés háttéréül szolgáló felmérés az EFOP_PLUSZ-5.2.1-23-2024-00001 azonosítószámú, „Élelmiszer támogatás biztosítása hajléktalan személyek részére” című projekthez kapcsolódó kísérő intézkedések megvalósítási kereteinek meghatározását célozza. Ezen kísérő intézkedések keretében a Projekt mentális (pszichiátriai, addiktológiai, pszichológiai) és fizikai állapotjavítást célzó intézkedések kerülnek megvalósításra.

Az alábbiakban bemutatott adatszolgáltatás célja, hogy felmérje az említett kísérő intézkedések célcsoportjainak jellegzetességeit, és különféle szempontok (pl. földrajzi elhelyezkedés, életkor, nem stb.) szerinti lebontásban képet adjon a szükséges ellátási formákról.

Az adatok értékelésénél elsősorban a régió, kor és nem szerinti eloszlásokat vizsgáltuk, valamint – ahol ez lehetséges volt – összehasonlítottuk az aktuális adatokat a 2022-es hasonló felmérés eredményeivel.

Az adatgyűjtés általános jellemzői

Az adatfelvétel során 2401 személy adatait vették fel. (Összehasonlításként: a 2022-es népszámlálás során 2685 hajléktalan személyt regisztráltak, bár ez az adat erősen megkérdőjelezhető, tekintve, hogy a 2011-es népszámlálás során ugyanez a szám 8256 volt. Emellett a hajléktalanellátás kapacitása a téli időszakban országosan mintegy 11.000 férőhely, amelyek kihasználtsága általában 70-75%-os, ami 7700-8200 olyan személyt jelent, akik igénybe veszik ezeket a szolgáltatásokat, így a valós adat minden bizonnyal ennél is magasabb.) Összesen 41 településen történt adatfelvétel, többségében átmeneti szállókon, éjjeli menedékhelyeken és nappali melegedőkben.

A lekérdezések regionális megoszlása				
	Válaszolt, fő	%	19 éves és idősebb népesség megoszlása Magyarországon	15 éves és idősebb hajléktalanok megoszlása a népszámlálás alapján
Dél-Alföld	270	11,2	12,5	13,4
Dél-Dunántúl	118	4,9	9,0	8,8
Észak-Alföld	230	9,6	14,2	11,2
Észak-Magyarország	270	11,2	11,1	7,2
Közép-Dunántúl	200	8,3	10,9	12,1
Közép-Magyarország	1 055	43,9	31,3	39,5
Nyugat-Dunántúl	258	10,7	10,9	7,9
Összesen	2 401	100,0	100,0	100,0

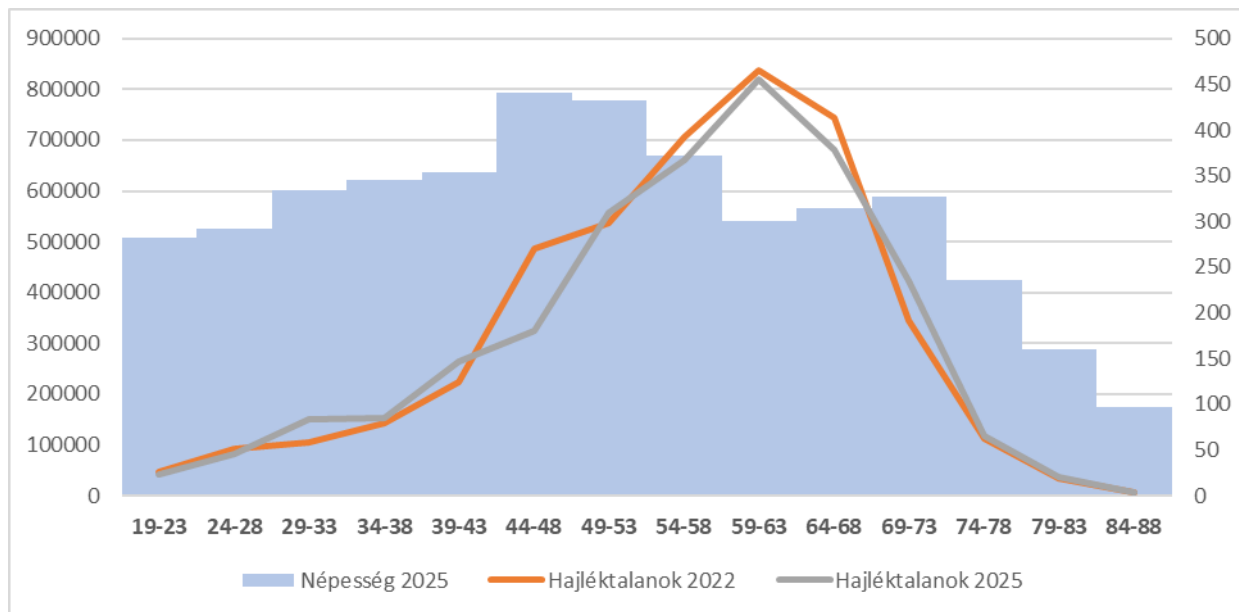
A fenti táblázatból elolvasható, hogy a lekérdezés régiók szerinti megoszlása nagyjából követi a hajléktalan népesség népszámlálás során mért eloszlását.

Alapjellemezők

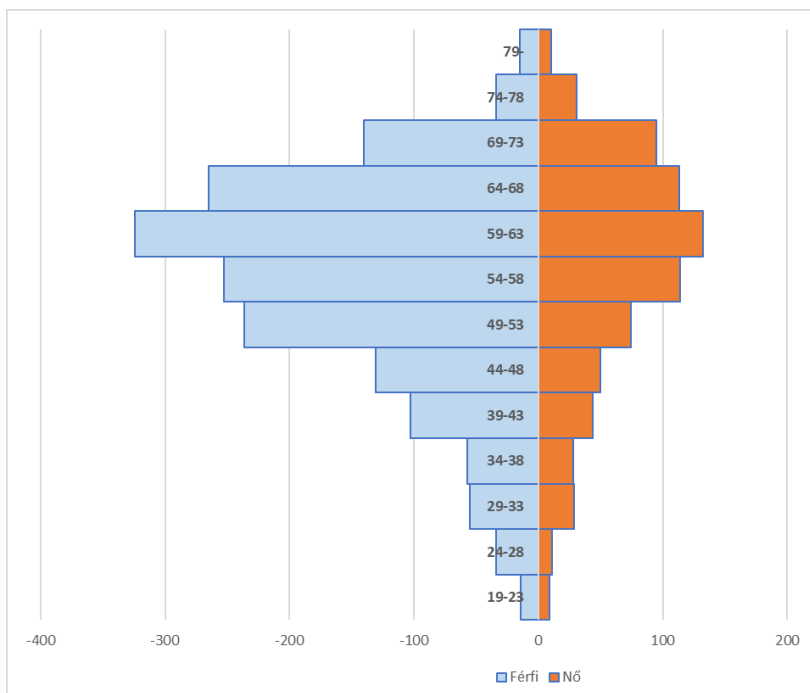
A felmérésben részt vett hajléktalan populáció több alapjellemezőben eltér a teljes magyarországi populációtól, azonban ezek az eltérések megegyeznek a 2022-es felmérésben megállapítottakkal.

Nem	Fő	%	Fő	%
	2022		2025	
férfi	1776	72,3	1661	69,2
nő	679	27,7	740	30,8
Összesen	2455	100	2401	100,0

Míg az összpopulációban a nők csekély túlsúlyban vannak (53%), a hajléktalanokon belül 70% a férfiak aránya, tehát jelentős férfitúlsúlyról beszélhetünk.



Életkori megoszlását tekintve is eltérést mutat a felmért populáció: míg a teljes népességben az 1970-es években születettek („Ratkó-unokák”) vannak túlsúlyban, a hajléktalanok életkori megoszlására jellemző, hogy összességében is idősebb, és a 61-64 éves korosztály a legnépesebb. E tekintetben a 2025-ös adatfelvétel jó egyezést mutat a 3 évvel korábbival. Ez a korosztály volt leginkább érintett a rendszerváltás kedvezőtlen társadalmi hatásaitól, ezért lehet a teljes népességhez képest ennyivel felülreprezentálva. Míg a teljes lakosság körében az 1950-es években születettek továbbra is jelentős réteget képviselnek, a hajléktalanok között ez nem figyelhető meg, vélhetően a magasabb halandóság következtében.



A korfa alapján a férfiak és nők életkori megoszlása hasonló (az átlagéletkor 55,6 év a férfiak, míg 56,8 év a nők esetében), azonban a nők valamivel nagyobb arányban szerepelnek az idősebb korosztályokban (a magasabb várható élettartamuk miatt). Ez eltérést jelent a teljes népességhez képest, ahol a nők átlagéletkora csaknem 4 évvel haladja meg a férfiakét (56,8 vs. 55,6 év).

Szociális helyzet

Ebben a tekintetben többek között az egzisztenciális körülményeket (jövedelmi helyzet, lakhatás, hajléktalanság fennállása), a kapcsolati hálót és az iskolai végzettséget mértük fel.

Mióta hajléktalan	Fő	%	Fő	%
	2022		2025	
kevesebb, mint 6 hónapja	232	9,5	265	11,0
több, mint egy éve	708	28,9	771	32,1
több, mint 5 éve	658	26,8	564	23,5
több, mint 10 éve	799	32,6	796	33,2
egyéb	57	2,3	5	0,2
Összesen	2454	100,0	2401	100,0

A hajléktalan státusz fennállásának időtartamát illetően nem észlelhető érdemi változás, kisebbségben vannak a fél évnél nem régebben hajléktalanná vált személyek, míg sajnálatos tendencia, hogy az egyenlő eloszlás alapján az látható, hogy az elmúlt 10 évben nem javult a hajléktalanná válás és az abból való kitörés lehetőségének aránya.

Mióta hajléktalan ön? (ellátási forma szerinti megoszlás)			
Átmeneti szálló	Nappali melegedő	Éjjeli menedékhely	Összesen
7	7,9	6,9	7,1

A hajléktalanság fennállásának ideje átlagosan 7,1 év. A nappali melegedőt igénybe vevő személyek esetében a másik két ellátási formához képest nagyjából egy évvel magasabb adatot kapunk.

Mióta hajléktalan ön? (régiók szerinti megoszlás)							
Dél-Alföld	Dél-Dunántúl	Észak-Alföld	Észak-Magyarország	Közép-Dunántúl	Közép-Magyarország	Nyugat-Dunántúl	Összesen
6,1	8,1	7,6	7	6,9	7,5	6	7,1

A területi megoszlást figyelembe véve a Dél-Dunántúl, Észak-Alföld és Közép-Magyarország régiók esetében átlag feletti a hajléktalanságban töltött évek száma a megkérdezettek körében. Ugyanakkor ez, amint az a tanulmány későbbi részében látható, nem mutat korrelációt a betegségek gyakoribb jelentkezésével.

Iskolai végzettség	Fő	%	Fő	%	Népesség %
	2022		2025		
8 általános vagy kevesebb	1236	53,5	1168	48,6	20
középfokú érettségi nélkül	656	28,4	781	32,5	22
középfokú érettséggel	348	15,1	351	14,6	34
felsőfokú	69	3	101	4,2	24
Összesen	2309	100	2401	100,0	100

Iskolai végzettség tekintetében – nem meglepő módon – a teljes népességhez képest jelentős eltolódás látszik az alacsonyabb végzettség, különösen az alapfokú felé (a közép- és felsőfokú végzettség rovására), hasonlóan a 2022-es adatokhoz.

Milyen forrásból van jövedelme?			
Jövedelemforrás	Hány % jelölte		Teljes népesség
	2022	2025	
Rendszeres munka	15,6	14,2	60
Alkalmi munka	17,8	18,2	
Közmunka	6,0	4,3	
Munkanélküli ellátás	5,2	4,2	
Öregségi nyugdíj	17,9	20,2	26
Rokkantsági nyugdíj	13,6	13,8	3
Önkormányzati segély	15,6	14,7	
Kéregetés, koldulás	7,3	4,4	
Gyűjtögetés, kukázás	7,4	8,1	
Egyéb	10	9,9	

A jövedelemforrások tekintetében sincs érdemi változás 2022-höz képest. Továbbra is az állandó és alkalmi munka, valamint az öregségi és a rokkantnyugdíj a leggyakoribb jövedelemforrás. Utóbbi azonban jelentősen felülreprezentált (13%) az átlag populációhoz képest, ahol ez az arány mindössze 3%. Ez a jelenség két, egymást erősítő hatás eredménye lehet: egyfelől a megváltozott munkaképesség és az ebből fakadó egzisztenciális hátrányok növelik a hajléktalanná válás kockázatát, másfelől a hajléktalanok nehezebb hozzáférése az egészségügyi (gyógyító és rehabilitációs) ellátáshoz jelentősen csökkenti a foglalkozási rehabilitáció esélyét. Ehhez kapcsolódó adat, hogy a teljes népesség mintegy 60%-a munkavállaló, a vizsgált populációban azonban ez 36,7%.

Családi állapot	Fő	%	Fő	%	15 éves és idősebb népesség Magyarországon
	2022		2025		
egyedülálló	1177	48,1	1215	50,6	31
házas/élettárs	278	11,4	259	10,8	46
elvált	744	30,4	714	29,7	13
özvegy	248	10,1	213	8,9	10
Összesen	2447	100	2401	100,0	100

Kivel tart kapcsolatot	%	
	2022	2025
szülők	10,1	9,3
gyermek (gyermekek)	30,0	30,1
testvér (testvérek)	27,6	26,9
barátok, ismerősök	55,0	54,0

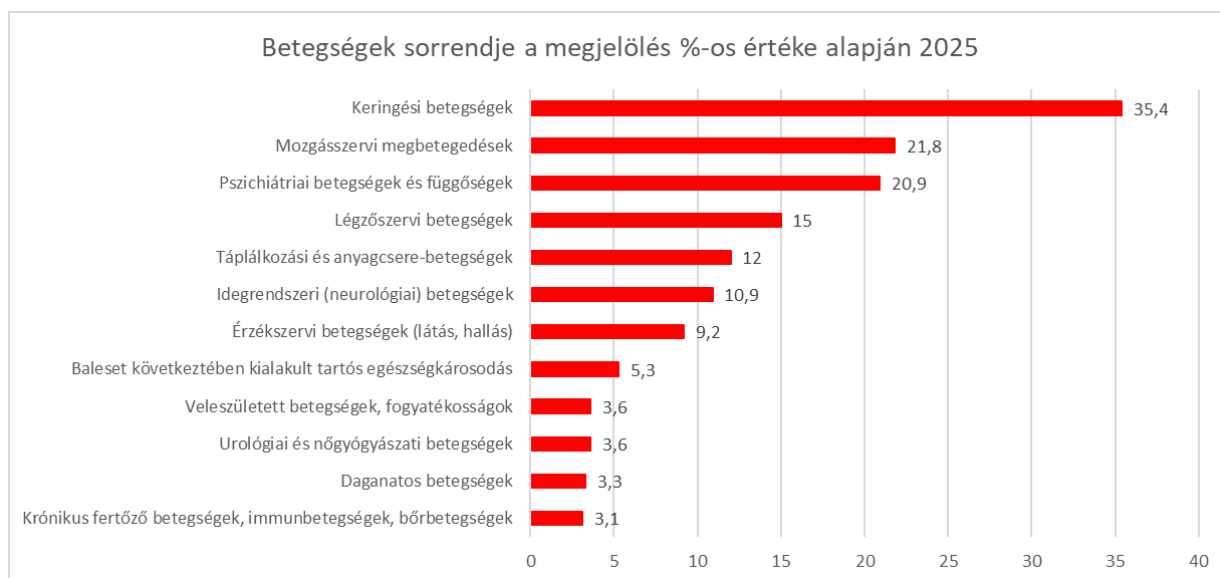
Rendszeres kapcsolatok száma	%	
	2022	2025
0	8,1	13,9
1	68,1	61,2
2	17,2	16,5
3	5,5	7,5
4	1,1	0,9
Összesen	100,0	100,0

A párkapcsolati viszonyokat illetően sem észlelhető változás a korábbi adatokkal összevetve; továbbra is látható, hogy a teljes népességgel összehasonlítva lényegesen magasabb az egyedülállók és elváltak aránya a házasságban élők számának rovására. A teljes népességhez képest lényegesen nagyobb arányban, a megkérdezettek fele egyedülálló, azaz nem él tartós párkapcsolatban (miközben a tartós párkapcsolatban élőké igen alacsony), tehát a társkapcsolati izoláció általánosságban véve is jellemzőbb a hajléktalan népességre, ami a szociális háló gyengeségét is jelzi. A teljes populációhoz képest azonban az elváltak aránya a legmagasabb; sokan a válást követően kerülnek olyan egzisztenciális spirálba, amely végül a hajléktalanságig vezet. Megdöbbentően alacsony arányokat látunk az egyéb közvetlen hozzátartozókkal, illetve közeli ismerősökkel való kapcsolattartás terén is: a megkérdezettek 54%-a rendelkezik bármiféle stabilnak tekinthető kapcsolattal a családján kívül, míg 75%-uknak legfeljebb egy ilyen kapcsolata van, a családot is beleértve.

A szociális és egzisztenciális hanyatlás egyik jellemző faktora a közvetlen (elsősorban családi) kapcsolatok és az ezekből fakadó érzelmi, anyagi és gyakorlati támogatás hiánya, amely cirkuláris, egymást kölcsönösen fenntartó viszonyban áll a hajléktalan létállapottal.

Általános egészségi állapot

Az elsőként feltett, legáltalánosabb kérdésre („Van-e testi betegsége?”) a 2022-es 56,5%-kal szemben az idei felmérésben 69,3% válaszolt igennel.



A megjelölt betegségek között továbbra is első helyen állnak a keringési betegségek, azonban jelentős növekedés látható a 2022-es adatokhoz képest a pszichiátriai betegségek és függőségek (2022-ben 11,3%), mozgásszervi megbetegedések (2022-ben 10,8%), légzőszervi megbetegedések (2022-ben 2,8%), neurológiai betegségek (2022-ben 8,5%) és az érzékszervi megbetegedések (2022-ben 2,2%) terén. Mivel önkitöltő tesztekéről van szó, és a betegségkategóriák nem mutatnak teljes átfedést a korábbi adatfelvételén használtakkal (az ideai kérdőívben az egyszerűség kedvéért több csoport összevonva szerepel), a különbség inkább az adatfelvétel sajátosságaiban keresendő. A későbbiekben, amennyiben további adatfelvétel történik, azonos betegségcsoportok alkalmazásával kiküszöbölhető lesz ez az eltérés, és az adatok összehasonlíthatósága javulni fog.

A mért adatok a 2022-es évhez hasonlóan továbbra is elmaradnak az átlag populációban mért adatoktól, bár az eltérés kismértékben csökkent. Amint azt akkor is megjegyeztük, az eltérés nem a vizsgált populáció átlagnál jobb egészségi állapotát, hanem sokkal inkább alacsonyabb egészségtudatossági szintjét jelzi. Sok esetben a hajléktalansággal együtt járó életkörülmények olyan mértékben megnövelik az egyén ingerküszöbét a testi panaszokkal szemben, hogy lassan hozzászokva akár egészen súlyos eltéréseket is megszokhat és természetesnek tekinthet. Jellemző, hogy a mindennapi alapszükségletek megteremtése is olyan mértékű nehézségekbe ütközik, hogy azok mellett az egészségügyi panaszok háttérbe szorulnak, és annak ellenére, hogy nem végez rendszeres munkát, az illető úgy érzi, az élelem megszerzése, tisztálkodási lehetőség és egyéb alapvető szükségletek biztosítása annyira leköti az idejét és energiáját, hogy mellette már nincs ideje az egészségével foglalkozni.

Munkaképesség-csökkenés, gyógyszeresedés

A megváltozott munkaképességűek (leszázalékoltak) aránya nem mutat érdemi eltérést: a 2022-es 22,0%-kal szemben az idei felmérésben 23,7% válaszolt igennel, ami azonban jelentősen meghaladja a teljes népességben előforduló rokkantak kb. 8%-os arányát. Itt ismét önrontó kört feltételezhetünk: a megváltozott munkaképesség megnehezíti a szocioökonómiai reintegrációt, ami jelentősen megnehezíti, ha el nem lehetetleníti a munkaképesség rehabilitációját.

	2022		2025	
Egészségi állapot foka	Fő	%	Fő	%
1-30% közötti (D-E)	83	15,8	12	2,2
31-50% közötti (C)	218	41,5	174	31,8
51-60% közötti (B)	194	37	127	23,2
60% felett	30	5,7	234	42,8
Összesen	525	100	547	100,0

A kategóriákon belüli változások azt mutatják, hogy jelentősen csökkent a megállapított súlyos egészségkárosodások aránya, és nőtt az enyhébb kategóriák előfordulása. Ennek hátterében minden bizonnyal a közelmúltban bevezetett komplex minősítési rendszer áll, amely jelentős változásokat hozott az egyes személyek munkaképesség-csökkenésének megállapításában, illetve a folyósítható különböző juttatások terén. Ennek megfelelően a két adatsor egymással nem összevethető, mivel alapvetően különböző szabályozási környezetben születtek. A későbbiekben, amennyiben a jelenlegi minősítési rendszer stabilan fennmarad, a jövőben felvett adatok kiindulási pontjaként lesznek használhatók a 2025-ös adatok.

Milyen betegséget jelölt meg a leszázalékolás, valamint a gyógyszeresedés okaként	Gyógyszer- szedés	Leszázalé- kolás
Keringési betegségek	31,7	7,8
Táplálkozási és anyagcsere-betegségek	10,2	3,5
Légzőszervi betegségek	12,1	4,4
Pszichiátriai betegségek és függőségek	18,5	8,4
Mozgásszervi megbetegedések	9,8	7,6
Idegrendszeri (neurológiai) betegségek	8,4	4,2
Érzékszervi betegségek (látás, hallás)	2,5	2,4
Krónikus fertőző betegségek, immunbetegségek, bőrbetegségek	1,7	0,7
Urológiai és nőgyógyászati betegségek	1,7	0,6
Daganatos betegségek	2,3	1,6
Veleszületett betegségek, fogyatékoságok	1,6	1,7
Baleset következtében kialakult tartós egészségkárosodás	1,4	2,7

A gyógyszereszedés gyakorisága nőtt a vizsgált populációban: a 2022-es 46,7% helyett 2025-ben 54,3% válaszolt igennel. A gyógyszereszedés, valamint leszálalékolás leggyakoribb okai között a leggyakrabban megjelölt betegségeket találjuk. A gyógyszereszedést nagyjából hasonló arányban jelezték a megkérdezettek, mint azok megjelölése. Ez arra enged következtetni, hogy a felmérésben résztvevők az ismert betegségekre jó eséllyel szedik is az előírt gyógyszereket, azonban a gyógyszereszedés pontosságáról és rendszerességéről ez az adat nem nyújt felvilágosítást, és feltehetjük, hogy a gyógyszereszedés jelzése nem feltétlenül jelent teljes adherenciát a javasolt gyógyszereléssel kapcsolatban.

A pszichés (pszichiátriai vagy addiktológiai) okokból szedett gyógyszereket szedők aránya a 2022-es adatokhoz képest (egyébként is igen magas) 10%-ról 18,5 %-ra emelkedett. A pszichiátriai gyógyszerek elterjedtségének hátterében részben az a gyakorlat állhat, hogy az alapellátásban a páciensek sok esetben krónikus zavarokra vagy pszichogén reakciókra igen hatékony, ám legalább annyira addiktív szereket kap, amely a pillanatnyi szenvedését gyorsan és megbízhatóan csökkenti, el- és akár átalvását is javítja, azonban a tolerancia törvényszerű növekedésével a dózis és a gyakoriság is nő, ami végül gyógyszerfüggőséghez vezet. Ilyen esetekben aztán igen nehéz a páciens olyan szerekre átállítani, amelyek érdemi segítséget jelentenek ugyan, de lassú, inkább általánosnak mondható hatással, ami egy kiváltó esemény okozta distresszel szemben nem jelent védelmet.

A másik jellemző módja a jatrogén gyógyszerfüggőség kialakulásának, amikor az alkoholfüggő páciens a leálláshoz adekvátan szedett szorongásoldót nem tudja elhagyni, azzal csak helyettesíti az alkoholt, és e szerváltás révén gyógyszerfüggő lesz. Ez esetben döntő lépés lenne a testi függőség, az elvonási tünetek megszűnése (szárazság) és a teljes gondolkodás- és életmódváltást követelő józanság közötti hatalmas különbség ismertetése a beteggel, ami az alapellátóktól nem elvárható, de egy személyes találkozó során a megfelelően képzett szakember (pszichiáter, addiktológus, addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés tanácsadó) ezen ismeretek átadásával, valamint adekvát önségítő szervezetek és professzionális segítő intézmények ismertetésével javíthatja a páciens motivációját és esélyét az érdemi változásra, amely valóban megoldást hozhat a függőségére.

Orvosi ellátás igénybevétele

	2022	2025
Van háziorvosa (%)	90,5	92,0
Szakorvoshoz jár (%)	38,2	46,1
Egyéb eü ellátásban részesül (%)	9,1	11,9

A háziorvosi ellátottság nem mutat érdemi változást, azonban a szakorvosi ellátás, illetve egyéb egészségügyi ellátás rendszeres igénybevétele növekedést mutat, amit kedvező jelként értékelhetünk a hajléktalan populáció egészségügyi kilátásai tekintetében, azonban ezek a számok messze elmaradnak a krónikus betegségek fentebb látott magas előfordulási arányaitól. Itt ismét utalunk a fentebb részletezett jelenségre, miszerint a hajléktalan létformával együtt jár, hogy ezek a személyek mentális és fizikális egészségüket, illetve egyéb

igényeiket és szükségleteiket nem képesek megfelelően karban tartani, illetve kielégíteni, mivel sokszor a legalapvetőbb szükségleteik kielégítése is igénybe veszi a valamennyi kapacitásukat.

Ennek következtében, mivel a kisebb-nagyobb egészségügyi panaszok (legyenek azok szomatikus vagy mentális természetűek) nem kapnak az érintettek részéről kellő figyelmet, illetve megfelelő ismereteknek is híján vannak; feltehetően e tekintetben a hajléktalanok elmaradnak az átlag népesség egyébként is alacsony egészségismereti, illetve egészségtudatossági szintjétől. Így olyan, akár egyszerűen kezelhető, megjelenésükkor még banális eltérések idővel krónikus és nehezen kezelhető problémákká nőnek ki magukat, mivel az illető hozzászokik ezek jelenlétéhez, nem is tartja abnormálisnak bizonyos panaszok vagy állapotok meglétét.

Az adekvát szakorvosi, ill. egyéb egészségügyi ellátás igénybevételének elmulasztásában azonban jelentős szerepe lehet magának az egészségügyi ellátórendszernek, illetve annak szerkezetének is. A járó- és fekvőbeteg-ellátásra egyaránt vonatkozó területi ellátottság miatt a hajléktalan személyek legtöbbször nemkívánatos elemként jelennek meg a rendszerben: leromlott szomatikus és mentális egészségi állapotuk mellett sokszor a szabálytartás, beilleszkedés, alkalmazkodás nehézségei is megjelennek, amelyek miatt mind szakmailag, mind emberileg megterhelő az ellátásuk, emiatt nemritkán elutasításban részesülnek, vagy ellátásuk a szoros minimumra korlátozódik. A fenti faktorok mellett azonban az ellátórendszer extrém – és 2022 óta minden bizonnyal tovább fokozódó – túlterheltsége is okozza, hogy a területileg nem oda tartozó pácienseket (lakhatási státusztól függetlenül) a kórházak és szakrendelők lehetőség szerint nem vonják be az ellátotti körükbe, hiszen a területi alapon kötelezően ellátandó páciensek is alig teljesíthető terhet jelentenek.

Táplálkozás

Milyen rendszerességgel szokott étkezni?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
nem mindennap	17	0,7	13	0,5
naponta 1-szer	179	7,3	148	6,2
naponta 2-szer	547	22,4	620	25,9
naponta 3-szor	1154	47,3	1119	46,7
naponta több, mint 3-szor	542	22,2	498	20,8
Összesen	2439	100	2398	100,0

Szakember szerint szüksége lenne-e speciális étrendre, táplálkozásra?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
igen	426	17,6	366	15,4
nem	1995	82,4	2016	84,6
Összesen	2421	100	2382	100,0

Követi?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
igen	144	19,0	127	17,4
nem	612	81,0	601	82,6
Összesen	756	100,0	728	100,0

Fogyaszt-e vitaminkészítményt, étrendkiegészítőt?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
igen	717	29,3	616	25,8
nem	1726	70,7	1776	74,2
Összesen	2443	100	2392	100,0

Ha nem, akkor szüksége lenne-e rá?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
igen	691	39,0	710	39,2
nem	1082	61,0	1100	60,8
Összesen	1773	100,0	1810	100,0

A táplálkozás alapjellemzőinek (gyakoriság, diéta, étrendkiegészítők és vitaminok fogyasztása) tekintetében nem történt érdemi változás 2022-höz képest. Továbbra is jelentős többségben vannak a naponta legalább háromszor étkezők (67,5%), a naponta kétszer étkezőkkel együtt 94,4% az arányuk. Azonban a megkérdezettek egyötöde arról számol be, hogy nehézséget okoz a rendszeres étkezés megoldása, ami alátámasztja, hogy ezen küzdelem mellett a magasabb rendű célok (önálló jövedelem, egészségi állapottal való foglalkozás, kapcsolatok építése vagy

helyreállítása) megvalósítására már nem marad idő és energia. Ezért is fontos, hogy az ellátásban komplex módon az alapvető szükségleteket (pl. a napi rendszeres étkezés) és az egészségfejlesztő beavatkozásokat egyidejűleg biztosítsuk a kliensek felé, számukra érthető és elérhető módon.

Az elmúlt egy héten hány alkalommal fogyasztott (%)				2022
Gyakoriság	húst	zöldséget	gyümölcsöt	tejterméket
nem evett	2,1	36,6	21,3	28,4
1-szer	6,0	11,9	15,9	15,8
2-4-szer	69,3	38,0	43,3	36,9
5-9-szer	21,4	12,6	18,7	17,9
10 és többször	1,2	1,0	0,8	1,0
Összesen	100	100	100	100
				2025
Gyakoriság	húst	zöldséget	gyümölcsöt	tejterméket
nem evett	3,4	35,1	18,4	18,4
1-szer	5,3	11,5	17,5	17,5
2-4-szer	53,2	36,7	44,9	44,9
5-9-szer	36,1	16,2	18,5	18,5
10 és többször	2,0	0,5	0,7	0,7
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

A 2022-es évhez képest jelentősen nőtt a húsfogyasztás, kisebb mértékben a zöldségek fogyasztása, míg a gyümölcsök és tejtermékek esetében jelentősen csökkent azok aránya, akik egyáltalán nem fogyasztottak.

Pszichés állapot

Jelenlegi pszichés állapot	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
elfogadható/jó	1737	71,2	1759	73,4
nehezen elviselhető	609	25	576	24,0
elviselhetetlen	92	3,8	63	2,6
Összesen	2438	100	2398	100,0

Az általános pszichés állapot megítélésében nincs érdemi változás 2022-höz képest: a válaszadók csaknem háromnegyede elfogadhatónak vagy jónak ítéli azt, és mindössze 2,6% elviselhetetlennek. Kopp és Skrabski 2007-es felmérésében a teljes népesség mintegy egyharmada mutatott súlyos pszichés distresszt. Bár azt várhatnánk, hogy a hajléktalanok saját lelkiállapotának megítélése lényegesen kedvezőtlenebb a teljes népességhez képest, a

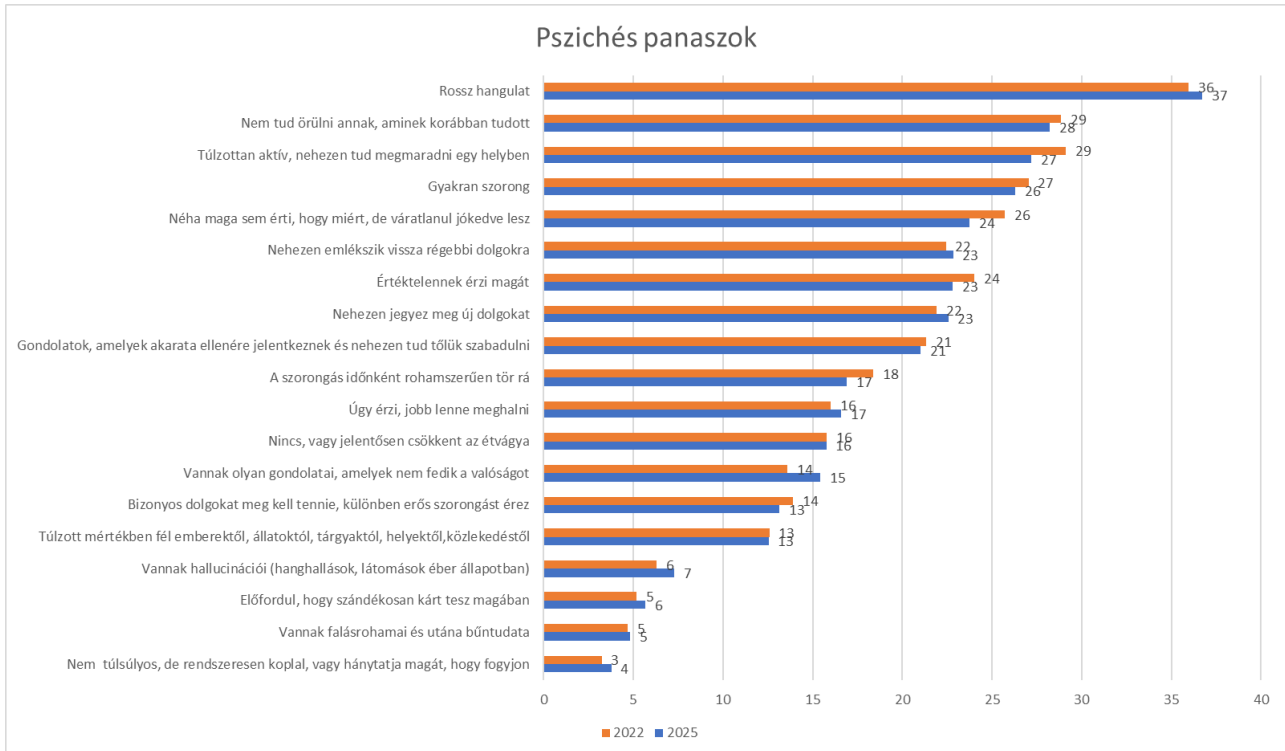
meglepő eltérés hátterében a krónikus szenvedéshez való lassú, fokozatos hozzászokás jelensége állhat (ahogyan a béka hagyja magát megfőzni, ha felforralják alatta a hideg vizet): a mindennapi élet nehézségei, gyakorlati kérdései, sok esetben az alapszükségletek kielégítése lekötheti a figyelmet, ezáltal hozzájárul ahhoz, hogy a személy észre sem veszi a fokozatos romlás folyamán kialakult akár súlyos eltéréseket sem.

Voltak-e valaha öngyilkossági gondolatai vagy késztetései?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
soha	1604	65,7	1623	67,9
néhány alkalommal	744	30,5	698	29,2
rendszeresen	93	3,8	71	3,0
Összesen	2441	100	2392	100,0

A suicid gondolatok és késztetések tekintetében sem regisztráltunk változást 2022-höz képest, továbbra is az átlag populációnak megfelelő arányokat találjuk.

Követett-e el valaha öngyilkossági kísérletet?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
igen	488	20	432	18,1
nem	1949	80	1954	81,9
Összesen	2437	100	2386	100,0

A suicid kísérletek aránya, bár szintén nem mutat változást 2022-höz képest, azonban továbbra is extrém magas a teljes népességhez viszonyítva. Amint arra akkor is rámutattunk, ennek oka a hajléktalan populáció csökkent rezilienciájában és a protektív faktorok hiányában keresendő. A szociálisan izolálódott, kellő beágyazottság nélkül élő személy öngyilkossági krízisben nem tud kihez fordulni, nem lát kiutat a reménytelen helyzetéből, és nincs, aki segítsen rajta. Hiszen az öngyilkos személy valójában nem az életének, hanem a szenvedésének akar véget vetni, és csak jobb megoldás híján folyamodik az élete kioltásához.



A konkrét tünetek, panaszok meglétét és intenzitását 5 fokozatú skálán értékelhették a megkérdezettek. Ezek eredményét a jobb átláthatóság és a finomabb különbségtétel céljából nem átlagolva, hanem 100-as skálán mutatjuk be.

Amint a fenti diagramon is látható, a panaszok előfordulási gyakoriságában, illetve sorrendjében érdemi különbség nem mutatkozik. A levert hangulat önmagában nem egyenlő a depresszióval, hiszen lehet adekvát érzelmi reakció is egy adott élethelyzetre, azonban örömtelenséggel, szorongással, értéktelenség-érzéssel és étvágytalansággal társulva már felveti a klinikai értelemben vett depresszió meglétét is. Ennek szűrése önkitöltő teszt segítségével gyorsan és egyszerűen megtörténhet, és az így kiszűrt személyek célzottan pszichiátriai szakrendelésre irányíthatók. Ennek abban áll a jelentősége, hogy az állapot sokszor évek alatt, fokozatosan alakul ki és súlyosbodik, így észrevétlenül válik a személy mindennapi életét és reintegrációját jelentősen akadályozó tényezővé, és amint azt korábbi tanulmányunkban kimutattuk, a mentális állapot javítása hatékonyabbá teszi a szociális intervenciókat is.

A korábbihoz hasonlóan az idei felmérésben is sok megkérdezett jelezte, hogy néha ok nélkül lesz jókedve. A kérdés a hangulati állapot kóros pozitív kilengését, a mániás állapotot célozta volna, ám a rendkívül magas arány azt jelzi, hogy a többség mást értett a kérdésen, mint az az

eredeti szándék lett volna. Feltehetően az a jelenség áll a háttérben, hogy a hangulat egészségeseknél is megfigyelhető spontán hullámozása nemcsak negatív, hanem pozitív irányban is megtörténhet, azaz egy lehangolt periódusban is előfordulhatnak jobb időszakok. Emellett önmagában már a tartósan fennálló rossz hangulat átmeneti csökkenését is megélheti valaki a hangulat indokolatlan javulásaként. Mindezek mögött vélhetően a hajléktalan életmódból és az ezzel együtt járó társadalmi státuszából, stigmákból, ismétlődő rossz tapasztalatokból fakadó gondolkodási torzulás áll, amely szerint általában a rossz várható, míg a jó, legyen az anyagi, érzelmi vagy pszichés természetű, inkább kivételként, anomáliaként kezelendő.

Továbbra is magas azok aránya, akik akár az anterográd, akár a retrográd memória zavarát jelzik, mindkét elem 22 pontos értékelést kapott (2022-ben 22-22 pontot kaptak). Azonban ez nem a demencia gyakori előfordulását jelzi, inkább a krónikus szorongással együtt járó jelenség, a pszseudodemencia, amely nemcsak az idős korosztályt érinti, hanem a betegség szokványos tüneteként jelentkezik.

A kényszerszorgondolatok (21 pont) a korábbi méréshez hasonlóan alakulnak: előbbiek esetében valószínűleg a visszatérő emlékek, gondolatok, veszteségek, sérelmek és önvádítások ruminációja került be a válaszok közé tévesen. Ezek ugyanis, bár szintén jelentős szenvedést okozhatnak, nem tartoznak a kényszerszorgondolatok körébe. A kényszercselekvések esetében is hasonló jelenség figyelhető meg, mint a 2022-es felmérés kapcsán: kb. 9% ítéli jellemzőnek vagy gyakorinak, akik nagy része valószínűleg az OCD szubklinikus formájába tartozik (amelynek előfordulása kb. 13% az átlag populációban), mivel ennél csekélyebb arányban jelennek meg a hajléktalanok számára fenntartott pszichiátriai szakrendelésben.

Egyéb szorongásos kórképek (pánikzavar, fóbiák) az átlagpopulációhoz hasonló arányban fordulnak elő. Ez az eredmény egyáltalán nem meglepő, ugyanis a szorongásos betegségek (kényszerbetegség, fóbiák, generalizált szorongás) a hangulatzavarokkal ellentétben kevésbé az aktuális életesemények hatására fejlődnek ki és súlyosbodnak, hanem inkább az eleve meglévő genetikai sérülékenységre és korai traumák hatására, így a hajléktalan létállapot és életmód kevésbé növeli az ezeknek való kitettséget. És vice versa: a szorongásos zavarok általában nem jelentenek olyan mértékű funkciózavart, amely önmagában veszélyeztetné az egyént a hajléktalanná válásra, mivel egy meglévő rendezett egzisztencia és szociális háló képes megtartani a beteget arra az időre, amíg meggyógyul és teljes funkcionalitását visszanyeri.

Az evészavaros tünetek (koplalás, falásrohamok, hánytatás) szintén nem mutatnak eltérést az átlag populációhoz képest.

A halálvágy 2022-höz hasonlóan közel 10%-ban jelenik meg jellemző vagy szinte állandó tünetként, ami igen magas arány, és önmagában véve is riasztó képet ad a válaszadók mentális állapotáról.

A hallucinációkat 6,8% jelezte változónak vagy annál jellemzőbbnek, a téveszmékre vonatkozó kérdésnél ez az arány 15% volt. Ebből azonban nem következtethetünk arra, hogy a válaszadók valamennyien skizofréniában vagy egyéb krónikus endogén pszichotikus zavarban szenvednek. A pszichotikus tünetek számos egyéb okból is megjelenhetnek, többek között szerhatás vagy -megvonás, demencia, belgyógyászati állapotok hatására. Ez a rendkívül magas arány ugyanakkor mégis aggasztó, mivel a pszichotikus állapot akár közvetlen veszélyt is jelenthet a páciensre vagy annak környezetére, más esetekben hosszú távon gátolja az egyént a rendezett életvitelben, a megfelelő emberi kapcsolatok kiépítésében és fenntartásában, vagy akár a legalapvetőbb viselkedési normák betartásában.

Összességében elmondható, hogy a pszichés tünetlista jellemzően azon területeken mutat eltérést, amelyek a hajléktalanság okozta krónikus distressz következtében súlyosbodó pszichés tünetek körébe tartoznak (hangulati nyomottság, szorongás, feszültség, örömtelenség stb.), illetve azon tünetek körében is, amelyek olyan betegségekre utalnak, amelyek rontják az egyén munkaképességét és szociális készségeit, ezáltal szociális izolációhoz és egzisztenciális lemaradáshoz vezetnek, végső soron hajléktalanságba sodorják őt.

Addiktológiai problémák

Dohányzás

Dohányzik ön?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
igen, naponta	1715	70,1	1 683	70,2
igen, alkalmanként	158	6,5	148	6,2
nem, kevesebb, mint fél éve leszoktam	16	0,7	18	0,8
nem, több, mint fél éve leszoktam	149	6,1	138	5,8
nem, soha nem dohányoztam	407	16,6	412	17,2
Összesen	2445	100	2 399	100,0

Naponta hány szál cigarettát szív?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
egyet sem	187	7,8	190	9,5
1-9 szál	1430	59,7	368	18,5
10-19 szál	772	32,2	800	40,2
20 és több szál	5	0,2	634	31,8
Összesen	2394	100	1992	100,0
Átlag szál/nap		8		15

Tervezi-e, hogy leszokik a dohányzásról?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
igen	448	21,4	395	19,2
nem	1303	62,2	1496	72,7
nizonytalan, nem tudja	345	16,5	168	8,2
Összesen	2096	100	2059	100,0

A dohányzók aránya nem változott 2022-höz képest, és lényegében megfelel a teljes felnőtt lakosság átlagának. Ugyanakkor a napi átlagos cigarettaszám csaknem kétszeres emelkedést mutat, ami közvetve tükrözheti az érintettek mentális egészségének hanyatlását. A leszokást nem tervezők száma azonban megnőtt – a bizonytalanok arányának rovására, míg a leszokást nagyjából ugyanolyan arányban tervezik a dohányosok, mint 3 évvel ezelőtt.

Alkoholfogyasztás

Az alkohollal kapcsolatos problémák felmérésére az Anonim Alkoholisták problémafelmérő tesztjének bizonyos kérdéseit használtuk. Az ezekre adott igenlő válasz nem jelent feltétlenül alkoholfüggőséget, de jó eséllyel problémás ivónak mondható, aki egynél több kérdésre

igennel felel. A problémás ivásra vonatkozó kérdésekre a 2022-es válaszokhoz hasonló mintázatot kaptunk; a válaszadók kb. 48,8%-a tekinthető problémás ivónak, miközben ez az arány a teljes népességben 20% körülire tehető, azaz a hajléktalanok körében még ennek az igen magas számnak is a kétszeresét mértük.

Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
soha	732	30,0	827	34,6
legfeljebb havi 1-szer	415	17,0	413	17,3
havi 2-4-szer	371	15,2	420	17,6
heti 2-5-ször	420	17,2	375	15,7
(szinte) minden nap	502	20,6	358	15,0
Összesen	2440	100,0	2393	100,0

A gyakoriság tekintetében észleltünk változást: az absztinensek száma kismértékben nőtt, míg a napi ivók aránya csökkent (30-ról 34, illetve 20-ról 15%-ra). Mivel a problémás ivás összességében nem mutatott változást, önmagában ennek a mutatónak nincs nagy jelentősége, de mégis utalhat egy tudatosabb hozzáállásra az alkohollal kapcsolatban.

Kérdések az alkoholfogyasztás hátrányos következményeiről	2025			
	Válaszolók száma, fő	Válaszok megoszlása, %		
		Igen	Nem	Nem tudja
Kapott-e már visszajelzést a környezetétől, hogy problémás az alkoholfogyasztása?	2240	39,2	57,1	3,8
Volt-e valaha megvonási tünete, epilepsziás rohama az alkohol miatt?	2236	16,3	80,1	3,6
Volt-e valaha eszméletvesztése, „filmszakadása” alkohol miatt?	2232	26,8	69,9	3,3
Érezte-e valaha úgy, hogy csökkentenie kellene az alkohol mennyiségét?	2222	42,3	53,7	3,9
Tervezi-e, hogy leszokik az alkoholtól?	2205	25,6	65,9	8,5
Volt-e korábban leszokási kísérlete?	2219	38,0	59,9	2,1

Az alkohol káros következményei a 2022-es évihez hasonlóan jelentek meg a válaszokban. Legtöbbször a környezettől kapott visszajelzést említik, de igen magas arányban fordult elő filmszakadás és megvonásos tünet is. Érhető, hogy a megkérdezettek igen magas arányban

éreztek már úgy, hogy csökkenteniük kellene az alkoholfogyasztásukat, illetve tervezték, hogy leállnak az ivással. Ez arra utal, hogy náluk már kialakult a problématudat, amely kellő segítséggel a motiváció növelése révén cselekvésbe lenne fordítható. Itt rendkívül fontos az edukáció, hiszen a legtöbb páciens nem is hallott a függőséggel vagy a felépüléssel kapcsolatos legalapvetőbb információkról sem, amelyek megismerése révén rálátásuk nyílhat arra, hogy

saját szerhasználatuk nem szégyenletes és az orvosok elől is titkolni való rossz szokás, hanem az érzelmkezelésnek olyan zavara, amely bármely életkorban korrigálható és karban tartható. A felvilágosítás akkor lesz hatékony, ha amellett, hogy tényszerű, egyszersmind empatikus is és ítélkezéstől mentes. Annak megtapasztalása, hogy a szerhasználatról lehet szégyenérzet nélkül beszélni, segíti a következményekkel, veszteségekkel való őszintébb szembenézést is, ami a kezdeti motiváció legfőbb üzemanyaga. Akik pedig elszánták magukat a változásra, a különböző ambuláns vagy bentlakásos professzionális rehabilitációs segítségeken túl Budapesten jó lefedettséggel rendelkezésre áll az Anonim Alkoholisták gyűléseinek látogatása, amely ingyenesen biztosítja a leghatékonyabb ismert józanságmegtartási módszert. A mozgalom országos elterjedése azonban jelentősen elmarad a fővárostól, így az ismert Budapest–vidék olló sajnos ezen a téren is érzékelhető.

Sok esetben a leálláshoz kórházi segítségre van szükség, és bár az erre való beutalás nem szakorvosi hatáskör, a motiváció erősítése – amint azt fentebb kifejtettük – megfelelő, ezirányban képzett és tapasztalt szakember (addiktológiai konzultáns, mentálhigiénés szakember, pszichiáter, addiktológus, pszichológus) által hatékonyabb lehet. Egyes esetekben a hosszú távú kognitív vagy testi leépülés révén a szenvedélybeteg elveszíti az önellátási, még rosszabb esetben az önrendelkezési képességét is, ilyenkor megfelelő elhelyezés (szenvedélybetegek otthona vagy ápolási otthon) mellett a gondnokság alá vétel szükségessége is felmerül.

Tudja-e, kihez fordulhat segítségért, ha le akar szokni az alkoholtól?	2022		2025	
	Válaszolók száma, fő	%	Válaszolók száma, fő	%
igen, de nem érzi szükségét	1462	68,2	1532	71,7
igen, gondolt rá, de még nem kért segítséget	257	12,0	165	7,7
igen, már kért	228	10,6	291	13,6
nem tudja kihez fordulhat	198	9,2	149	7,0
Összesen	2145	100	2137	100,0

A segítségkérés tekintetében kismértékű változás figyelhető meg. Bár többen vannak, akik nem érzik szükségét, hogy segítséget kérjenek, azok száma is nőtt, akik már kértek segítséget. Ezzel párhuzamosan csökkent azok aránya, akik még nem kértek segítséget, köztük mind azok, akik rendelkeztek, mind azok, akik nem rendelkeztek információval az elérhető segítségről. Ez arra

utalhat, hogy egyfelől javult az információátadás, másfelől javult azok motivációja, akik eddig még a felépülésnek az elszánás előtti fázisában jártak.

Droghasználat, nyugtató-altató gyógyszerek abúza

Élt-e valaha illegális drogokkal, beleértve a nem orvos által rendelt vagy nem előírászerűen szedett nyugtatót, altatót, fájdalomcsillapítókat is?	2022		2025	
	Fő	%	Fő	%
nem, ki se próbálta	1893	77,6	1813	76,4
kipróbálta, de azóta nem	301	12,3	332	14,0
alkalomszerűen évi 3-4	129	5,3	103	4,3
1-3 havonta	1	0,0	27	1,1
1-4 hetente	25	1,0	27	1,1
hetente többször	45	1,8	33	1,4
minden nap	45	1,8	37	1,6
Összesen	2439	100	2372	100,0

A droghasználati szokások nem mutattak érdemi változást 2022 óta: a megkérdezettek közel háromszorosa használt már valaha illegális drogot, mint az össznépesség.

Milyen drogot használt (igennel válaszolók aránya, %)	2022	2025
	%	
amfetamin és származéka	5,9	7,5
opiátok	2,5	3,0
hallucinogének	2,5	3,0
nyugtatók, szorongásoldók	N. A.	11,1
fájdalomcsillapítók	10,9	8,5
oldószerek (szipuzás)	2,9	3,5
dizájner drogok, biofű	6,4	5,6
marihuána, hasis	9,5	9,5
kokain	3,2	3,3
patron	0,5	0,7
mefedron (Kati)	1,8	3,4
Egyéb	1,9	1,7

A használt szerek tekintetében lényeges változás nem látható, a nyugtatók és a THC-származékok a legelterjedtebbek. A stimulánsok használatának emelkedése jelentkezik, ez feltehetőleg a „kristály” nevű olcsó, de kétes összetételű és hatású amfetaminszármazék gyors térhódításának tulajdonítható.

Kérdések a droghasználat hátrányos következményeiről	Válaszolók száma, fő	Válaszok megoszlása, %		
		Igen	Nem	Nem tudja
Kapott-e már visszajelzést a környezetétől, hogy problémás a drogfogyasztása?	1519	10,9	86,6	2,5
Volt-e valaha eszméletvesztése, „filmszakadása” droghatás miatt?	1518	10,5	87,5	2,0
Volt-e valaha megvonási tünete, epilepsziás rohama drog vagy gyógyszer miatt?	1509	8,2	89,5	2,4
Érezte-e valaha úgy, hogy csökkentenie kellene a gyógyszer vagy droghasználatát?	1408	11,6	83,2	5,3
Tervezi-e, hogy leszokik a drog(ok)ról?	1408	11,6	83,2	5,3
Volt-e korábban leszokási kísérlete?	1401	14,0	83,5	2,5

A droghasználat káros következményeinek észlelése lényegesen alacsonyabbak, mint alkohol esetében. Feltehető, hogy ezt a kérdéssort sokan megválaszolták azok közül is, akik soha nem próbálták ki az említett szereket, így a valóságnak megfelelően igennel felelhettek, azonban a droghasználók ilyen irányú tapasztalatai elvesznek ezen válaszok között. Ugyanezen okból nincs relevanciája a droghasználathoz kapcsolódó segítségkérésre vonatkozó kérdéseknek sem.

Nem, életkor és régiók szerinti elemzés

A betegségcsoportokra, valamint az alkohol- és gyógyszerfogyasztásra vonatkozó adatokat nem, kor és régió szerinti csoportokban vizsgáltuk. Vastag betűvel szedve láthatóak az átlag feletti értékek. Alkohol esetében azokat tekintjük érintettnek, akik a problémás fogyasztást felmérő 10 kérdésből legalább 3-ra igennel feleltek.

Betegségek, függőségek típusa	Nem		
	Férfi	Nő	Összesen
Leggyakoribb betegségek %-os aránya a válaszolókon belül			
Keringési betegségek (pl. szívinfarktus, érszűkület, magasvérnyomás)	31,9	43,1	35,4
Táplálkozási és anyagcsere-betegségek (pl. cukorbetegség, elhízás)	10,7	15,3	12,1
Légzőszervi betegségek (pl. asztma, COPD, tüdőtgulat)	13,0	19,5	15,0
Pszichiátriai betegségek és függőségek	17,0	29,7	20,9
Mozgásszervi megbetegedések	19,7	26,5	21,8
Idegrendszeri (neurológiai) betegségek (pl. epilepszia, stroke, bémulás)	11,0	10,7	10,9
Alkoholproblémával jellemezhetők %-os aránya a válaszolókon belül	57,9	28,4	48,8
Leggyakoribb drogok használatának %-os aránya a válaszolókon belül			
amfetamin és származékai (Speed, metamfetamin, kristály, Ecstasy)	8,4	5,4	7,5
nyugtatók, szorongásoldók (orvosi javallatnál nagyobb adagban)	11,2	10,8	11,1
fájdalomcsillapító	9,0	8,5	8,9
dizájner drogok, biofű	6,3	3,9	5,6
marihuána, hasis	11,4	5,3	9,5

A betegségek nemek szerinti eloszlását jellemzi, hogy az idegrendszeri megbetegedéseken kívül (amelyek nem mutatnak nemi eltérést) valamennyi betegség jellemzőbb a nőkre. Bár a nők átlagéletkora magasabb a vizsgálat populációban, a kormegoszlással súlyozott arányok megmutatják, hogy ez az életkori különbség sem magyarázza a különbséget, és arra utal, hogy valamilyen okból a nők mentális és testi egészségére is rombolóbb hatással van a hajléktalanság, mint a férfiakéra. Azonban figyelembe kell venni, hogy a válaszok a megkérdezettek ismeretein alapulnak, nem feltétlenül tükrözik a valós egészségi állapotot, csak azt, ahogyan a szóban forgó személy azt látja. Ennélfogva a nemi különbségek hátterében az is állhat, hogy a nők jobban rálátnak saját egészségi állapotukra, jobban igénybe veszik a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokat (pl. szűrővizsgálatokat), illetve könnyebben kérnek segítséget, mint a férfiak, akik közül sokak számára nehéz felvállalni gyengeségüket, tüneteiket, és jobban belefér a nemi sztereotípiákba, hogy inkább tűrik a fájdalmat, a szenvedést.

A problémás alkoholhasználat (legalább 3 igen a problémás ivást felmérő kérdéseknél) kétszer olyan gyakran fordul elő férfiaknál, mint nőknél. A leggyakoribb drogok használata kismértékben szintén a férfiakra jellemző, különösen a dizájner drogok és a marihuána esetében.

Betegségek, függőségek típusa	Életkor (év)							
	19-28	29-38	39-48	49-58	59-68	69-78	79-	Összesen
Leggyakoribb betegségek %-os aránya a válaszolókon belül								
Keringési betegségek (pl. szívinfarktus, érszűkület, magasvérnyomás)	2,9	10,7	19,2	34,3	42,8	54,3	56,0	35,4
Táplálkozási és anyagcsere-betegségek (pl. cukorbetegség, elhízás)	0,0	5,3	11,3	13,3	13,5	12,3	16,0	12,1
Légzőszervi betegségek (pl. asztma, COPD, tüdőtágulat)	2,9	5,9	8,2	14,3	19,2	19,7	20,0	15,0
Pszichiátriai betegségek és függőségek	17,6	21,9	27,4	23,2	19,2	14,7	12,0	20,9
Mozgásszervi megbetegedések	4,4	6,5	14,9	19,9	27,3	31,3	12,0	21,8
Idegrendszeri (neurológiai) betegségek (pl. epilepszia, stroke, bénulás)	8,8	4,1	16,2	13,1	9,8	7,7	8,0	10,9
Alkoholproblémával jellemezhetők %-os aránya a válaszolókon belül	27,9	46,7	53,0	52,0	53,0	33,7	16,0	48,8
Leggyakoribb drogok használatának %-os aránya a válaszolókon belül								
amfetamin és származékai (Speed, metamfetamin, kristály, Ecstasy)	25,0	29,0	21,6	4,4	1,6	0,0	0,0	7,5
nyugtatók, szorongásoldók (orvosi javallatnál nagyobb adagban)	26,5	27,8	20,7	10,3	5,0	7,0	0,0	11,1
fájdalomcsillapító	27,9	14,8	11,6	9,3	5,6	7,0	0,0	8,9
dizájner drogok, biofű	27,9	21,9	12,8	3,5	1,2	0,7	0,0	5,6
marihuána, hasis	29,4	27,2	22,6	7,7	4,0	1,0	0,0	9,5

Megnevezés: betegségek, függőségek típusa	Régió							
	Dél-Alföld	Dél-Dunántúl	Észak-Alföld	Észak-Magyarország	Közép-Dunántúl	Közép-Magyarország	Nyugat-Dunántúl	Összesen
Leggyakoribb betegségek %-os aránya a válaszolókon belül								
Keringési betegségek (pl. szívinfarktus, érszűkület, magasvérnyomás)	39,6	33,1	34,3	30,7	33,0	37,0	32,9	35,4
Táplálkozási és anyagcsere-betegségek (pl. cukorbetegség, elhízás)	14,1	11,0	8,7	7,8	11,5	13,5	12,8	12,1
Légzőszervi betegségek (pl. asztma, COPD, tüdőtágulat)	11,9	8,5	13,0	12,2	17,5	17,7	12,8	15,0
Pszichiátriai betegségek és függőségek	25,2	30,5	22,2	15,2	20,5	20,7	18,6	20,9
Mozgásszervi megbetegedések	25,6	19,5	20,0	18,9	26,5	22,2	18,2	21,8
Idegrendszeri (neurológiai) betegségek (pl. epilepszia, stroke, bénulás)	13,3	9,3	9,1	9,6	15,5	10,7	9,3	10,9
Alkoholproblémával jellemezhetők %-os aránya a válaszolókon belül	50,0	58,5	51,3	57,8	47,5	45,3	46,5	48,8
Leggyakoribb drogok használatának %-os aránya a válaszolókon belül								
amfetamin és származékai (Speed, metamfetamin, kristály, Ecstasy)	6,7	3,4	9,1	4,4	5,0	9,7	5,0	7,5
nyugtatók, szorongásoldók (orvosi javallatnál nagyobb adagban)	11,9	9,3	19,1	12,2	6,5	11,4	5,0	11,1
fájdalomcsillapító	10,7	10,2	15,7	10,4	5,0	8,4	3,5	8,9
dizájner drogok, biofű	5,9	13,6	6,5	3,7	3,5	5,9	3,1	5,6
marihuána, hasis	8,5	11,0	8,3	10,4	8,0	10,4	7,4	9,5

A betegségek megoszlása kor szerint is jellegzetes eloszlást mutat: az idősebb korosztályra jellemzőek a keringési, táplálkozási és anyagcsere-, légzőszervi és mozgásszervi betegségek. A középső korosztályban jellemzőbbek a függőségek (elsősorban az alkohol kiemelkedő a többi korosztályhoz képest). A droghasználat, amint az várható, fiatalabb életkorban gyakoribb, a korral csökkentő tendenciát mutatva, 49 éves kor felett hirtelen csökkenéssel. Egyedül a nyugtatók és fájdalomcsillapítók fordulnak elő a 70 év felettiekénél, messze kiemelkedve a többi

szer közül, azonban jelentősen elmaradva az alkoholtól (mintegy ötöde a gyakorisága az alkoholhoz képest).

A területi eloszlás területén észlelhetők a legkisebb különbségek, mind a szomatikus betegségek, mind a függőségek tekintetében. Egyes betegségcsoportok átlag feletti eloszlást mutattak bizonyos régiókban, azonban ezek az eltérések nem mutatnak összefüggést, és nem mondható, hogy egyik vagy másik régióban élők egészségi állapota általánosságban véve rosszabb, vagy jobb lenne az átlagnál. A függőségek tekintetében megfigyelhető, hogy a Dél-Dunántúli Régióban mind az alkohol, mind a biofű használata átlag feletti, hasonlóképpen magas az alkoholprobléma előfordulása az Észak-Magyarországi Régióban. Ismert, hogy ezek a legolcsóbban hozzáférhető tudatmódosítók, így ez a jelenség a két régió gazdasági teljesítményével hozható összefüggésbe. (A két legszegényebb régióról van szó.) Érdekesség, hogy az alkoholon kívüli szerek közül a stimulánsok, a fájdalomcsillapítók és a szorongásoldó, ill. altató gyógyszerek használata – egyedülként a régiók között – átlag feletti az Észak-Alföldi Régióban.

Összefoglalás

Amint azt a 2022-es felmérés során is megállapítottuk, a magyarországi hajléktalan populáció egészségi állapota mind mentális, mind szomatikus téren messze elmarad a teljes népesség hasonló mutatóitól. Ennek részben oka, részben azt tovább súlyosbító faktora, hogy az ellátáshoz jutás lehetőségei kevésbé állnak rendelkezésükre, mint a nem hajléktalan populáció számára. Emellett az egészségtudatosság terén is jelentős a lemaradás: akár az életmódból fakadó fizikális tényezők (táplálkozás, személyi higiéné, lakhatási körülmények), akár az ehhez szükséges mentális készségek (önérvényesítés, öngondoskodás), mind a szükséges tudás (egészségtudás, az ellátórendszer és az abban érvényesíthető jogok ismerete, praktikus készségek az ügyintézés terén stb.) területén hiányt szenvednek ezek a személyek. Ezért a szorosan vett egészségügyi ellátás mellett kiemelt hangsúlyt kell kapnia az edukációnak minden, a betegeket érintő területen, különösen a mentális egészség, az addikciók és az általános egészségtudás terén.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy egy krónikus betegség megléte, legyen szó mentális vagy szomatikus állapotról, erősíti a hajléktalanság ördögi körét. A pszichiátriai betegségek területén maradvány, egy ilyen megbetegedés sokszor eleve súlyos tünetekkel és funkciózavarral indul, és esetenként idővel még progrediál is, mint a bipoláris zavar súlyos formái, a schizopreniák, egyes személyiségzavarok vagy a mentális retardációk, eleve megnehezítik egy alap egzisztencia és szociális háló (leginkább a munka és lakhatás) megszerzését, ezáltal – megtartó közeg híján – az alacsonyabb szocioökonómiai rétegekben megjelenve jóformán predesztinálják az egyént a hajléktalanná válásra. Ezeknek a fokozottan kiszolgáltatott és sérülékeny személyeknek a megfelelő ellátása az egészségügyi és a szociális szféra

együttműködésével lenne megvalósítható: az ápolásra szoruló krónikus betegeknek megfelelő egészségügyi intézmény, a mentálisan sérült vagy pszichiátriai betegeknek a specializált intézmények, otthonok nyújthatnak ellátást és biztonságot. A projekt megvalósítási szakaszában a projektben részt vevő szakemberek és az érintettek mellett a szociális szférában dolgozó, őket és körülményeiket részletesebben ismerő szakemberek együttműködésével alakítható ki a kimeneti terv, azaz lehetőség szerint az ellátottak minél átfogóbb egészségügyi és foglalkozási rehabilitációja, és ezáltal a lehető legteljesebb szociális reintegrációja; vagy, amennyiben ez nem megvalósítható, intézményi elhelyezés szükségességének megállapítása és az ehhez vezető adminisztratív folyamat beindítása.

Azonban a krónikus szomatikus betegségek esetében is megfigyelhető hasonló önrontó kör: a rossz egészségi állapot idővel megszokottá válik, az illető személynek fel sem tűnik, hogy valójában igen messze van a szervezete az egészséges működéstől, és mire – például sürgősségi esetben, egy rosszullét vagy egyéb riasztó tünet kapcsán – ellátásba kerül, már menthetetlen az állapota vagy tartós egészségkárosodást szenvedett. A kialakult egészségkárosodás tovább csökkenti a hajléktalan személy egyébként is csekélyebb képességét a rendszeres életre, önellátásra, önfenntartásra, pl. rendszeres munkavégzésre, önálló lakhatás fenntartására, ügyei megfelelő vitelére stb.

A hajléktalan személyek sok esetben az egészségügyi ellátórendszer „mostohagyerekei”. A területi alapú ellátásban az állandó lakcímmel nem rendelkezők elosztása központi nyilvántartás alapján történik, nagyjából egyenlő arányban az egyes ellátóhelyek között. Így egy hajléktalan személy több, egymást követő kórházi ellátás során más-más intézménybe kerül, és a legtöbb ellátóhely nemkívánatos elemekként tekint rájuk. A szintén területi alapon nyújtott járóbeteg-szakellátások esetében hasonló a helyzet, ezen a hajléktalan populációra szakosodott rendelők enyhítenek némiképp, bár előfordulásuk erősen szórványosnak mondható, az összképen nem változtatnak.

Mivel az ellátáshoz jutás lehetőségei jelentősen korlátozottak, nagy számban látjuk azokat, akik saját megítélésük szerint is hatékonyabb egészségügyi ellátást, gondozást igényelnének. Ezek között találunk olyanokat, akik a kellő információk hiányában nem találják meg a megfelelő ellátási helyeket, de sok esetben látható, hogy az ellátáshoz fordulásnak a már korábbi tanulmányunkban is kimutatott nehézségei nemcsak mentális (pszichiátriai és addiktológiai) téren, hanem a testi betegségek megelőzése, felderítése és kezelése, illetve gondozása terén

is megjelennek. Ebben a jelenségben kulcsszerepe van azoknak a szubjektív, belső akadályoknak, amelyek ezeket az embereket az élet minden területén gátolják saját érdekeik, igényeik, szükségleteik érvényesítésében. Ezeket a korábbi tanulmányunkban is kifejtettük, és vázlatosan az alábbi jelenségekben foglalhatók össze: szegény és önbizalomhiány következtében leépülő önbecsülés, helyette túltengő önérzet megjelenése; külső és belső

erőforrások hiánya vagy elégtelensége; reményvesztettség következtében kialakuló motivátlanság és motiválhatatlanság.

Mindezek alapján meglátásunk és javaslatunk továbbra is az, hogy helybe vitt egészségügyi alap- és szakszolgáltatásokkal kell áthidalni azt a szakadékot, amely ezeket az embereket elválasztja a betegségek megelőzésétől, illetve kialakult állapotok esetén a megfelelő ellátástól. Amennyiben a szociális munka kiegészül az érintettek adekvát egészségügyi ellátásával, olyanok számára is lehetővé válhat elindulni a reintegráció felé vezető úton, akiknek enélkül erre nem volna esélye.

Javaslattétel a Mentálhigiénés Kísérő Intézkedések megvalósításában résztvevő egészségügyi szakemberek szakvégtzettségére a kimutatás elemzése alapján

A fenti megfontolások alapján, tekintetbe véve a regionális eloszlásokat, a megvalósításban részt vevő szakmacsoportok tekintetében az alábbi javaslatokat tesszük.

A javaslattétel során figyelembe vettük, hogy a Kísérő intézkedések célja kettős: egyfelől a már fennálló kórállapotok gyógyítása vagy javítása a cél, amibe bele tartozik ezek felismerése, tehát szűrővizsgálatok vagy rendszeres orvosi vizitek lehetőségének biztosítása is (összefoglalóan ezt nevezzük szekunder prevenciónak). Másfelől, mivel az egészségmegőrzés leghatékonyabb eszköze a kialakulás megelőzése, ezért erre, azaz a primer prevencióra is figyelmet kell szánni.

(A tercier prevenció, azaz a rehabilitáció a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételekből adódóan nem képezheti ezen Kísérő Intézkedések tárgyát, de a megvalósulást követően, amennyiben a szolgáltatásokban részesülő személyek egészségi állapota javulásnak indul, és ezáltal erre alkalmassá válnak, rehabilitációban részesülhetnek más, erre szakosodott intézményekben.)

A fentieket figyelembe véve, kiemelt jelentőségű, hogy könnyen hozzáférhető legyen az érintettek számára minél többféle egészségügyi ellátás, amely a rejtett betegségek felismerését elősegíti. Ebben az edukációnak elsődleges szerep jut, akár csoportos, akár egyéni formában.

Javasolt szakmacsoportok

Emellett a testi betegségekre vonatkozó edukációban **házi orvosok**, háziorvos szakorvosjelöltek vagy más (pl. belgyógyász, kardiológus, diabetológus stb.) **szakorvosok** alapellátás- vagy konzultációs jellegű jelenléte is segíthet egy-egy tünet, panasz hátterének felderítésében, a megfelelő vizsgálati irány vagy szakorvoshoz fordulás tekintetében, vagy pusztán a már ismert betegségek esetében a megfelelő, korábban alkalmazott és bevált gyógyszerekkel való ellátásban.

Az ő munkájukhoz kapcsolódik a **dietetikusok** és **gyógytornászok** sokrétű szerepe: részben primer prevenciók tevékenységet végeznek, részben szakorvoshoz irányítással segítik a diagnózis felállítását, részben a már kialakult betegségek esetén terápiás vagy életmódbeli intervenciókkal segítik a gyógyulást vagy állapotjavulást.

A mentális egészség szempontjából **mentálhigiénés szakemberek** végezhetik ezt az edukatív és szűrő feladatkört. Emellett kompetenciájukba tartozik olyan esetek kezelése is, amelyek nem jelentenek klinikai értelemben vett mentális zavart, azonban az érintett személy számára

kifejezett pszichés szenvedéssel járnak, ezért ezen szakemberek bevonása és jelenléte kiemelkedően hasznos lehet a megvalósításban.

Az adott lakóhelyeken, hajléktalan-ellátó intézményeknél személyesen megjelenő **addiktológiai konzultánsok**, akár egyenként megszólítva az ott lakókat, segíthetnek azoknak, akiknek a függőségükre vonatkozó belátása hiányzik, akár ismerethiány, akár a tagadás jelensége miatt.

Az előbbi két szakembercsoporttal együttműködve **pszichiáter és addiktológus szakorvosok** is részt vesznek az érintett mentális vagy addiktológiai betegségben szenvedők kezelésében, elsősorban gyógyszeres kezeléssel, beutalókkal, vagy szakorvosi javaslatok kiadásával (intézményi elhelyezéshez, munkaképesség-csökkenés megállapításához, gondnokság alá vételhez stb.).

Javaslatok a betegségek előfordulási gyakorisága alapján

A betegségek gyakoriságát alapul véve a **szenvedélybetegségek** elsőprő többségben vannak minden más betegséghez képest, ezen belül is kiugró a problémás alkoholhasználók aránya. (Ebben a csoportban fordulnak elő legnagyobb számban azok, akik vagy manifeszt szenvedélybetegek, csak ezt még nem ismerték fel, vagy a későbbiekben válnak azzá. Bár egészségükre mentális és testi szinten is károsan hat az alkohol, még nem rendelkeznek az erre vonatkozó belátással, és a józanságra való motivációval sem, ezért esetükben kiemelkedően fontos az edukáció, illetve a motiváció kialakítása.) Mivel a rendszeres alkoholfogyasztás minden szervrendszerre káros hatással van, ezért az általános egészségi állapot romlásáért is felelőssé tehető, ugyanakkor ezek tekintetében a leggondosabb kezelés esetén sem várható érdemi javulás, ameddig a legfőbb kiváltó ok, az alkohol jelen van a beteg életében. Ezért a megvalósítás során a legfontosabb prioritásnak az **addiktológiai ellátásnak** és kezelésbe vételnek kell lennie, mivel az absztinencia (ideális esetben a józanság) létrejöttével nyílik csak meg a lehetőség a mentális és szomatikus egészség helyreállítása vagy legalábbis az állapot javítása felé.

A mentális betegségek jelentős aránya miatt a **pszichiátriai és mentálhigiénés ellátás** is hangsúlyos eleme kell, hogy legyen a megvalósításnak, mivel ez a terület – korábbi tapasztalataink szerint is – a szociális munkával összehangolva lehetőséget teremthet a társadalmi és munkarehabilitációra azoknak a személyeknek is, akiknél a mentális zavarok és az egzisztenciális ellehetetlenülés egymást fenntartó ördögi köre miatt lehetetlen a kilábalás, ha csak az egyik irányból próbáljuk megsegíteni az érintetteket.

Emellett igen magas szomatikus, ezen belül is a belgyógyászati és mozgásszervi betegségek aránya is, ezért már a konzultációs jellegű **szomatikus orvosi jelenlét**, illetve **dietetikusok**,

gyógytornászok munkája is jelentős javulást eredményezhet azoknál, akik más módon nem jutnának orvosi ellátáshoz.

Javaslatok a betegségek, problémakörök területi eloszlása alapján

A területi megoszlásokat tekintve az addiktológiai zavarok esetében három régió emelhető ki. Az **Észak-Alföldi régió** kiemelkedő a stimulánsok, illetve orvosi vényhez kötött gyógyszerek (nyugtatók és fájdalomcsillapítók) átlagon felüli használata miatt. A **Dél-Dunántúli régióban** az alkohol és a dizájner drogok elterjedtsége, míg az **Észak-Magyarországi régióban** az alkoholhasználat átlag feletti jelenléte indokolja a különös figyelmet. A felmérés adatai alapján ezen területek esetében kiemelt figyelmet és a többi régióhoz képest is fokozott erőforrást igényelnek az addiktológiai problémák.

Egyéb betegségcsoportok tekintetében érdemi területi különbségeket nem detektáltunk, ezért az egyéb ellátási formáknál az erőforrások egyenlő elosztását javasoljuk.