A RSZTOP-3.1.1. “Közterületen élők számára természetbeni juttatás biztosítása” elnevezésű projekt keretében megvalósított Kísérőintézkedések részprogram általános és mentális egészséget érintő felmérés eredményeinek összegzése

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Leginkább Rászoruló Személyeket Támogató Európai Segítségnyújtási Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Tartalom

Bevezetés 3
Alapjellemzők 3
Betegségek fennállása önbecslés alapján 6
Gyógyszerszedési szokások 8
Orvosi ellátáshoz való hozzáférés, annak igénybevétele 10
Táplálkozási szokások 11
Általános pszichés állapot 11
Alkoholfogyasztási szokások és azok következményei 15
Droghasználat és annak következményei 17
Összefoglalás 18
Köszönetnyilvánítás 19

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Leginkább Rászoruló Személyeket Támogató Európai Segítségnyújtási Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Kísérőintézkedések részprogram általános és mentális egészséget érintő felmérésének eredményei, statisztikai adatok és ezek értelmezése

Bevezetés

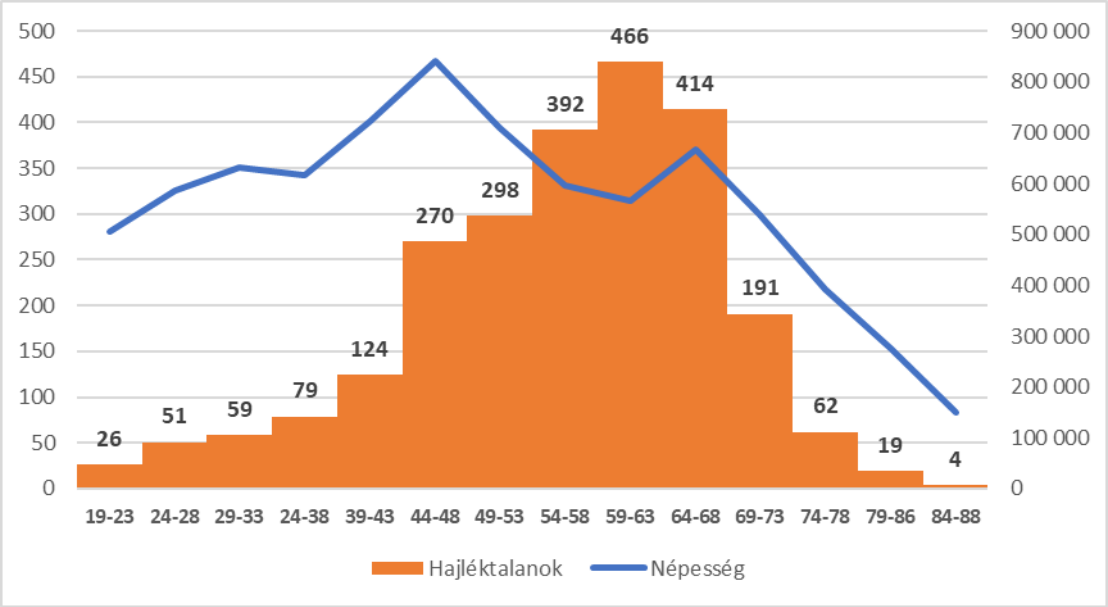
Rászoruló Személyeket Támogató Operatív Program, hajléktalan embereket természetbeni juttatással segítő, a Hajléktalanokért Közalapítvány által az RSZTOP-3.1.1-16-2016-00001 azonosítószámú, kiemelt projekt keretében, a Kísérőintézkedések részprogram első megvalósítási szakaszában, 2018. és 2020. között országos lefedettségre való törekvéssel, pilot jellegű projekt zajlott, melynek legfőbb tanulsága, hogy a hajléktalanellátásban szükség és igény is van a helyben megvalósuló, az egyes ellátóhelyi specifikumokat és a megcélzott populáció sajátosságait és igényeit is figyelembe vevő mentálhigiénés ellátásra. A tapasztalatok szerint ennek megvalósulása ugyanis nagymértékben hozzájárul az ellátottak reintegrációjához. Mindez nem meglepő, hiszen a mentális zavarok jelentős szerepet játszanak az össznépességen belül is a munkaképesség-csökkenés és a testi egészség romlásának vonatkozásában is, tehát várható, hogy a mentális állapot javulása a társas kapcsolatok és a munkaképesség javulása mellett a társadalmi beilleszkedéshez szükséges külső és belső erőforrások hatékonyabb felhasználását és működtetését is elősegítik. Következésképpen a szociális ellátórendszerbe integrált egészségügyi ellátás előbbi munkáját nemcsak megkönnyíti, de hatékonyabbá is teszi.

A második megvalósítási szakaszban, 2022. február és május között lefolytatatott kérdőíves felmérés j célja, hogy megvizsgálja a hajléktalan populáció általános és mentális egészségi állapotát, egészségvédelemmel és egészségügyi ellátással kapcsolatos szokásait, helyzetét, ami egy későbbi – talán már nem pilot jellegű, hanem állandóvá váló – integrált egészségprevenciós és egészségügyi ellátórendszer főbb irányvonalait, célkitűzéseit is kijelölheti.

Alapjellemzők

Az ország 20 településén összesen 2455 személy megkérdezésére került sor. Életkori megoszlásuk az össznépességétől eltérően egyetlen csúcsot mutat, nagyjából a Ratkó-korszak korosztályának

megfelelően, azonban az ő gyermekeik már nem jelennek meg a felmérés korfáján. Megjegyzendő, hogy a felmérés nem reprezentatív az országos hajléktalanpopulációra vonatkozólag, csak az RSZTOP-3.1.1. kiemelt projektben részt vevőkre, azon belül is a kérdőívet kitöltő alcsoportra vonatkozóan hordoz információt, azonban az így kapott korfa igen jó egyezést mutat a 2022. évi február 3-i adatfelvétel korfájával, tehát e tekintetben statisztikailag megfelelőnek tekinthetjük.



1. ábra. A megkérdezettek életkor szerinti megoszlása

A nem szerinti megoszlás 72-28 arányban a férfiak többségét mutatja, ami egybevág más demográfiai felmérések eredményeivel, tehát ebből a szempontból a vizsgált populáció megfelel a hajléktalanok átlagának.

Iskolai végzettség tekintetében az összpopulációhoz képest a vizsgálat személyek között jelentős eltolódás látszik az alacsonyabb végzettség felé, különösen az alapfokú felé a felsőfokú rovására:

Iskolai végzettség	Fő	%		Teljes népesség %
8 általános vagy kevesebb	1236	53,5		14
középfokú érettségi nélkül	656	28,4	43,5	57
középfokú érettségivel	348	15,1		
felsőfokú	69	3		29
Összesen	2309	100		100

1. táblázat: Iskolai végzettség a megkérdezettek körében.

A jövedelmi viszonyokra jellemző, hogy a megkérdezettek mindössze 2,3%-a nem rendelkezik semmiféle jövedelemmel, a többség (82%) egy forrásból szerzi a jövedelmét.

A megkérdezettek szociális kapcsolatait illetően a párkapcsolati státuszra és az egyéb kapcsolatokra kérdeztünk rá. Előbbiek tekintetében az átlagpopulációhoz képest lényegesen alacsonyabb a házas- vagy élettársi kapcsolatban élők aránya a kapcsolatban élők rovására, ugyanakkor magasabb az egyedülállók aránya.

Családi állapot	Fő	%	A 15 éves és idősebb népesség körében Nagyarországon
egyedülálló	1177	48,1	35,0
házas/élettárs	278	11,4	42,6
elvált	744	30,4	12,1
özvegy	248	10,1	10,3
Összesen	2447	100	100,0

2. táblázat: Párkapcsolati státusz a megkérdezettek körében.

Az egyéb kapcsolatok tekintetében alacsony a megmaradt, aktív családi kapcsolatok aránya, ugyanakkor a barátok, ismerősök aránya, bár kiemelkedően magasabb a lekérdezettek közül, még így is igen alacsony, a megkérdezettek kevesebb mint fele rendelkezik bármiféle stabil, családon kívüli kapcsolattal

Kivel tart kapcsolatot	%
szülők	10,1
gyermek (gyermekek)	30
testvér (testvérek)	27,6
barátok, ismerősök	44,3
egyéb	10,7

Hány személlyel tart kapcsolatot?	%
0	8,1
1	68,1
2	17,2
3	5,5
4	1,1
Összesen	100,0

3-4. táblázat: Egyéb kapcsolatok a megkérdezettek körében.

Betegségek fennállása önbecslés alapján

A felmérésben rákérdeztünk a megkérdezettek saját egészségi állapotukra vonatkozó ismereteire. 20 különböző betegségcsoportban kellett jelölni, hogy tudomásuk szerint szenvednek-e annak megfelelő betegségben, a válaszadók 56,5%-a jelezte, hogy tudomása van valamilyen betegségről. A válaszok minden esetben jelentősen elmaradnak az össznépességben háziorvosi jelentések alapján észlelt értékektől. A különbség diabétesz, agyi keringési zavarok, magas vérnyomás és krónikus gyomor-bélrendszeri betegségek esetén mintegy kétszeres (rendre 6,8% vs 14%, 3,8% vs 7 %, 21,8% vs 40%, 2,3% vs 4%) de egyes betegségek esetében még magasabb: krónikus légzőszervi megbetegedéseknél csaknem négyszeres (2,8% vs. 10%), míg a daganatos megbetegedéseknél mintegy ötszörös a különbség (2,1% vs 10%).

A korábbi felmérések alapján egyértelműen elvethetjük annak lehetőségét, hogy a hajléktalan népesség ennyivel jobb egészségi állapotban lenne az átlagnépességhez képest, ehelyett a fenti eltérések inkább azt jelzik, hogy bár nyilvánvalóan rosszabbak lennének az objektív mutatók, a megkérdezettek távolról sincsenek tisztában valós egészségi állapotukkal. Sok esetben a hajléktalansággal együtt járó életkörülmények olyan mértékben megnövelik az egyén ingerküszöbét a testi panaszokkal szemben, hogy lassan hozzászokva akár egészen durva 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 mellett már nincs ideje az egészségével foglalkozni.

Emellett az ellátáshoz jutás nehézségei között felmerül az ellátórendszer szerkezetének kérdése 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 előítéletek mellett azonban az ellátórendszer extrém leterheltsége is okozza, hogy a területileg nem oda tartozó páciensek (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.

Azok között, akik jelezték, hogy szenvednek valamilyen betegségben, kiemelkedik a hipertónia (38,6%), egyéb szív- és érrendszeri betegségek (19,8%), a pszichiátriai betegségek (15,4%), a diabétesz (12%), és a tartós mozgásszervi betegségek (12,6%) aránya. Ezek az arányok megfelelnek a teljes népességben megjelenő arányaiknak, tehát nem specifikusak a hajléktalan szubpopulációra. Az eloszlásuk azonban mutat egy érdekességet: az összes válaszoló között nagyjából feleakkora arányt látunk, mint a teljes népességben becsült adatok, azonban azok között, akik tudnak róla, hogy van valamilyen betegségük, az arányok nagyjából hasonlóak. Ez arra utal, hogy a megkérdezettek egy jelentős része, bár feltehetően szenved valamilyen krónikus betegségben, nincs ennek tudatában. Ezen felvilágosító programok, esetleg az egészségügyi ellátáshoz való jobb hozzáférés biztosítása és ezáltal a beteg személyek kiszűrése, betegségük felismerése javíthatna.

Milyen betegséget említett	Az összes válaszoló %-ában	Az önmagukat betegnek tartók %-ában	Össz populáció
Agyi keringési zavarok (TIA, stroke, stb.)	3,8	6,7	7
Cukorbetegség	6,8	12,0	14
Daganatos betegség	2,1	3,7	10
Egyéb szív- és érrendszeri betegség	11,2	19,8	
Endokrinológiai (hormon-) betegség	0,7	1,2	
Érzékszervi betegségek (látás, hallás)	2,2	3,9	
Hematológiai (vérképzőrendszeri) betegség	0,4	0,7	
Ischaemiás szívbetegség, szívinfarktus	1,3	2,3	
Krónikus légzőszervi betegség (COPD, asztma, stb.)	2,8	5,0	10
Magas vérnyomás	21,8	38,6	40
Memóriaproblémák, demencia	1,0	1,8	

Milyen betegséget említett	Az összes válaszoló %-ában	Az önmagukat betegnek tartók %-ában	Össz populáció
Neurológiai betegség (epilepszia, szklerózis multiplex, stb.)	4,7	8,3	
Pszichiátriai betegség	8,7	15,4	
Szenvedélybetegség	2,6	4,6	
Tartós fertőző betegség (TBC, HIV, Hepatitis B és C, stb.)	0,8	1,4	
Tartós gyomor-bélrendszeri betegség	2,3	4,1	4
Tartós mozgáskorlátozottság	3,1	5,5	
Tartós mozgásszervi betegségek	7,1	12,6	
Utógondozást igénylő baleseti sérülések	0,6	1,1	
Vesebetegség	1,1	1,9	1,8
Egyéb	8,4	14,9	

5. táblázat: Krónikus betegségek önbecslő visszajelzései.

Gyógyszerszedési szokások

A megkérdezettek 46,7%-a szed rendszeresen gyógyszert. Legmagasabb arányban vérnyomáscsökkentőket (19%) és pszichiátriai gyógyszereket (10,1%) jeleztek. Megjegyzendő, hogy két gyógyszercsoport esetében többen jelezték a szedést, mint a betegséget: a krónikus légzőszervi megbetegedésekre szedendő, illetve a pszichiátriai gyógyszerek esetén. Utóbbira magyarázatul szolgálhat, hogy a szenvedélybetegek jelentős része is szed orvosi előírásra pszichiátriai gyógyszert, és a két betegségcsoportot összeadva már meghaladja a betegek száma a gyógyszert szedők számát (11,3 % vs. 10,1%).

A pszichiátriai gyógyszerek magas aránya mögött 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 a páciens, 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 pácienst 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 iatrogén 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 önsegítő mozgalmak és professzionális segítő intézmények ismertetésével javíthatja a páciens motivációját és esélyét az érdemi változásra, amely valóban megoldást hozhat a függőségére.

Érdekesség, hogy igen alacsony azok aránya, akik úgy nyilatkoznak, hogy nem szednek gyógyszert, pedig az orvosuk szerint kellene.

Gyógyszerszedési szokások	Milyen betegségre szed gyógyszert?	Milyen betegségben szenved?	Nem szed gyógyszert, pedig kellene
Agyi keringési zavarok (TIA, stroke, stb.)	2,8	3,8	0,2
Cukorbetegség	5,7	6,8	0,4
Daganatos betegség	0,2	2,1	0,2
Egyéb szív- és érrendszeri betegség	0,2	11,2	0,8
Endokrinológiai (hormon-) betegség	0,7	0,7	0
Érzékszervi betegségek (látás, hallás)	0,4	2,2	0,4
Hematológiai (vérképzőrendszeri) betegség	0,3	0,4	0
Ischaemiás szívbetegség, szívinfarktus	0,9	1,3	0,2
Krónikus légzőszervi betegség (COPD, asztma, stb.)	5,5	2,8	0,5
Magas vérnyomás	19	21,8	2
Memóriaproblémák, demencia	0,6	1,0	0,2
Neurológiai betegség (epilepszia, szklerózis multiplex, stb.)	4,2	4,7	0,4
Pszichiátriai betegség	10,1	8,7	1,2
Szenvedélybetegség	1,1	2,6	0,5
Tartós fertőző betegség (TBC, HIV, Hepatitis B és C, stb.)	0,3	0,8	0,1
Tartós gyomor-bélrendszeri betegség	2	2,3	0,3
Tartós mozgáskorlátozottság	0,7	3,1	0,1
Tartós mozgásszervi betegségek	3,6	7,1	0,9
Utógondozást igénylő baleseti sérülések	0,2	0,6	0
Vesebetegség	0,9	1,1	0
Egyéb	4,9	8,4	0,9

6. táblázat: Gyógyszerszedési szokások.

Orvosi ellátáshoz való hozzáférés, annak igénybevétele

A megkérdezettek 90,5%-a nyilatkozott úgy, hogy van háziorvosa, és 38,2% vesz igénybe rendszeresen szakorvosi ellátást. Általában véve elmondható, hogy igen magas azok aránya, akik nem vesznek igénybe szakorvosi ellátást, pedig szükségük volna rá (kb. a negyede-hamarda azoknak, akiknek saját meglátásuk szerint szükségük lenne rá). Ennek oka részben az ellátáshoz való hozzáférés fentebb részlezett nehézségében keresendő, részben a fentebb már említett általános okokban, amelyek a hajléktalan életmód velejárói.

Külön kiemelendők a szenvedélybetegségek, ahol a bevallott betegek között is magas azok aránya, akiknek gyógyszeres kezelésre lenne szükségük, de nem élnek vele, miközben a függők tényleges aránya – ismerve a betegségbelátás nehézségeit ennél a betegségcsoportnál – lényegesen magasabb lehet a megjelöltnél. Ez az egyetlen betegségcsoport, ahol a saját megítélésük szerint is kezelésre szorulók között alacsonyabb azok aránya, akik igénybe veszik az orvosi segítséget, és többen vannak, akik nem.

Szakorvoshoz járás	Rendszeresen jár szakorvoshoz	Nem jár, de kellene járnia	Az adott betegséget megjelölők aránya
Agyi keringési zavarok (TIA, stroke, stb.)	1,6	0,5	3,8
Cukorbetegség	3,6	0	6,8
Daganatos betegség	1,7	0,7	2,1
Egyéb szív- és érrendszeri betegség	5,7	1,8	11,2
Endokrinológiai (hormon-) betegség	0,4	0,2	0,7
Érzékszervi betegségek (látás, hallás)	1	0,4	2,2
Hematológiai (vérképzőrendszeri) betegség	0,1	0	0,4
Ischaemiás szívbetegség, szívinfarktus	0,5	0,4	1,3
Krónikus légzőszervi betegség (COPD, asztma, stb.)	4,3	1,4	2,8
Magas vérnyomás	7,6	4	21,8
Memóriaproblémák, demencia	0,5	0,2	1,0
Neurológiai betegség (epilepszia, szklerózis multiplex, stb.)	2,4	0,8	4,7
Pszichiátriai betegség	7,8	3,2	8,7
Szenvedélybetegség	0,8	1	2,6
Tartós fertőző betegség (TBC, HIV, Hepatitis B és C, stb.)	0,3	0,1	0,8
Tartós gyomor-bélrendszeri betegség	1	0,5	2,3
Tartós mozgáskorlátozottság	0,9	2	3,1
Tartós mozgásszervi betegségek	3,1	0,1	7,1
Utógondozást igénylő baleseti sérülések	0,4	0,2	0,6
Vesebetegség	0,8	1,1	1,1
Egyéb	3,7		8,4

7. táblázat: Szakorvosi ellátás igénybevétele.

Táplálkozási szokások

A folyadékbevitel tekintetében a legtöbb válaszadó (44,3%) a megfelelő napi 1,5-2,5 litert jelölte meg. 34% már csak 0,5-1,5 litert, ami elmarad egy felnőtt folyadékigényétől, és csak 5,9%, aki ennél is kevesebbet. Viszonylag nagy számban (15,8%) vannak azok, akik napi 2,5 liter fölött visznek be folyadékot.

Az étkezések gyakoriságát tekintve a napi háromszori étkezés fordul elő legnagyobb arányban, a válaszadók csaknem felénél (47,3%). Naponta kétszer (22,4%) vagy háromnál többször (22,2%) ugyanannyian étkeznek. 7,3%-nak jut napi egyszeri étkezés és 0,7%-nak nem minden nap. Utóbbi két csoport (összesen 8%) tekintetében megjegyzendő, hogy ezek a személyek az RSZTOP projekt résztvevőiként kerültek megkérdezésre, tehát a megjelölt (legfeljebb) napi egyszeri étkezésüket éppen a projekt által biztosított melegétel jelenti. A megkérdezettek 20,8%-a nyilatkozott úgy, hogy gondot jelent számára a napi rendszeres étkezés biztosítása.

A résztvevők 17,6%-ának lenne szüksége valamilyen speciális étrendre, de mindössze 19%-uk követi azt; ez az erősen korlátozott anyagi lehetőségeken kívül a hajléktalan populációt érintő, már többször említett általános akadályoztatottsággal is magyarázható. Vitamint vagy étrendkiegészítőt a megkérdezettek csaknem 30%-a fogyaszt, míg az ilyet nem fogyasztók 39%-a gondolja úgy, hogy szüksége lenne rá.

A táplálkozás minőségi összetételére jellemző, hogy a megkérdezettek 92%-a hetente legalább 2 alkalommal fogyaszt húst, míg ugyanez az arány lényegesen alacsonyabb a zöldségek (51,6%), gyümölcsök (62,8%) és tejtermékek (55,8%) tekintetében. Azok aránya, akik hetente legfeljebb egyszer fogyasztanak egy adott élelmiszerfajtából, hús esetében 8,1%, zöldségek, gyümölcsök és tejtermékek esetében rendre 48,5%, 37,2% és 44,2%. Különösen a zöldségek és gyümölcsök fogyasztása mutatkozik alacsonynak, ami egyébként is jellemző a magyar táplálkozási szokásokra (a teljes populációban 36,3% azok aránya, akik nem fogyasztanak mindennap zöldséget vagy gyümölcsöt), de itt még az egyébként is rossznak mondható átlaghoz képest is érzékelhető elmaradás kb. egyharmados.

Általános pszichés állapot

A mentálhigiénés állapot felmérése terén az általános pszichés állapotra vonatkozóan a válaszadók 71%-a elfogadható vagy jó minősítést adott. 25% ítéli nehezen elviselhetőnek, és 3,8% elviselhetetlennek a saját pszichés állapotát. Összevetve a mai napig gyakran idézett Kopp-Skrabski tanulmánnyal (*Magyar lelkiállapot az ezredforduló után*, 2007) ez az adat némileg kedvezőbb

képet fest az átlagpopulációhoz képest, ahol kb. 1/3-nak mutatkozott a súlyos pszichés distressztől szenvedők aránya. Bár azt várhatnánk, hogy a hajléktalanok saját lelkiállapotának megítélése lényegesen kedvezőtlenebb lenne 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 végén kialakult akár súlyos eltéréseket sem.

Suicid gondolatok a megkérdezettek mintegy kétharmadánál soha nem fordultak elő, ami megfelel az átlagpopulációban mérhető arányoknak, ugyanakkor az öngyilkossági kísérletek aránya kirívóan magas: 20% követett már el öngyilkossági kísérletet, míg ez az arány a teljes élettartamra vetítve a teljes népességben 3,2%. Tehát nagyjából ugyanolyan arányban fordul elő a suicid krízis, ugyanakkor hatszor olyan gyakran fordul öngyilkossági cselekménybe. Ez minden bizonnyal a suicid rizikóval szemben ismert legfontosabb protektív faktor, a szociális beágyazottság hiányával köthető össze: az öngyilkossági krízisben szenvedő személynek nincs kihez fordulnia, 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. Ezek között a rossz hangulat áll vezető helyen 37 pontos eredménnyel. Adná magát a feltételezés, hogy ebből az adatból a depressziósok arányára következtethetünk, azonban a levert hangulat önmagában nem jelez betegséget, lehet egy adott helyzetre adott adekvát érzelmi reakció is. Mindez az egyén számára nem csökkenti a jelenség által okozott szenvedést, azonban fontos a megkülönböztetés, mert mentálhigiénés értelemben más és más megközelítést igényel a kétféle állapot.

Az örömérzet hiánya, amely 28 ponttal a második helyen áll a listán, már jobb prediktora a depressziónak, de természetesen ez sem jelent egyértelmű megfeleltethetőséget, hiszen a mindennapos egzisztenciális aggodalmak, a társas kapcsolatok hiánya, a család elvesztése miatti reménytelenség- és céltalanság-érzés mind igen jellemzőek a vizsgált csoportra, és hozzájárulhatnak az érdeklődés és öröm elvesztéséhez. A nyugtalanság (27), szorongás (26) értéktelenség-érzés (23) és étvágycsökkenés (16) a fentiekkel együtt előfordulva már felveti a klinikai depresszió meglétét, ami akár egy gyorsan elvégezhető önkitöltő szűrőteszttel kimutatható, 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 válaszadók 24%-a 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 hullámzása nemcsak negatív, hanem pozitív irányban is megtörténhet, azaz egy lehangolt periódusban is előfordulhatnak jobb időszakok. Emellett önmagában már a rossz hangulat átmeneti csökkenését is megélheti valaki a hangulat indokolatlan javulásaként. Mindezek mögött vélhetően a hajléktalan életmódból és az ezzel együtt járó társadalmi státuszból, 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.

Igen magas azok aránya, akik akár az anterográd, akár a retrográd memória zavarát jelzik, mindkét elem 23 pontos értékelést kapott. Mindez nem a demencia gyakori előfordulását jelzi, inkább a krónikus szorongással együtt járó jelenség, a pszeudodemencia, amely nemcsak az idős korosztályt érinti, hanem a betegség szokványos tüneteként jelentkezik. A depresszióval együtt járó általános anergia szellemi síkon történő megjelenéshez, amely elsősorban a figyelem és koncentráció zavarával jár együtt, ebből fakadóan pedig a megjegyző és a felidéző memória zavarát is okozza, de a depresszió, illetve a szorongás oldódásával párhuzamosan ezek a tünetek is enyhülnek.

A kényszerbetegség tüneteit igyekezett felmérni az akaratlan gondolatokra, illetve ellenállhatatlan cselekvési késztetésekre vonatkozó kérdés. Előbbi esetében igen magas pontszámot észleltünk (21 pont), ami vélhetően torzítás eredménye, és valószínű, hogy a válaszadók egy része a ruminatiót, a múlt történéseken, hibákon, sérelmeken való rágódást is ide sorolta, nem csak a kényszergondolatokat. Ennél alacsonyabb a kényszercselekvésekre vonatkozó jelzés (13 pont), ahol a válaszadók 75%-a egyáltalán nem jelzett ilyen késztetéseket, és mindössze 9% jelezte, hogy jellemző vagy gyakori lenne ez a jelenség. Ez jelentősen meghaladja az OCD össznépesség-beli megjelenését (1-3%), azonban a válaszadók egy jelentős része valószínűleg inkább a szubklinikus formához sorolható (amire abból következtethetünk, hogy a hajléktalan pszichiátriai szakrendeléseken elvétve jelennek meg kényszerbetegek), és így tekintve meglepő módon kedvezőbb az arány, mint az össznépességnél tapasztalt 13%.

Szorongásos rohamok (17 pont) a megkérdezettek 80%-ánál nem, vagy csak ritkán fordulnak elő, és 3,8%-nál jelent állandó problémát, ez nagyjából megfelel az átlagpopuláció 2-4%-os prevalenciájának. Fóbiás jellegű félelmekről a megkérdezettek mintegy egynegyede számolt be, ami szintén jól közelíti az átlagnépességben becsült értéket. Itt megjegyzendő, hogy 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 sérülékenység és korai traumák hatására, így a hajléktalan létállapot és életmód kevésbé növeli az ezeknek való kitettséget. És vice versa: a szorongásos zavarok általában nem

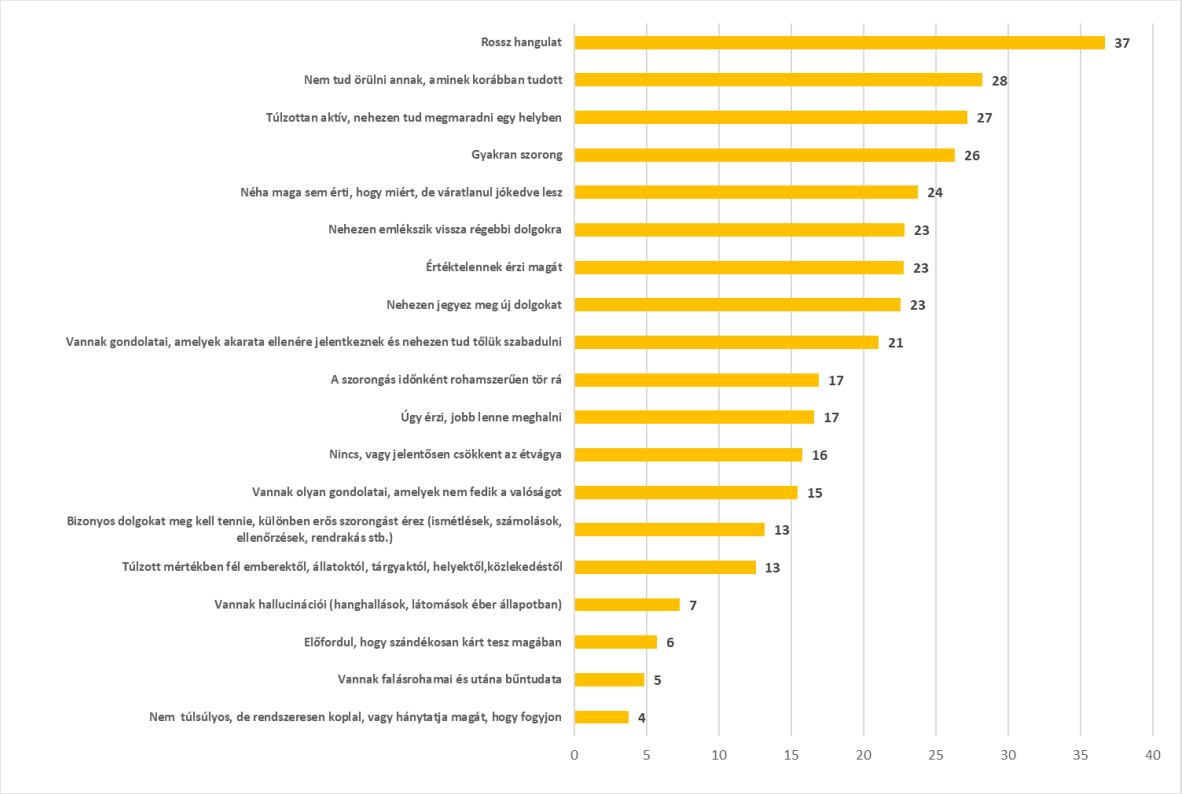
jelentenek olyan mértékű funkciózavart, amely önmagában veszélyeztetné az egyént a hajléktalanná válásra, mivel egy meglévő rendezett egzisztencia és szociális háló képes megtartani a beteget arra az időre, amíg meggyógyul és teljes funkcionalitását visszanyeri.

A szorongásos zavarokkal ellentétben egy olyan krónikus betegség, amely eleve súlyos tünetekkel és funkciózavarral indul, sőt, esetenként idővel még progrediál is, mint a bipoláris zavar súlyos formái, a schizopreniák, egyes személyiségzavarok vagy a mentális retardatiók, 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 válaszadók kb. 80%-a ritkán vagy soha nem érzi úgy, hogy jobb lenne meghalni, a fennmaradó 20% kb. fele jelezte ezt önmagára jellemzőnek vagy szinte mindig jelen lévő érzésnek. Ez a 10% igen magas arány, és talán minden más mutatónál jobban jelzi a vizsgált személyek általános mentális állapotát.

A valóságot nem fedő gondolatok (15 pont) és konkrét hallucinációk (hanghallások, látomások, 7 pont) a realitással való kapcsolat elvesztését jelzik. Mivel önkitöltő tesztről van szó, különösen az előbbiek tekintetében feltételezhető, hogy az arányok ennél magasabbak (mintegy 20% jelzett változó vagy annál nagyobb gyakoriságot), hiszen az egyén sokszor nincs tudatában saját gondolatai kóros voltának, de a hallucinációknál, ahol 8% értékelte változónak vagy annál gyakoribbnak a tünetek meglétét, szintén számolhatunk hasonló torzítással, bár a tapasztalatok szerint ez csekélyebb mértékű.

Az evészavaros tünetek közül a koplalásra és hánytatásra, illetve a falásrohamok megjelenésére kérdeztünk rá. Előbbit 4,2% jelezte rendszeresnek, míg utóbbit 5,5%. Ezek az adatok szintén nem mutatnak érdemi eltérést az átlag népesség adataitól.



2. ábra. Pszichés tünetek, panaszok előfordulása (100-as skála)

Összességében elmondható, hogy az önbecslésen alapuló 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 a beteget.

Alkoholfogyasztási szokások és azok következményei

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 használót személyesen érintő kellemetlenségek esetében (tehát az 57., 58., 59. kérdés kivételével) 40% körül mozog azok aránya, akik igennel feleltek, míg a teljes népességben 20% körüli a problémás ivók aránya, azaz nagyjából kétszeres arányt találtunk, ami ennél akár

magasabb is lehet, hiszen önbecslő skáláról van szó, ahol akár a tudatos, akár a tudattalan torzítás is szerepet játszik.

A gyakoriságot illetően az absztinensek aránya 30%, érdekes módon ez is meghaladja az összpopuláció 20%-os arányát. Az alkalmi (legfeljebb heti egyszer ivók) 32%-ot tesznek ki, míg hetente többször 37% fogyaszt alkoholt, a válaszadók 20%-a pedig mindennap.

Az alkoholfogyasztás hátrányos következményei ennek megfelelően igen magas arányban fordulnak elő a megkérdezettek körében: visszajelzés a környezet részéről az alkoholfogyasztás problémás voltáról (40%), megvonási tünetek (17%), filmszakadás (29%). Nem meglepő, hogy a megkérdezettek nagy arányban érezték már, hogy csökkenteniük kellene az alkoholfogyasztásukat (44%), valamint 27% tervezi, hogy leszokik az alkoholról, 36%-nak pedig már volt is leszokási kísérlete, azaz a leállást fontolgatók harmada még soha nem vágott bele. 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 érzelemkezelésnek 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 szakember által hatékonyabb lehet. Egyes esetekben a kognitív vagy testi következmények 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.

A megkérdezettek 9%-a nem tudja, kihez fordulhat segítségért ezen a területen; az ő számukra egy helybe vitt szolgáltatás szó szerint életmentő lehet. A válaszadók 68%-a tudja, kihez fordulhatna, de nem érzi ennek szükségét, 12% gondolt rá, de még nem tette meg, és 10% kért már segítséget e az alkohollal kapcsolatban. Emlékeztetőül: a segítséget kért 10%-kal szemben 44% jelezte, hogy érezte már azt, hogy csökkentenie kellene az alkoholfogyasztását, miközben ismert, hogy a hosszú távú józanság nem képzelhető el segítség nélkül, legyen az sorstársi vagy

professzionális segítség. Bármilyen betegség esetében alacsonyabbnak találjuk azok számát, akik több-kevesebb problématudattal rendelkeznek, mint ahányan segítséget kérnek. Minél stigmatizálóbb egy betegség vagy nehézség, annál nehezebb segítséghez fordulni, márpedig az alkoholproblémát a legtöbben erős szégyennel élik meg. Mindehhez hozzájárul a szenvedélybetegek szakmai és sorstársi körökben jól ismert gondolkodási torzítása, miszerint a problémát egyedül kell megoldaniuk, a segítségkérés vagy a felajánlott segítség elfogadása a gyengeség jele, ezért elfogadhatatlan. Ebben nagy segítséget jelenthet, ha az érintett olyan sorstárssal beszélhet, aki maga is megjárt hasonló mélységeket a szerhasználat kapcsán, és tapasztalta, hogy egyedül nem tudott feljebb kapaszkodni, azonban segítséggel talpra állt és józan életet tud folytatni.

Droghasználat és annak következményei

Korábbi vizsgálatok eredményeivel összhangban a hajléktalanok körében a droghasználat lényegesen alacsonyabb arányban fordul elő, mint az alkoholfogyasztás, ugyanakkor magasabbak az arányok, mint a teljes lakosság körében. A megkérdezettek 22%-a használt már valaha illegális drogot, míg az össznépességben ez az arány 7,9%. Az évente több alkalommal használók aránya kutatásunkban 10%, míg a teljes népességben 2%-ra tehető. A legalább havonta használók mintegy 5%-ot tesznek ki a válaszadók között, a teljes populációban ez 1,2%. A hetente többször vagy naponta használók aránya kirívóan magas, 3,6%.

A használt szerek között kiemelkedő a fájdalomcsillapítók aránya (11%), és az illegális szerek előfordulása jelentősen meghaladja a teljes felnőtt lakosság körében mérhető értékeket: a marihuána és a hasis (9,5% vs 6,1%), a dizájner drogok (6,4% vs 1,4%), valamint a stimulánsok (amfetamin és származékai, 7,6% vs 4%). Különösen a dizájner drogok használata kiugró, hiszen ezek a szerek a többihez képest töredékáron beszerezhetők, sok esetben az alkoholnál is olcsóbb alternatívát jelentenek a bódulatot keresők számára. Ezek a szerek az ismert, „klasszikus” drogokhoz képest is fokozott veszélyt képviselnek. Ennek oka, hogy a pontos hatások, különösen a hosszú távúak, még a szert előállító vegyész számára sem ismertek, és nemritkán hosszú távú, akár visszafordíthatatlan károsodásokat tudnak okozni. Emellett a hatáserősség is kérdéses ezeknél a molekuláknál, akár az eredeti szer 100-szorosára is rúghat, ami a túladagolás veszélyét növeli meg extrém mértékben. Ez az időnként médiavisszhangot is kiváltó extrém viselkedési eltérésekben, agresszív tombolásban mutatkozik meg, de túladagolás okozta halálesetek is ismertek.

Megfigyelhető még az opiátok és a hallucinogének viszonylag magas aránya (mindkettő 2,5%, az össznépességben 1,4, ill. 1,8%), és meglepően magas arányban fordul elő válaszok között a kokain (3,2% vs. 1,5%), bár a magas ár miatt ezt az adatot mindenképpen erős fenntartással kell kezelnünk

– esetleg az állhat a háttérben, hogy ezt a szert a legkevésbé szégyenletes bevallani, hiszen gazdag, sikeres emberek is rendszeresen használják. Kirívóan magas az inhalánsok (oldószerek) különbsége a vizsgált populáció rovására: 2,9%, szemben a teljes lakosság körében előforduló 0,9%-kal.

A fogyasztás módját illetően a legtöbben szájon át történő fogyasztásról számoltak be (13,4%), ennél valamivel kevesebben cigarettába vagy pipába töltve szívták (11,4%). Lényegesen kevesebben használtak orron át (5,4%), illetve belélegezve (3,7%). Az intravénás beadás (2,2%) és a bélyeghasználat (1,9%) fordult elő a legritkábban.

Összefoglalás

A felmérésből egyértelműen kirajzolódik az eddig is ismert tendencia a hajléktalan populáció lesújtó egészségi állapotáról, amely a teljes felnőtt magyar lakossághoz képest is messze elmarad mind szomatikus, mint mentális téren. Ami ennél is fontosabb, hogy az ellátáshoz jutás lehetőségei is jelentősen korlátozottak, és ezért 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 korábbi tanulmányunkban is kimutatott nehézségei nemcsak mentális (pszichiátriai és addiktológiai) téren, hanem a testi betegségek megelőzése, felderítése és kezelése, illetve gondozása terén is megjelennek. Mindez persze elintézhető azzal, hogy az ellátáshoz jutás lehetőségei egy hajléktalan személy számára is ugyanúgy adottak, mint bárki másnak, tehát csak magára vethet, ha nem kezelteti magát megfelelő módon. Ez az állítás azonban kétszeresen is féligazság: amellett, hogy még tényszerűen sem teljesen igaz, figyelmen kívül hagy egy olyan tényezőt, amely nélkül a hajléktalanok semmilyen ügye nem vizsgálható, nevezetesen azokat a szubjektív, belső akadályokat, amelyek ezeket az embereket az élet minden területén gátolják saját érdekeik, igényeik, szükségleteik érvényesítésében. Ezeket a kérdéseket részletesen a korábbi tanulmányunkban is kifejtettük, és vázlatosan az alábbi jelenségekben foglalhatók össze: szégyen és önbizalomhiány következtében leépülő önbecsülés, helyette túltengő önérzet megjelenése; külső és belső erőforrások hiánya vagy elégtelensége; reményvesztettség következtében kialakuló motiválatlanság és motiválhatatlanság. Ezért ismételten megállapíthatjuk, hogy a szóban forgó hajléktalan populáció számára nem túlzás egyes alapszolgáltatások helyben biztosítása, mert ez az egyetlen lehetséges módja annak, hogy előrelépést érjünk el az ellátásba való bevonásuk terén, és a korábbi pilot program eredményei azt tükrözték, hogy ennek révén látható eredmények érhetők el mentálhigiénés területen, ami végső soron a reintegrációt célzó szociális munka hatékonyságát is növeli. Ennek alapján feltehető, hogy a szomatikus egészségmegőrzés és egészségügyi ellátás területén hasonlóképpen

szükséges, indokolt és hatékony lenne egy helybe vitt alap- és szakszolgáltatás megvalósítása egyaránt.

Köszönetnyilvánítás

Tisztelettel köszönjük a következőkben sorolt együttműködő partnereink szociális munkatársainak a részprogram megvalósításban való részvételét és munkáját.

Együttműködő Partnereink:

„RÉS" Szociális és Kulturális Alapítvány

Baptista Menedék Szolgálat

Békés Városi Szociális Szolgáltató Központ

Békéscsabai Családsegítő és Gyermekjóléti Központ

Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei

Debrecen-Nagytemplomi Református Egyházközség Nyitott Ajtó Szociális Központ

Fogyatékkal Élőket és Hajléktalanokat Ellátó Nonprofit Kft.

Hajléktalanokat Segítő Szolgálat

Hajléktalanokért Közalapítvány

Halasi Többcélú Kistérségi Társulás Szociális Szolgáltató Központ

KAPOCS Szociális és Gyermekvédelmi Intézmény Hajléktalan Ellátás

Kazincbarcikai Szociális Szolgáltató Központ

Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület

Magyar Vöröskereszt B.-A.-Z. Megyei Szervezete

Magyar Vöröskereszt Budapest Fővárosi Szervezet

Magyar Vöröskereszt Somogy Megyei Szervezete

Magyar Vöröskereszt Veszprém Megyei Szervezete

Magyar Vöröskereszt Zala Megyei Szervezete

Magyarországi Evangéliumi Testvérközösség „Fűtött Utca"

Menedékház Alapítvány

Oltalom Karitatív Egyesület

Oltalom Szeretetszolgálat

Orosháza Város Önkormányzat Egységes Szociális Központ

Önkormányzati Szociális Szolgálat

Rehabilitációs Foglalkoztatási és Szociális Szolgáltató Nonprofit Közhasznú Kft.

Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központja

Szegedi Kistérség Többcélú Társulása Egyesített Szociális Intézmény

Szentes Város Hajléktalan Segítő Központja

SZMJVÖ Kríziskezelő Központ

Szociális Alapellátó Intézmény

Szociális és Egészségügyi Alapellátási Intézet

Szolnoki Kistérség Többcélú Társulása Humán Szolgáltató Központ

TÁMASZ Alapítvány Pécs

Tatabányai Járási Egyesített Szociális Intézmények

Tiszaújvárosi Humánszolgáltató Központ

Utcai Szociális Segítők Egyesülete

Városi Szociális Központ