

## JUNIOR KUTATÓK

# Hajléktalan személyek egészségi állapotának jellemzői egy kevert módszertannal készített kutatás alapján

*Health characteristics of people experiencing homelessness based on a mixed-methods study*

**Szerző:** [Vajdovich Noémi Annamária](#)

**Doi:** [10.58701/mej.17321](https://doi.org/10.58701/mej.17321)

**Kulcsszavak:** hajléktalanok egészségi állapota; kevert módszertan; multimorbiditás  
**Keywords:** *health status of homeless people, mixed methodology, multimorbidity*

## Absztrakt

**BEVEZETÉS:** Az általános egészségi állapotot jelentősen befolyásolja mind az egyén előélete, mind az aktuális életkörülmények, mint például az anyagiak, a lelki, szellemi, fizikai állapot, az életmód, a testmozgás, a táplálkozás, a hőmérséklet stb. Ezek a tényezők a hajléktalan személyek életében, sokszor pusztán a véletlenek révén, rendkívül kedvezőtlenül alakulnak: a hajléktalan személyek körében több esetben már az utcára való kerülés előtt szenvednek valamilyen súlyos betegségben, amely a hajléktalan életforma előszobája lehet. Amikor valaki belesodródik a hajléktalan létbe, azáltal önmagában sok új betegséget halmoz fel, így a hajléktalan személyekre jellemző a multimorbiditás, azaz sokszor több, súlyos betegségük jelentkezhet egyszerre.

**MÓDSZERTAN:** 2024-ben készült egy nagyívű kutatás a mesterszakos diplomamunkám keretében, amely a hajléktalanok egészségi állapotára és egészségügyi ellátására fókuszált. Jelen tanulmányban az egészségi állapottal kapcsolatos eredményeket részletezem. A hajléktalan definíció alapján az 1993. évi III. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény által alkalmazott meghatározást tekintettem, a statisztikai adatgyűjtés során pedig az számított hajléktalan ügyfélnek, akit 2015–2021 között 'hajléktalan' jogcímen regisztrált az egészségbiztosító és kapcsolatba lépett az egészségügyi ellátókkal. A kutatásban ún. kevert módszertant alkalmaztam, amely kvalitatív (interjúk, szakirodalmi elemzés) és kvantitatív adatok (a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől lekért 2015–2021 közötti statisztikai adatok) gyűjtéséből és elemzéséből állt.

**EREDMÉNYEK:** A kutatás alátámasztotta a szakirodalmi forrásokat, miszerint a hajléktalanokra multimorbiditás jellemző. A kutatásból Kaplan-Meier görbe alapján

kiderült, hogy a hajléktalanságban élők nagyobb eséllyel haláloznak el hamarabb a nem és kor szerint illesztett kontroll csoport tagjaihoz képest. Emellett fény derült arra is, hogy a populáció negyede szenved valamilyen pszichiátriai betegségben, illetve, hogy a náluk előforduló betegségek java az elhanyagolt életmódjukkal magyarázható.

**KÖVETKEZTETÉSEK:** Kutatásom rávilágított arra a tényre, hogy a hajléktalan személyek helytelen életmódja és rossz egészsége háttérben negatív életkörülményeik állhatnak. Súlyos betegségeik sokszor helytelen táplálkozási szokásaikkal, alkoholfogyasztással, mozgáshiánnyukkal, és az utcai körülményekkel vagy éppen az intézményi körülményekkel, az előéletük során szerzett negatív tapasztalataikkal, függőségeikkel, legyengült immunrendszerükkel, illetve egyéb negatív pszichiátriai kórképekkel vannak összefüggésben.

### **Abstract**

**INTRODUCTION:** Overall health is significantly influenced by both the individual's history and current living conditions, such as financial, mental, physical, lifestyle, physical activity, nutrition, temperature, etc. These factors often have a very adverse impact on the lives of people experiencing homelessness, purely by chance: many of those experiencing homelessness suffer from a serious illness before they are on the streets, which can be a precursor to homelessness. When one falls into homelessness, one accumulates many new illnesses, so homeless people are characterised by multimorbidity, i.e. they can often have several serious illnesses at the same time.

**METHODOLOGY:** In 2024, I conducted a major piece of research for my Master's thesis, focusing on the health and healthcare of homeless people. In this paper, I detail the findings on health status. The definition of homelessness was based on the definition used in the Act III of 1993 on Social Administration and Social Benefits, and the statistical data collection was based on those who were registered as 'homeless' by the health insurance and contacted health care providers between 2015–2021. The research used a so-called mixed methodology, consisting of qualitative (interviews, literature analysis) and quantitative data collection and analysis (statistical data retrieved from NEAK between 2015–21).

**RESULTS:** The research confirmed the literature sources that homeless people are characterised by multimorbidity. The study showed, based on a Kaplan–Meier curve, that homeless people are more likely to die earlier compared to a control group matched by sex and age. It also revealed that a quarter of homeless people suffer from some form of psychiatric illness and that many of the illnesses that homeless people suffer from can be explained by their neglected lifestyle.

**CONCLUSIONS:** My research has highlighted the fact that the health of homeless people can be linked to their neglected lifestyles and their past lives. Their serious illnesses are often linked to poor eating habits, alcohol consumption, physical inactivity, and the conditions on the streets or in institutions, the negative experiences in their past, addictions, weakened immune systems and other major psychiatric conditions.

## Kulcsüzenetek

*Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?*

A hajléktalan személyek egészségi állapotának vizsgálata az egészség-tudományok és a szociológia olyan vizsgálati területe, amely témakörben Rákosy-Szeitl (2018) tanulmányán kívül az elmúlt időszakban kevés hazai tanulmány látott napvilágot.

*Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?*

2017-ben megszületett ezen kutatás kvantitatív változatának elődje (Fadgyas-Freyler, 2017), amely a saját tanulmányomhoz hasonlóan adminisztratív adatbázisokra épített, külön a hajléktalan-egészségügyi ellátásáról más tanulmány nem szólt idáig.

*Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?*

Jelen tanulmány kétféle, azaz a kvantitatív (statisztikai) és a kvalitatív (szakirodalmi és interjú) helyzetelemzési „útvonalat” hasonlítja össze, frissítve és kiegészítve a korábbi kutatások tapasztalatait.

## BEVEZETÉS

Az anyagiakban való szűkölködés sok esetben maga után vonja az egyén rossz egészségi állapotát és egyben az elhanyagolt egészségmagatartását. Ez teljességgel igaz a financiálisan szűkös hajléktalan<sup>1</sup> személyekre is, hiszen akik azzal vannak elfoglalva, hogy a napi szintű

anyagi megélhetésüket biztosítsák saját maguk számára, azoknak nem elsődleges szempont, hogy mivel táplálkozzanak. Nem látogatnak el háziiorvoshoz, nem érvényesítik a TAJ kártyájukat. Az anyagiakon túl lelki és szellemi állapotuk is akadályozza őket abban, hogy minőségben megtartsák saját fizikai egészségi állapotukat (Rákosy & Szeitl, 2018).

Az életvitelből, életkörülményekből fakadó leromlott egészségi állapot számos fertőző és nem fertőző betegséget hordoz maga után. Ezen populációknak a morbiditása és a mortalitása is nagyobb az átlaghoz képest (Bényei et al., 2018). Többször eleve fennálló (pl. pszichiátriai, függőséggel kapcsolatos) betegségek, fogyatékoságok (Gurály & Varga, 2013) viszik bele az egyént egyfajta hajléktalan életformába, ami tovább ronthatja az érintett egészségi állapotát. A hajléktalanok számára a napi többszörös étkezés megvalósítása kihívást jelent, márpedig a megfelelő mennyiségű energia és tápanyagok hiánya alultápláltságot eredményezhet: a jelenség igen gyakori a hajléktalanoknál (Rákosy & Szeitl, 2018).

Bizonyos megbetegedések közvetlenül a hajléktalan életformából fakadnak: például a fagyási sérülések, amelyek a hideg időjárásban, az utcán éjszakázó hajléktalanokra jellemzők; a fejsérülések és végtagtörések, amelyek az utcai balesetekből, verekedésekből fakadhatnak, az emésztőrendszeri zavarokat, amelyek a rendszeretlen és rossz minőségű táplálkozás miatt alakulnak ki, az élőködőkkel összefüggő betegségek és bőrbetegségek, amelyek a rossz higiénés körülmények között alakulnak ki, de ilyenek a lábszárfekélyek is, amelyeket a mozgáshiányból fakadó vénás keringési elégtelenségek okozhat-

<sup>1</sup> A 'hajléktalan' fogalomra vonatkozóan az „1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról” rendelkezik, így az abban szereplő definíciót használtam. Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>

nak, valamint a krónikus nem fertőző és a fertőző (bakteriális) légzőszervi betegségek is (pl. tuberkolózis), amelyek sokszor összefüggésben vannak a dohányzással, és bakteriális úton leginkább a legyengült immunrendszerrel rendelkező személyeket fertőzik meg (Papp, 2007).

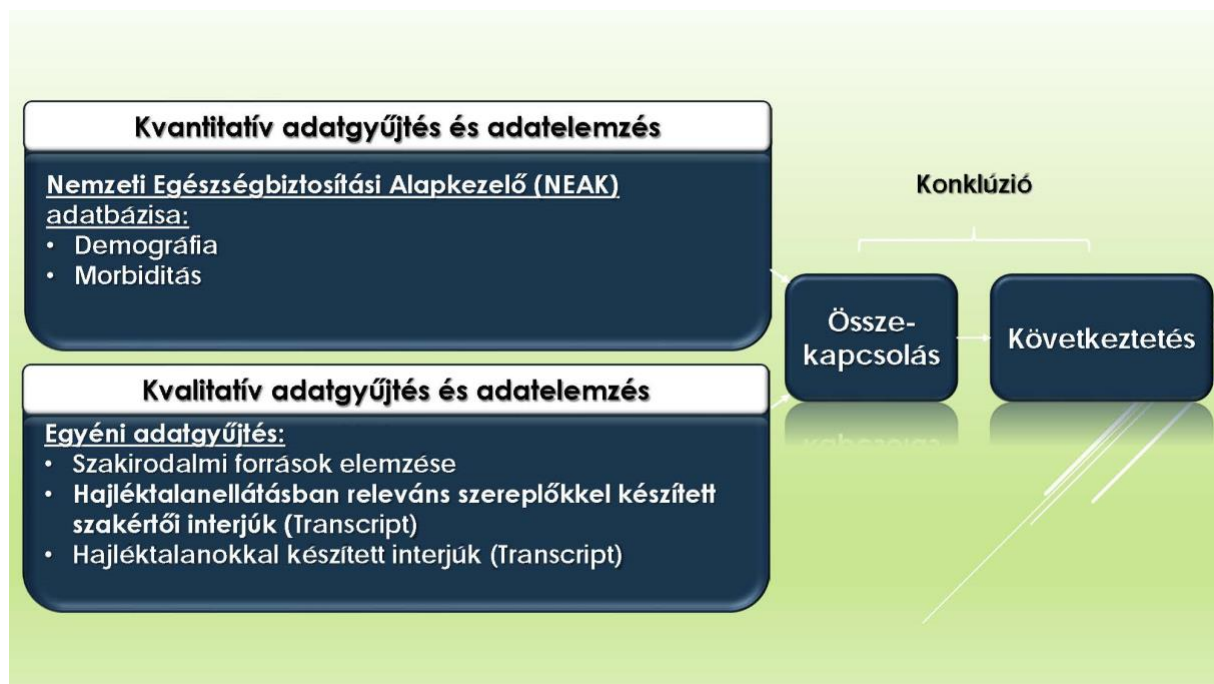
A jelen tanulmányban alapvető célom volt, hogy röviden értékeljem a hazai hajléktalan személyek egészségi állapotát. A kutatásom során a következő kérdésekre kerestem a választ:

- hogyan jellemzi a szakirodalom a hajléktalanok egészségi állapotát?
- melyek a hajléktalanságban élő személyekre jellemzőbb, legfőbb betegségek?
- hogyan gondolkodnak az általam megkérdezett szakértők a hajléktalanok egészségi állapotáról?
- miket gondoltak a hajléktalan interjúalanyok saját egészségi állapotukról?

## MÓDSZERTAN

A tanulmányban kevert módszertant alkalmaztam. [1. ábra] A kvalitatív úton szerzett információkat intézményi szereplőkkel, valamint hajléktalanokkal készített interjúk tapasztalatai alapján szintetizáltam, a kvantitatív módszerekben (pl. statisztikai elemzés) alkalmazott statisztikai adatokat pedig a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (röviden: NEAK) lekért adatbázisából elemeztem. A vizsgálat módszertana az ún. „összetartó párhuzamos felépítés” jegyeit hordozza: egyszerre és egymástól függetlenül végeztem a kutatás kvantitatív és kvalitatív részét, csak az eredmények és összefüggések végső értelmezésénél kapcsoltam össze a két kutatás eredményeit (Király et al., 2014).

1. ábra: Az összetartó párhuzamos (kevert) módszertan felépítése (Forrás: Király et al., 2014)



A kvantitatív módszertan statisztikai adatok elemzésére épült a NEAK-tól kikért adatbázist felhasználva Fadgyas-Freyler (2017) alapján. Az adatbázis összeállítására a személyes adatokra vonatkozó jogszabályok voltak érvényesek. A kapott adattáblák egyike tartalmazta a demográfiai jellemzőket (nemek és korcsoportok). A táblázat egyedi TAJ-ok száma (betegszám) alapján a 2015–2021 években 'hajléktalan' jogcímen nyilvántartottak számát és a nem és korcsoport szerint illesztett ötszörös kontrollcsoportjuk<sup>2</sup> számát foglalja magában. Az ötszörös kontrollcsoport a vizsgálati eredmények megbízhatóságát és érvényességét növeli, és kiszűri a véletlen torzítások és hibák kockázatát. A korcsoport-besorolás alapja 2015. január 1. Ez a hajléktalanok esetében 11 857 fő, míg a kontrollcsoportnál 59 285 fő összesen. A korcsoport szerinti beosztás a 0–19, 20–29, 30–39, 40–49, a 60–69 éveseket, valamint 70 évnél idősebbeket el. Az egyes korcsoportok átlagéletkora a két populációnál megegyezett. Így vált a 'hajléktalan' jogviszonnyal rendelkezők csoportja és a hozzájuk nem és kor szerint illesztett ötszörös kontroll populáció összehasonlíthatóvá a NEAK adatbázisából hivatalos úton lekért adattáblában. Az adattábla egyrészt tartalmazta a kontroll és a hajléktalan csoportból a 2015 és 2021 évek között elhunytak számát, illetve a 2015 és 2021 évek között BNO3 besorolású morbiditási csoportok szerint az országosan előforduló kontroll csoport és 'hajléktalan' jogviszonnyal rendelkező ellátott esetek számát. Kiemelendő, hogy az eseti ellátások megszámlálásánál több diagnózist is figyelembe vettek, azaz egy beteg többször szerepelhetett a táblában, ha több betegséggel kezelték. Az esetszámoknál figyelembe vették mind a járó-, mind a fekvőbeteg szakellátási adatokat.

A kvantitatív módszertan része volt egy ún. túlélési vizsgálat elvégzése Kaplan-Meier (1958) alapján. Ennek a számításnak célváltozója egy kiindulási ponttól egy végpontig eltelt idő, azaz a túlélési idő volt<sup>3</sup>. Az adattábla tartalmazta, hogy melyik évben hányan éltek még a 2014. december 31-én 100%-os arányban életben lévő populációkból. Az éves értékeket százalékos arányokban számoltam ki a 2014. december 31-et követő évekre is. Így jött ki, hogy a vizsgálati években a populációk hány százaléka volt még életben.

A kvalitatív módszertan a szakirodalmi előzmények összegyűjtésére és a szakértői és hajléktalan interjúk készítésére terjedt ki. Az interjúalanyokat a NEAK-tól, a Hajléktalanokért Közalapítványtól, a Budapest Módszertani Szociális Központból (BMSZKI), az Oltalom Háziórvosi Rendelőből, a Menhely Alapítványtól, valamint a Habitat for Humanity Magyarországtól (HABITAT) választottam ki hólabda módszerrel. Közöttük volt egy egészségbiztosítási beosztott kutató (1. interjúalany); egy szociális ellátásban, pályázatírásban jártas irodavezető (2. interjúalany); egy szociális, egészségügyi ellátásban dolgozó, titkárságvezető közgazdász (3. interjúalany); egy egészségügyi ellátással foglalkozó háziórvos (4. interjúalany); egy szociális és egészségügyi ellátásban dolgozó módszertani vezető (5. interjúalany); egy szociális ellátásban és pályázatírásban jártas beosztott kutató (6. interjúalany); valamint egy egészségügyi ellátásban és pályázatírásban tapasztalt csoportvezető (7. interjúalany). Összesen hat hajléktalan-ellátással, közöttük egy nővel és öt férfival készítettem interjút a kutatásom során. Az interjúalanyokat ez esetben nem egyénileg választottam ki. Ennek több oka is volt:

<sup>2</sup> A kontrollcsoport az, amelynek tagjai részt vesznek ugyan egy kísérletben, de nem teszik ki őket a vizsgálni kívánt hatásnak. A kontrollcsoport azt a célt szolgálja, hogy vele hasonlítsák össze annak a csoportnak az eredményeit, amelyiket kiteszik a vizsgálni kívánt hatásnak. Forrás: <https://lexiq.hu/kontrollcsoport>

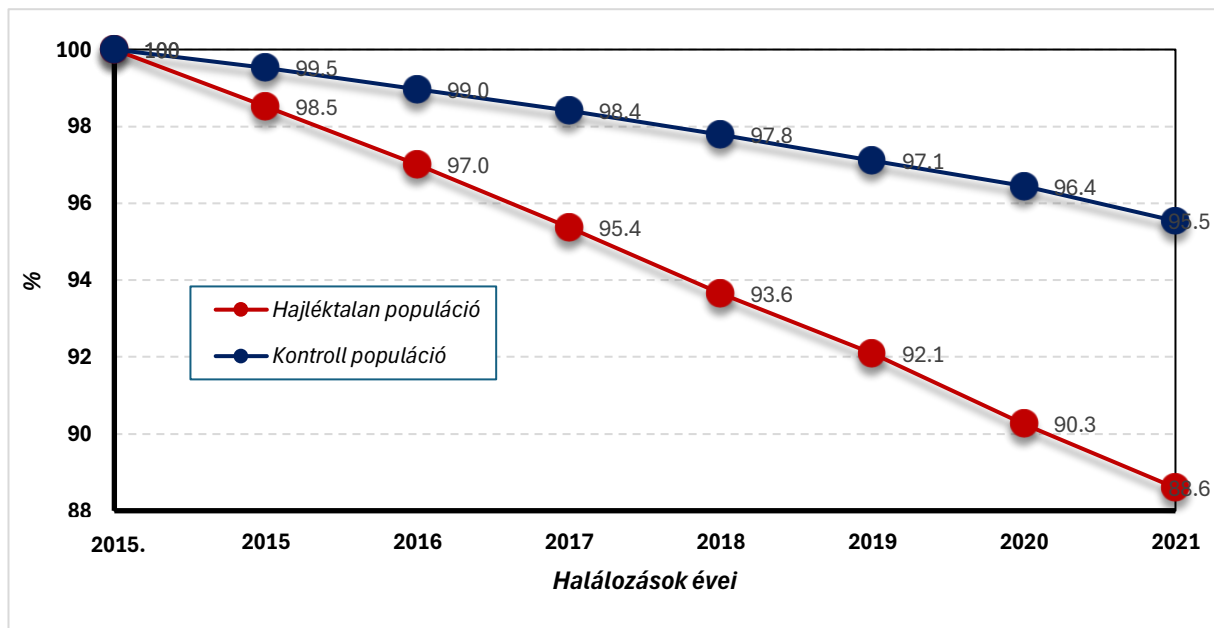
<sup>3</sup> Forrás: <http://www.biostat.hu/biostat-szotar/#T>

egyrészt annak a lehetősége, hogy hajléktalanokkal készítsék személyesen interjúkat megfelelő és nyugodt körülmények között, csak az egyes intézményeken belül lehetséges, másrészt nem minden intézmény volt nyitott erre, harmadrészt a hajléktalan ügyfelek közül jónéhányan sokszor elzárkóznak a témától, negyedrész pedig adatvédelmi okok miatt az utcán nem is készülhetett interjú. Mivel a Budapest Módszertani Szociális Központ és Intézményeitől (BMSZKI), azon belül pedig a Dózsa Átmeneti Szállástól kaptam egyénileg felajánlást, ezért kizárólag ott készítettem az interjúkat. Az interjúalanyokat a szociális munkások jelölték ki.

## EREDMÉNYEK

A 2. ábra a vizsgált hajléktalan jogcímen nyilvántartottaknak és a kiválasztott kontrollcsoportnak a halálozási tendenciáját mutatja meg az ún. Kaplan-Meier görbén (Kaplan & Meier, 1958). 2015 és 2021 között a hajléktalan populációból nagyobb valószínűséggel haláloztak el, mint a kontrollcsoportban. 2021-ben a 2015. évi hajléktalan populációnak 88,5%-a élt, míg a hozzá illesztett kontrollcsoportnak több, mint 95%-a: a hajléktalanoknál összesen 1 352 fő halálozott el, ezzel szemben 2 645 fő hunyt el kontroll populációban.

2. ábra: Az elhunytak arányának változása a hajléktalan és a kontrollcsoportban, 2015–2021. Nh=11 857; Nk=59 285. (Forrás: saját szerkesztés a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, egyéni adatkérés alapján)



A hajléktalanoknál az egyik legtöbb betegséget a pszichoaktív szerek használata okozta, ehhez képest ugyanez a betegség a kontroll populációban mindössze csak a 72. helyen állt. [1. táblázat] A hajléktalan populációnál ezután sorrendben következnek a „nyelőcső, gyomor és nyombél megbetegedései”, amelyek a súlyos alkoholfogyasztással, a rossz minőségű, rendszeresen táplálkozással magyarázhatók, a

„neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform (szorongásos) rendellenességek”, amelyek fakadhatnak a nehéz szociális háttérükből, valamint a „fejsérülések”, amelyek vélhetően az utcai balesetek miatt következhetnek be. Az elsőként említett megbetegedések azzal hozhatók összefüggésbe, hogy a vizsgált betegek nagyobb traumák elszenvedői. A fejsérüléseknél a vizsgált populációk előfordulási

gyakoriságai között jelentős különbségeket lehet felfedezni a hajléktalan és a kontrollcsoport között: a hajléktalan popu-

láció esetében ezek a 6., míg a kontrollcsoportnál csak az 53. leggyakoribb egészségügyi problémák.

1. táblázat: A morbiditási csoportok sorrendje a vizsgált populációknál a hajléktalan és a kontroll populáció esetszámok sorrendje alapján (2015–2021). (Forrás: saját szerkesztés a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, egyéni adatkérés alapján.)

Morbiditási csoportok	Hajléktalan populáció esetszám N = 334 461 (db eset)	Hajléktalan populáció betegszám szerinti sorrendje	A Kontroll populáció esetszáma N = 1 432 828 (db eset)	Kontroll-csoport betegszám szerinti sorrendje
Magas vérnyomás (hypertensív) betegségek (I10–I15)	13 709	1.	110 132	1.
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10–F19)	12 494	2.	3 799	74.
A nyelőcső, gyomor és nyombél betegségei (K20–K31)	11 439	3.	49 921	8.
Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek (F40–F48)	11 269	4.	17 333	25.
Általános tünetek és jelek (R50–R69)	11 171	5.	24 901	13.
Fejsérülések (S00–S09)	9 628	6.	6 609	55.
A szájüreg, nyálmirigyek és állcsontok betegségei (K00–K14)	7 944	7.	55 811	6.
Elsősorban nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása (T51–T65)	6 843	8.	1 468	110.
Egyéb hát- és gerincbántalom (M50–M54)	6 473	9.	42 321	10.
Idült alsó légúti betegségek (J40–J47)	6 409	10.	20 068	18.
Hangulatzavarok [affektív rendellenességek] (F30–F39)	5 886	11.	11 546	36.
Heveny felső légúti fertőzések (J00–J06)	5 840	12.	54 535	7.
A keringési és légzési rendszert illető tünetek és jelek (R00–R09)	5 385	13.	17 913	22.
Az emésztőrendszert és hasat illető tünetek és jelek (R10–R19)	5 348	14.	18 893	219.
Anyagcsere rendellenességek (E70–E90)	4 686	15..	43 688	9.
Epilepszia (G40–G47)	4 297	16.	10 845	39.
Egyéb heveny alsó légúti fertőzések (J20–J22)	4 165	17.	25 435	11.
A csukló és a kéz sérülései (S60–S69)	3 990	18.	9 454	44.

A speciális kódok és a nem besorolható kódok alatt szereplő típusokat, amelyekből nagyjából mindkét esetben az esetszámok hatodát tették ki, kihagytam a számításból, hiszen ezen esetekben nem tudtam konkrét betegségcsoportokat beazonosítani. A szakértői tapasztalatok visszaigazolták a statisztikai elemzésben megállapítottakat, hiszen hangsúlyozták, hogy általánosságban a hajléktalanoknál túlsúlyban jelentkeznek a pszichiátriai kórképekkel összekapcsolható, az alkohol- és a kábítószer-függőségek, valamint a traumatizált szociális háttérből fakadó egyéb pszichés problémák. (Kiemelendő, hogy az alkohol-függőségekben érintettek aránya a kontroll populációnál is magas.) „A hajléktalanok legalább 30%-ának van valamilyen pszichiátriai diagnózisa” (7. interjúalany). Az alkohol- és a kábítószer-függőségekkel küzdők csoportját is ide lehet sorolni, hiszen sok, komolyabb pszichiátriai kórképnek lehetnek kiváltó okai. Egy másik nagyobb csoportot különíthetünk el a traumatizált állapotúak kategóriájaként, ahol „van egy folyamatos veszteség-élmény, munkahely elvesztése, család elvesztése, innen oda költözés, hányódás, gyökértelessé válás, amit az illető traumaként élt meg, de nem tudja feldolgozni. Tehát van az a traumasztint, ami el tud vezetni bárkit odáig, nyilván kell ehhez valamiféle vulnerabilitás is, de nem kell hozzá sok, tényleg le tudja padlózni az embert, tehát ez a csoport elkülöníthető.” (5. interjúalany).

A hajléktalan életmód következménye számos esetben nem EU-konform betegségek sokaságát és terjedését vonhatja magával: „mintha nem a XXI. század elején lennénk (...). Az egyik orvos (...) találkozott orbáncsal” (2. interjúalany). Ebből fakadóan a hajléktalanok körében jellemző a multimorbiditás is, azaz sokszor négy-hat súlyos betegség halmozódik fel az illető szervezetében egyszerre (3. interjúalany, 12. interjúalany, 9. interjúalany). „Van két

betegségem, ami miatt állandó ellátásra szorulok, az egyik a hemofília (vérzékenység) (...). Illetve van egy pszichés betegségem is, (...), az pedig paranoid skizofrénia meg még egy diagnózis (...) (13. interjúalany). Az aktuális életkörülményük felerősíthetik eleve súlyos betegségeiket: az egyik interjúalany elmesélte, hogy attól súlyosbodott az állapota, hogy ellopták a bankkártyáját ... („nyitva hagytam a szobám ajtaját, és valaki hozzájutott a bankszámlaszámlámhoz, (...)) [a bank] lezárta januárban a nyugdíjamat, és nem kaptam egy forintot sem (...). Ez engem lelkileg annyira megviselt, hogy rosszul lettem, bevittek [a kórházba]...” (12. interjúalany).

## MEGBESZÉLÉS

A kvalitatív kutatást korlátozó tényező volt, hogy nem mindenki vállalta az interjút. A szakirodalom, a kvantitatív és a kvalitatív adatok összhangban álltak egymással: a hajléktalanok egészségi állapota szorosan összefügghet életmódjukkal, helytelen táplálkozási szokásaik és az utcai vagy intézményi körülményeik pedig rossz hatással vannak a szervezetükre. A kvantitatív elemzés rávilágított arra, hogy a hajléktalanokra jellemző betegségek leginkább a komolyabb pszichiátriai kórképekkel, pszichoaktív szerek használatával, a szorongással, a rossz táplálkozással, alkoholfogyasztással és az utcai tartózkodással állhatnak szoros kapcsolatban. A kvalitatív adatok alapján a hajléktalanokra általánosan a multimorbiditás volt jellemző. Bár ez egyértelműen nem derül ki a kvantitatív adatokból, de részlegesen alátámasztják, hiszen az esetszám jóval magasabb a betegszámnál.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásom rávilágított arra a tényre, hogy a hajléktalan személyek helytelen élet-



módja és rossz egészsége hátterében a negatív életkörülményeik állhatnak. Súlyos betegségeik sokszor a helytelen táplálkozási szokásaikkal, az alkoholfogyasztással, a mozgáshiányukkal, és az utcai körülményekkel vagy éppen az intézményi

körülményekkel, az előéletük során szerzett negatív tapasztalataikkal, függőségeikkel, legyengült immunrendszerükkel, illetve egyéb nagy pszichiátriai kórképekkel vannak összefüggésben.

## HIVATKOZÁSOK

- Bakos, P. (2006). Az Egészséghez való jog emberi jog: Az egészség biztosítása a hajléktalan emberek számára Magyarországon. Készült a hajléktalanokkal foglalkozó egészségügyi dolgozók és a hajléktalanellátó szervezetek FEANTSA kérdőívére adott válaszai alapján a FEANTSA számára. FEANTSA, Budapest, 1–22. [https://www.feantsa.org/download/hun\\_health\\_report-25357482209960834631.pdf/](https://www.feantsa.org/download/hun_health_report-25357482209960834631.pdf/) (2023. 08. 02.)
- Bényei, Z., Breitner, P., Gurály, Z., Győri, P., Kovács, I., Mózer, P. & Szabó A. (2018). Gyorsjelentés a 2018. évi hajléktalan-adatfelvételtől. Február Harmadika Munkacsoport, Menhely Alapítvány, Budapest, 1–25. <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/F3-Gyorsjelentés-2018-handout.pdf> (2024. 05. 14.)
- Biostat (2024): Túlélési vizsgálat. <http://www.biostat.hu/biostat-szotar/#T> (2024. 05. 14.)
- Braun, E. & Gazdag, G. (2015). Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között. In Magyar Pszichiátriai Társaság (Eds.), (pp. 60–67). Psychiatria Hungarica. <https://medinfo.aEEK.hu/index.php/2015/07/26/pszichiatriai-zavarok-elofordulasa-hajlektalanok-kozott-braun-eszter-gazdag-gabor/> (2023. 07. 12.)
- Bulyáki, T. (2023). Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek segítése – a BMSZKI gyakorlatának rövid bemutatása. Párbeszéd: Szociális munka folyóirat, 10(1). 1–11. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2023.10/1/7> (2024. 05. 13.)
- Fadgyas-Freyler, P. (2017). A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján. Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 28(3). 102–122. [https://www.esely.org/kiadvanyok/2017\\_3/tartalom.pdf](https://www.esely.org/kiadvanyok/2017_3/tartalom.pdf) (2024. 03. 04.)
- Fehér, B. (2009): Hajléktalan emberek traumás élményei és azok feldolgozása narratív eszközökkel. ELTE Társadalomtudományi Kar Szociális munka – Szociálpolitika Doktori Program. Budapest, 1–253. [https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/45526/Kd\\_11347.pdf](https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/45526/Kd_11347.pdf) (2024. 05. 17.)
- Gurály Z. & Varga D. (2013). A hajléktalanság főbb jellemzői a vidéki Magyarország településein. In Győri, P. & Vida, J. (Eds.), Változó és változatlan arcú hajléktalanság (pp. 53–86). Menhely Alapítvány, Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. [https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/valtozo\\_es\\_valtozatlan\\_otthonalanul\\_9.pdf/](https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/valtozo_es_valtozatlan_otthonalanul_9.pdf/) (2024. 05. 13.)
- Gyöngyösi, K., Erdőhegyi, M. & Balog, Gy. (2021). „Mi vagyunk a legutolsó hely”. Pszichoszociális fogyatékoság (pszichés problémák) hajléktalan emberek között, budapesti alacsony küszöbű hajléktalan-ellátásban dolgozó szociális munkások tapasztalatai tükrében. Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 32(2). 114–138. <https://doi.org/10.48007/esely.2021.2.7>. (2023. 12. 21.)
- Győri, P. (2020a). Büntető törvény után – világjárvány előtt. Hajléktalanná válás – szolgáltatások – perspektívák. Jelentés a hajléktalan emberek 2020 február 3-i kérdőíves adatfelvételéről. In Győri, P. (Eds.), Február Harmadika Munkacsoport Jelentés a 2020. évi hajléktalan-adatfelvételtől (pp. 1–32). Menhely Alapítvány, Budapest. <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/F3-Gyorsjelentés-2020-handout.pdf> (2024. 05. 14.)
- Győri, P. (2022). Jelentés a hajléktalan emberek 2022. február 3-i országos kérdőíves adatfelvételéről. In Győri, P. (Eds.), Február Harmadika Munkacsoport Jelentés a 2020. évi hajléktalan-adatfelvételtől (pp. 1–30), Menhely Alapítvány, Budapest. [http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/f3-gyorsjelentés\\_2022.pdf](http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/f3-gyorsjelentés_2022.pdf) (2024. 05. 07.)
- Horváth, Á., Gádnorné Weber, Á. & Gaszner, G. (2021). Pandémia és alkoholizmus. Medicalonline. [https://medicalonline.hu/haziorvostan/cikk/pandemia\\_es\\_alkoholizmus/](https://medicalonline.hu/haziorvostan/cikk/pandemia_es_alkoholizmus/) (2024. 05. 17.)
- Kaplan, E. L. & Meier, P. (1958). Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. Journal of the American Statistical Association, 53(282). 457–481. <https://web.stanford.edu/~lutian/coursepdf/KMpaper.pdf> (2024. 05. 01.)

- Király, G., Dén-Nagy, I., Géring, Zs. & Nagy, B. (2014). Kevert módszertani megközelítések. Elméletek és módszertani alapok. *Kultúra és Közösség*, 5(2). 95–104. <https://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1895>. (2024. 03. 07.)
- Kovács, M. (2021). A dohányzás, és más káros szenvedélyek a fiatalok körében. Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar. <https://dea.lib.unideb.hu/items/ef180177-b9f0-44d7-a73e-2f9b91bea4eb> (2024. 05. 17.)
- Lexiq (2021). Kontrollcsoport. <https://lexiq.hu/kontrollcsoport> (2024. 05. 17.)
- Nemzeti Jogszabálytár (2016). 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. <https://njt.hu/jogszabaly/1993-3-00-00.101> (2024. 05. 17.)
- Paksi B., Magi, A. & Gurály, Z. (2021). Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata. *Esély Tárdadalom- és szociálpolitikai folyóirat*, 32(1). 62–91. <http://dx.doi.org/10.48007/esely.2021.15>. [https://www.esely.org/kiadvanyok/2021\\_1/esely\\_2021-1\\_62-91\\_paksi\\_et\\_al.pdf](https://www.esely.org/kiadvanyok/2021_1/esely_2021-1_62-91_paksi_et_al.pdf) (2023. 10. 14.)
- Papp, Á. (2007). Hajléktalan emberek egészségügyi helyzete Magyarországon. In Papp, Á. (Eds.), *Százlátó üveg Alapítvány Szakmai Anyagok. Százlátó üveg Alapítvány*, Budapest. [https://www.academia.edu/89798259/Hajlektalan\\_emberek\\_egeszsegugyi\\_helyzete\\_Magyarorszagon](https://www.academia.edu/89798259/Hajlektalan_emberek_egeszsegugyi_helyzete_Magyarorszagon) (2024. 05. 20.)
- Rákosy, Zs., Szeitl, B. (2018). A hajléktalan emberek egészsége. *Demográfia*, 61(1). 29–52. <https://doi.org/10.21543/Dem.61.1.2>. <https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/2744/2632/> (2024. 04. 22.)

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Külön köszönetet mondok dr. Fadgyas-Freyler Petrának az adatszolgáltatásban és az adatfeldolgozás szakmódszertani háttérének kidolgozásában nyújtott segítségével! Szintén köszönettel tartozom az összes interjúalanynak, aki hozzájárult a diplomamunka elkészüléséhez, bár őket név szerint nem említhetem az adatvédelmi szabályozások miatt.

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vajdovich Noémi Annamária  
Eötvös Loránd Tudományegyetem Regionális Tudományi Tanszék, Budapest  
[vajdovich.noemi@gmail.com](mailto:vajdovich.noemi@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 01.  
Elfogadva: 2024. 08. 01.  
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Vajdovich Noémi Annamária. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.