

„Otthon nélkül megöregedni” – Egy vizsgálat eredményei idősödő hajléktalanok körében

*“Aging without a home” – Findings from a study among
aging homeless people*

BAKOSI TAMÁS

Bakosi Tamás: Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Dózsa Átmeneti Szállás; bakosi.tamas@gmail.com

Bakosi Tamás: Budapest Methodological Social Center and Institutions, Dózsa Temporary Shelter; bakosi.tamas@gmail.com

Beérkezett (submitted): 2025.01.22.

Lektorálásra kiküldve (out for review): 2025.05.16.

Közlésre elfogadva (accepted): 2025.06.15.

Absztrakt

Az egyre előregedő társadalom jelensége a szociális ellátások terén is kihívásokat jelent: így a hajléktalanellátás területén is. Az idősek körében a fizikai gondozási szükségletek jelentősége mellett kiemelten fontos lenne a mentális állapot vizsgálata is. Az írás egy pilot vizsgálat eredményeit mutatja be, amely a 65 év feletti hajléktalan emberek 30 tételes Geriátriai Depresszió Szűrő Skálával (GDS) mért értékeit veti össze az Élettel való Elégedettség Skálával (SWLS-H) mért eredményekkel.

Kulcsszavak: hajléktalanság, öregedés, gerontológia, időskori depresszió, élettel való elégedettség

Abstract

The phenomenon of an increasingly aging society poses challenges in the field of social services, including homeless care. Among older adults, in addition to the importance of addressing physical care needs, assessing mental health is also of particular significance. This paper presents the results of a pilot study that compares the scores of homeless individuals over the age of 65 on the 30-item Geriatric Depression Scale (Long Form) (GDS) with their scores on the Satisfaction with Life Scale (SWLS-H).

Keywords: homelessness, aging, gerontology, depression in old age, life satisfaction

Bevezető gondolatok

„Egy régi, elhagyatott háznál nincs szomorúbb látvány. (...) Mintha mindig csak a múlton merengene, és gyászolná a soha vissza nem térő napokat. (...) Üresen kong, és senki nem jár benne, csak a szél.” (Lucy Maud Montgomery)

Vajon mi van akkor, ha ez a ház, ami akár emlékkép is lehet, már megkopott, régi, elvesztett vagy talán soha nem is volt. Mit érezhet, élhet meg az, akinek nincs már pontos, tiszta

elképzelése arról, hogy milyen is lehet egy házban megöregedni, egy házzal együtt öregedni. Milyen is lehet úgy idősödni, hogy egy ideje nincs otthonom?

E kérdésekből kiindulva, kiemelten fontosnak és indokoltnak látom megvizsgálni, hogy mennyire lehet érintett a depresszióban egy adott hajléktalan populáció, valamint képet kapni arról, hogy hogyan is vannak ők az élettel való elégedettséggel. A jelen tanulmány egy célzott populációban, nem-valószínűségi mintavétellel elvégzett pilot vizsgálat, amelynek keretei között pillanatképet szeretnék kapni a szolgáltatásokat igénybe vevő idősödő hajléktalan emberek mentális jóllétének néhány eleméről. Céлом, hogy ezen eredmények segíthessék egy hasonló témában elvégzendő reprezentatív kutatás megvalósítását.

Hajléktalanság és idősödés

Több ok vezethet oda, hogy a hajléktalan emberek között is növekvő számban vannak az idős(ödő) emberek. Vannak, akik hosszú ideje hajléktalanok, és az ellátásban öregszenek meg, és vannak, akik a hajléktalanok számára magas idősotthoni térítési díj megfizetése miatt szorulnak ki az ellátásból, vagy akiknek lakásfenntartási gondjaik miatt kell ebbe a létbe kényszerülni (Gyuris, 2021).

A hajléktalanpopuláció – illeszkedve a teljes magyar népességben mért adatokhoz – országszerte előregedő. 2022-ben egy felmérés szerint a hajléktalan emberek közel háromnegyede elmúlt 50 éves, továbbá tíz hajléktalan közül négy hajléktalan ember már 60 éves is elmúlt. Elmondható, hogy egyre idősebb, betegebb, munkaképtelen emberek kerülnek hajléktalan élethelyzetbe (Győri, 2022). Ez jelentős kihívásokkal terheli a szociális ágazatot, de mindenképpen fókuszált segítségnyújtás szükségességére hívja fel a figyelmet. Számos egyéb „speciális célcsoport” igényel speciális szaktudást a hajléktalanellátás területén is. Ide sorolnám például a friss lakásvesztőket, a várandós hajléktalan nőket, a mentális zavarral küzdő fedél nélkülieket, az LMBTQI-közösség tagjait stb. Mindezek mellett kiemelten fontos az idősödő hajléktalan emberekkel végzett célzott segítő munka.

A korábban nem hajléktalan élethelyzetben lévő idősök megjelenésének emelkedése a hajléktalanok körében nem csak Magyarországon jellemző – amellet, hogy a már hajléktalanságban lévő populáció átlagéletkora nő. Az Amerikai Egyesült Államokban is hasonló jelenségek zajlottak és zajlanak le. Az ottani előrejelzések szerint a 2010-es helyzethez képest 2050-re az idős hajléktalan személyek száma a duplájára nő. Két jelentős okot vélnek felfedezni: az egyik a bizonytalan, gyakran instabil gazdasági környezet, a másik az idősök gazdasági és egyéb változó élethelyzetekkel való megküzdési képességének fejletlensége. E kettős ok jelentős kiszolgáltatottságot eredményez. Megoldásnak mindenképp egy stratégiai tervezésen alapuló, átgondolt, preventív intézkedést javasolnak (Sermons & Henry, 2010). E megállapítások a magyar helyzetre – az egyéb más tényezőket, mint amilyen az alacsony jövedelem, a család megtartó erejének csökkenése, a lakáspiaci helyzet stb. is figyelembe véve – is jellemzőek lehetnek. Felmerülhet a kérdés, hogy az alapvetően nem idősekre kialakított hajléktalanellátás mennyire lehet megfelelő az idős otthontalan embereknek. Egy tanulmány szerint kimondható, hogy az éjjeli menedékhelyek az idősök ellátására nagyrészt alkalmatlanok (Gyuris, 2021). Alapvetően ez az állítás a nem éjjeli menedékhelyekre, tehát melegedőkre, átmeneti szállásokra, ügyfélszolgálatokra is igaz lehet.

Az idős hajléktalanok egészségügyi állapota fontos tényező a szociális segítségnyújtásban, melyen belül a mentális egészség kérdésköre nem elhanyagolható. Egy amerikai tanulmányban – ahol 1533 Los Angelesben élő hajléktalannal készítettek interjút,

majd 520 alany esetében 15 hónapos esetkísérést végeztek – kimutatták, hogy a biztos lakhatás fenntartása, a materiális javak (étel, ruházat stb.) megléte alapvetően fontos, akár a depressziós állapot javításában is (Sullivan et al., 2000).

A magyar viszonyokat tekintve fontos kiemelni a pszichiátriai megbetegedéseket a hajléktalan populáció körében. Egyes esetekben a hajléktalanság kiváltó okai lehetnek a pszichiátriai betegségek, de számos esetben maga a hajléktalan állapot okoz pszichiátriai megbetegedést (Rákosy & Szeitl, 2018). A fokozott, e populációra jellemző érintettséggel kiemelten kellene foglalkozni.

A mentális egészség fontossága mellett számos kihívást jelent a fizikai egészségi állapot megőrzése, esetleges javítása. Számos terület mellett a geriátriai kihívások és megoldások is szempontot kellene jelentsenek akár egy lakhatási programban is, amely igyekszik a szükségletekre reagálni. A hajléktalan élethelyzet nehezíti a gyógyulást, ugyanis nem nyújt biztonságos környezetet, ami alapvető lenne már a felépülés kezdetén (Brown et al., 2016).

A hajléktalanok munkaerőpiaci helyzetét gyakran negatív diszkrimináció jellemzi. Egy hazai kutatás válaszadói szerint a hajléktalanok foglalkoztatásában jelentős akadály a stigmatizáció és diszkrimináció (Bakos, 2007, p. 8). A foglalkoztatásban az idősök kapcsán megjelent a „munkaerőpiaci öreg” fogalma általánosabb körben is, ami akár már azt is jelenti a gyakorlatban, hogy a 45 éves is lehet öreg a munkaerőpiacon, de az 50 éves már mindenképpen idősnek számít (Széman, 2008, p. 13). Tehát a halmozott diszkrimináció fokozott kihívást jelenthet a célcsoportnak. Tovább nehezíti helyzetüket, hogy a 178/2018. (X.2.) Kormányrendelet alapján a hajléktalanlét nem csak stigmatizált, de kriminalizált is, azaz az életvitelszerű, utcán való tartózkodás szabálysértésnek minősül.

Az idős emberek – és különösen a hajléktalan emberek – kapcsolatrendszerével való munka kiemelten fontos. A társas kapcsolatok hiánya nagyban befolyásolja az emberi jóllétet. A 60–69 éves hajléktalan emberek 48%-ának, míg a 70 éves vagy idősebb hajléktalan emberek 50%-ának nincs olyan rokona vagy barátja, akire számíthat a bajban (Február Harmadika Munkacsoport, 2021).

Segítő munkánk egyik fontos eleme, hogy a klienseinket jellemző erőforrások megfelelően felkutatásra kerüljenek. Egyik ilyen lehet a jövőképpel való foglalkozás, erről való együttes gondolkodás, vagy akár a megalapozott remény mint eszköz és lehetőség felkeltése. Az időskori pozitív jövőkép, optimizmus gyakran felmerülhet egy segítő kapcsolatban, akár mint lehetőség, akár mint a realitást elfedő, dilemmát okozó tényező. Az idős(ödő) hajléktalanok egzisztenciális fejlődéshez fűződő reménye aggasztó, hiszen a 60 évesnél idősebb hajléktalanok többsége úgy véli, immár élete végéig hajléktan marad (Február Harmadika Munkacsoport, 2023, p. 16).

Depresszió

A depresszió diagnosztikai kategóriák szerint lehet unipoláris és bipoláris depresszió. Súlyossági foka szerint lehet enyhe (a páciensnek erős szenvedést okoz, de életvitelét a nehézségek ellenére is folytatni tudja.), közepes (a betegnek már nagy nehézséget okoz a mindennapi életviteli aktivitás fenntartása) és súlyos (major) (súlyos tünetekkel jár, pszichózissal is együtt járhat, az életvitelt erősen befolyásolja) depressziót megkülönböztetni. Az időskori depresszió vélhetően az egyik leggyakrabban diagnosztizálatlanul maradó betegség, ami nagymértékben járul hozzá az időskori morbiditáshoz és mortalitáshoz (Osváth, 2013, p. 148). Magyarországon a 45–64 év közötti korosztályban a súlyos depresszió

előfordulása 9%, a depresszióra utaló tünetek jelenléte pedig 31%, míg a 65 év feletti népesség körében a súlyos depresszió prevalenciája 15%, a depresszióra utaló tüneteké pedig 41%. (Rihmer et al., 2021, p. 24). Kimutatható ugyanakkor az is, hogy a 74 évesnél idősebb populáció esetében a különböző súlyosságú depressziós tünetek előfordulásának aránya összesen 25%: az enyhe depresszió aránya 16,4%, a közepesen súlyos 7,5%, a súlyos pedig 1,1% (Szekeres & Hargitai, 2021, p. 282). A Covid-járvány okozta nehézségek az emberek mentális jólléte terén ugyancsak megemlítendő, hiszen a félelem, a bezártság, a szorongás ezen időszakban fokozottan jelentkezett.

A vizsgálatról

A hajléktalanszállók szolgáltatásainak fejlesztése, a gondozás jobb szervezése érdekében érdemes képet kapni a 65 év feletti hajléktalan célcsoport mentális jóllétéről. A vizsgálat célja tehát hajléktalan, jelenleg szálláson lakó, ellátást igénybe vevő 65 év felettiek, nők és férfiak mentális jóllétének vizsgálata.

A vizsgálati minta elemszáma 130 fő, valamennyien 65 év feletti hajléktalan, jelenleg szolgáltatást igénybe vevő nők és férfiak. A vizsgálat helyszínéként szolgáló intézmények kiválasztásánál szerepet játszottak az ellátotti célcsoport jellemzői. Az intézmények sokszínűek, így van közöttük éjjeli menedékhely, lábadozó, átmeneti szállás, valamint egy kórházi részleg is. Az életkörnyezet alapvetően meghatározhatja, befolyásolhatja a „hogyan érezzük magunkat” kérdését. Meghatározó lehet a városban való elhelyezkedés: mindegyik intézmény budapesti belső kerületek valamelyikében helyezkedik el, a VIII. és a XIII. kerületben. Az udvar, a kertkapcsolat szintén lényeges intézményi adottság (bár jelentős kerttel egyik intézmény sem rendelkezik.), valamint a túlszűfolttság is jelentős tényező – mindegyik közel, vagy több mint 100 férőhelyes intézmény. Összességében véve, az intézmények infrastrukturális adottságai hagynak kívánni valót maguk után, mégis, jól láthatóan, az egyes szakmai stábok igyekeznek minél élhetőbb közeget kialakítani lakóik számára.

A vizsgálatba bevont intézmények teljes ellátotti, engedélyezett létszáma:

- Szabolcs Átmeneti Szállás: 155 fő
- Dózsa Átmeneti Szállás: 326 fő
- Kőbányai Éjjeli Menedékhely: 75 fő

A vizsgálat folyamán a válaszadókat személyesen kerestem fel, olykor azonban szociális munkások és egyéb személyzet segítségét is igénybe vettem. A tesztek kitöltése önkéntes és anonim volt. Szükség esetén tölem vagy a szakdolgozóktól segítséget kérhettek a kliensek. Amennyiben a teljes vizsgálati populációnak az intézményekben ellátott összes 65 év feletti hajléktalant tekintem, figyelembe véve a bevezető gondolatokban említett körülményt, hogy a válaszadók kiválasztása nem valószínűségi, hanem önkéntes – ami a válaszadók számát nem kontrollált módon csökkentette – alapon történt, a minta nem tekinthető reprezentatívnak.

A vizsgálat mérőeszközei az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS-H) (Martos et al., p. 300) és a 30 tételes Geriátriai Depresszió Szűrő Skála (Fábián, 2015). A skálák nem pszichodiagnosztikai céllal kerülnek alkalmazásra.

Az SWLS-H teszt alkalmazása miatt fontos tisztázni az *élettel való elégedettség* fogalmi kereteit. Diener, Emmons, Larsen és Griffin 1985-ben az alábbiak szerint határozta meg az élettel való elégedettség fogalmát (és hozták létre a skálát): az élettel való elégedettség az egyik

legelterjedtebb felfogás szerint a személy általános életminőségének kognitív értékelése, mégpedig a személy saját kritériumai alapján. Az öt tételből álló skála 1-től 7-ig kéri értékelni az egyes állításokat, ahol az 1-es a legkevésbé elégedettet, a 7-es a teljesen elégedettet jelenti. Egyes mérések alapján az étellel való elégedettség összefügg a vallásossággal, egy adott ország gazdasági szintjével, a fizikai és a lelki egészséggel (Martos et al., 2014). Martos és munkatársai vizsgálata szerint kimutatható, hogy az étellel való elégedettség az életkor növekedésével csökken. Az egyik meghatározó tényező a szubjektív anyagi helyzet. A skálának vannak azonban korlátai, így például a kérdőív olyan konstruktumot mér, amely nem redukálható például az önértékelésre vagy az élet értelmességének megtapasztalására (Martos et al., 2014).

A másik, általam választott teszt a Geriátriai Depresszió Szűrő Skála (GDS). A skálát 1983-ban dolgozta ki Royal College of General Practitioners és a British Geriatrics Society. Választásom oka, hogy ezen kérdőívet kifejezetten idős korosztályra dolgozták ki, valamint, hogy nem tartalmaz szomatikus tünetekre vonatkozó tételeket, illetve kitöltése egyszerű.

A vizsgálat eredményei

A vizsgálati eredmények összegzése Excel és SPSS programmal történt. Bár, mint említettem, a tesztelés nem diagnosztikus céllal történt, az eredmények utalhatnak a depresszióval és az étellel való elégedettséggel kapcsolatos tendenciákra, így fontosak lehetnek egyéb szempontokból is, például az egyéni, személyes segítség során nem-diagnosztikus állapotfelmérésben, a motiváció felmérésében az életútinterjú feldolgozásában vagy az élet utolsó szakaszának tervezésében. Csoportszinten gondolkodva, az eredmények utalhatnak az ellátás javításának szükségességére.

A válaszadók intézmény szerinti, életkori és nemi megoszlása

A Dózsa Átmeneti Szállásról töltötték ki legtöbbször a skálákat, amely az intézmények közül a legnagyobb férőhelyszámmal rendelkezik.

1. táblázat
A válaszadók tartózkodási helye

	fő	%
Dózsa Átmeneti Szállás	96	73,8
Kőbányai Éjjeli Menedékhely	7	5,4
Szabolcs Átmeneti Szállás	27	20,8
Összesen	130	100,0

Szervezési és egyéb okok miatt a Kőbányai Éjjeli Menedékhely részlegen több kérdőív nem került lekérdezésre. Ugyanakkor ez a tény a szakmai beszámolók alapján valamennyi hasonló intézményre jellemző.¹ Továbbá ezen a részlegen olyan központi munkafolyamatok (pl.

¹ A Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (BMSZKI) intézményi beszámolója: <https://www.bmszki.hu/hu/rolunk/intezmenyi-beszamolok/2024-evi-intezmenyi-beszamolok>

központi gyógyszer támogatási rendszer) is vannak, amelyek az ottani stáb magas leterheltségével járnak.

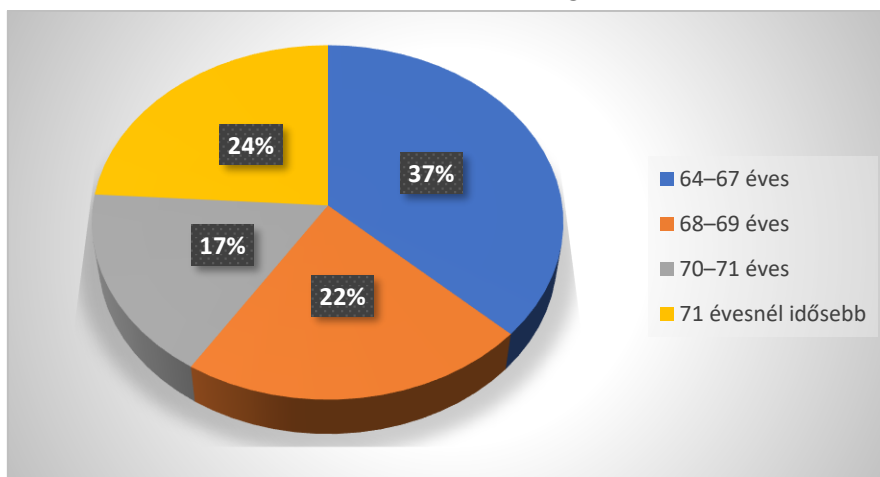
A nemi megoszlás adatai a 2. táblázatban tekinthetők meg. Fontos megjegyezni, hogy hajléktalan populáció többsége férfi, a jelen vizsgálati mintában azonban a két csoport számbeli különbsége nem olyan drasztikus. A tipikusan nagyobb különbség gyakran látszik az intézmények kialakított működésén is, melyek kevésbé élhetőek a nők számára, a szolgáltatások inkább férfiakra kialakítottak.

2. táblázat
A válaszadók nemi megoszlása

	fő	%
Férfi	72	55,4
Nő	58	44,6
Összesen	130	100,0

A válaszadók korcsoport szerinti megoszlása az 1. ábrán látható. Az átlagéletkor 69,9 év, a legfiatalabb válaszadó 65, a legidősebb 82 éves. A Dózsa Átmeneti Szálláson élők 25%-a 65–74 éves kor között van, 3%-a pedig 75 éves vagy a feletti. A Szabolcs Átmeneti Szálláson élők 58%-a 65–74 év közötti és 3%-a 75 éves vagy a feletti. A Kőbányai Éjjeli Menedékhelyen a 65–74 év közöttiek aránya 5%, a 74 évesek vagy a felettek aránya 4% (Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, 2024).

1. ábra
A válaszadók életkor megoszlása

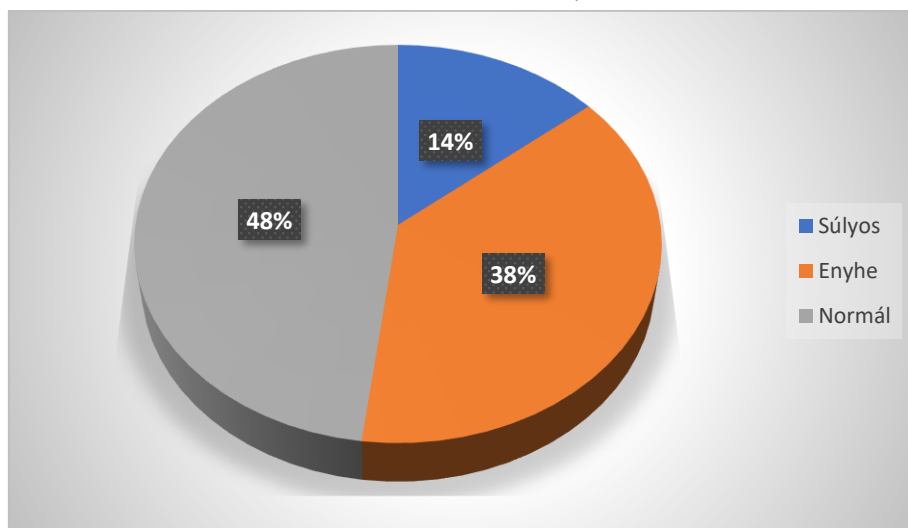


Depresszióra utaló eredmények

A második ábrán láthatóak a GDS-skála nem diagnosztikus értelemben vett eredményei: a pontszámok alapján (0–10 pont: normál, 11–20 pont: enyhe, 21–30: súlyos) a válaszadók 14%-a súlyos, 38%-a enyhe depresszióban szenvedhet, míg 48%-uk nem mutat depresszióra utaló jelet.

2. ábra

A GDS-skála eredményei

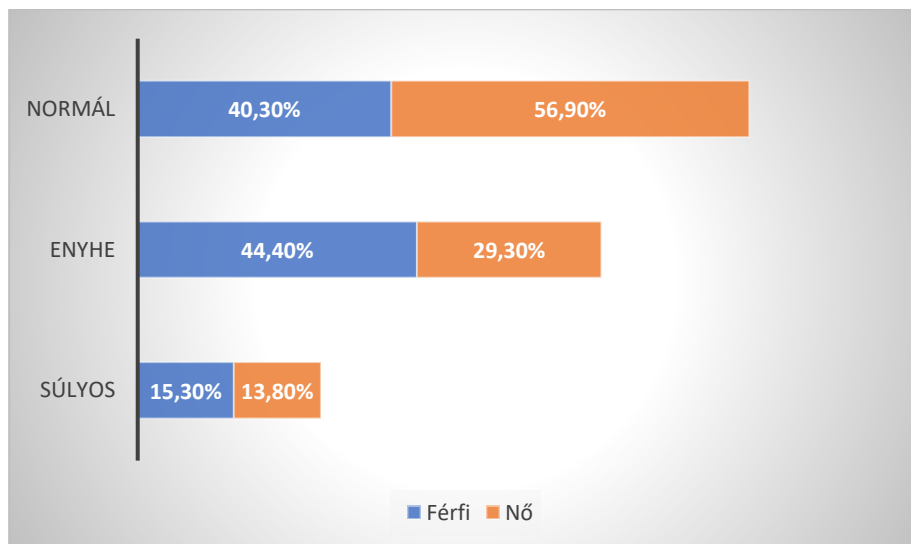


Az eredmény a segítő munka vonatkozásában figyelemfelkeltő, prevenció vagy diagnosztikai vizsgálat, illetve kezelés kezdeményezése sok esetben indokoltnak tűnik. Az eredményeket valamelyest torzíthatja, hogy elképzelhető, hogy a kutatásban való részvételre önként vállalkozó válaszadók motiváltabb személyek közül kerültek ki, akik esetleg kevésbé küzdenek a depresszió tüneteivel.

A GDS-eredmények nemi megoszlása a 3. ábrán látható: a válaszadók között a férfiak magasabb arányban lehetnek érintettek depresszióban, mint a női válaszadók.

3. ábra

GDS-eredmények nemi megoszlása



Ennek megfelelően, a normál tartományba tartozók nagyobb arányban nők. További vizsgálatok tárgyává tehetők e nemi különbségek okai, melyek a szolgáltatások, célcsoportok (pl. prevenció, női, férfi intézmények működtetése) kapcsán relevánsak lehetnek. A lehetséges társadalmi és egyéb okok között felvetődhet, hogy jelentős probléma a fokozott alkoholfogyasztás, amit a terepen dolgozva tapasztalunk.

A GDS-skála eredményeit korcsoportok szerint megtekinteni ezen írásban kiemelten fontos lehet. A gerontológia területén több esetben foglalkozunk a mentális jólléttel, a depresszió kialakulásának veszélyeivel, ami magasabb életkorban nagyobb kockázatot jelent. A 3. táblázat adataiból is látható, hogy – bár nem minden esetben, de az átlagpopulációhoz hasonlóan – a kor előrehaladtával nő a depresszió kialakulásának a veszélye. A 71 évesnél idősebb válaszadók 22,6%-a a súlyos depresszió kapcsán érintett lehet. Ugyanakkor a 65–67 éves korosztály eredménye is figyelemre méltó, hiszen az idősödés kapcsán már ekkor elindulhat az öregedéssel való szembesülés, esetleges időskori krízis.

3. táblázat
GDS-eredmények életkori megeloszlás szerint

Geriátriai Depresszió Szűrő Skála				
		Normál állapot	Enyhe depresszió	Súlyos depresszió
Korcsoport	65–67 éves	50,0%	37,5%	12,5%
	68–69 éves	48,3%	44,8%	6,9%
	70–71 éves	40,9%	40,9%	18,2%
	72 éves és idősebb	48,4%	29,0%	22,6%

Az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS-H) eredményei

Az SWLS-H-skála esetében az értékelés öt, az élettel való elégedettségre vonatkozó állításra adott pontszám (1-1 tételre maximum 7 pont adható) összeadásán alapul, ahol az eredmény értékelésének módja: 31–35 = rendkívül elégedett; 26–30 = elégedett; 21–25 = enyhén elégedett; 20 = semleges; 15–19 = enyhén elégedetlen; 10–14 = elégedetlen; 5–9 = rendkívül elégedetlen.

A mintában 127 válaszadó adott értékelhető választ (hárman nem töltötték ki ezt a skálát. Az összes válaszadó pontszámának átlaga 16,6, azaz enyhén elégedetlen. Összevetésképpen, Martos és munkatársai (2014, pp. 293–294) nyolc adatfelvételt végeztek magyar mintákon, általában egyetemi (főleg pszichológia szakos) hallgatókkal, melynek során a legmagasabb mért átlagpontszám 25,33 (elégedett), a legalacsonyabb pedig 22,68 (enyhén elégedett) volt. Látható, hogy a jelen kutatásban mért átlagpontszám ennél jóval alacsonyabb.

A nemi összehasonlítást tekintve, a férfiak átlagpontszáma 15,95, a nők pedig 17,5, ezzel mindkét csoport az enyhén elégedetlen tartományba esik.

Egy másik összevetésben az eredmények azt mutatják (4. táblázat), hogy a kor előrehaladtával az élettel való elégedettség átlagpontszáma nem változik lényegesen, a mediánban ugyanakkor kisebb hullámozás mutatkozik.

4. táblázat

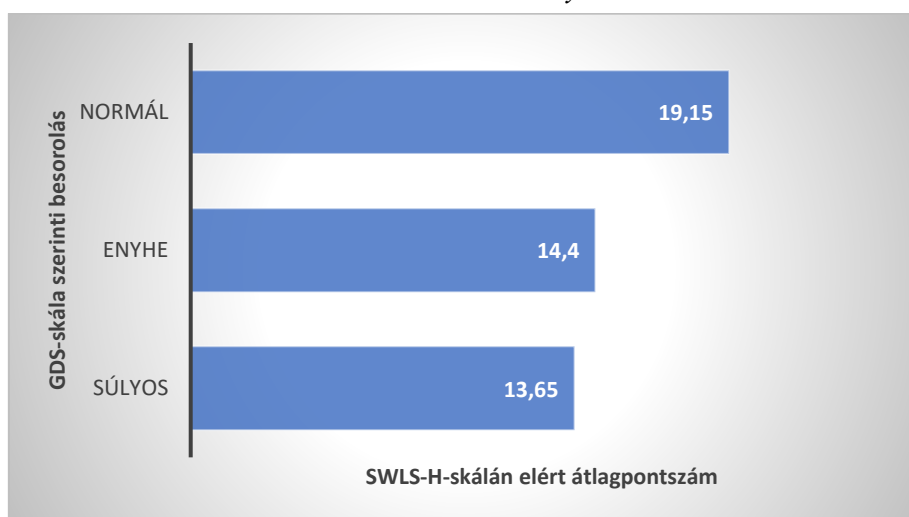
Az Élettel való Elégedettség Skálán elért pontszámok korcsoportok szerinti megoszlása

Korcsoportok	N	Átlag	Medián	Szórás
65–67 éves	46	16,45	16,25	1,517
68–69 éves	29	16,70	17,00	1,301
70–71 éves	21	16,75	15,00	1,652
72 éves és idősebb	31	16,6	17,00	1,434
Összesen	127	16,6	3,30	1,456

Az is célja volt a vizsgálatnak, hogy a GDS- és SWLS-H-skálák eredményei összevethetővé váljanak. Ezt láthatjuk a 4. ábrán.

4. ábra

A GDS- és SWLS-H-skálák eredményeinek összevetése



Az eredmények szerint összefüggés látható a két skála eredményei között: minél súlyosabb a depressziós állapot, az élettel való elégedettség annál alacsonyabb lesz. A két skála közötti összefüggés más kutatásokban is megjelenik (Sagy et al., 2016). A normál tartományba eső csoport és az enyhe/súlyos depressziós tartományba eső csoportok közötti különbség jóval markánsabb az élettel való elégedettség tekintetében, mint a két depressziós tartomány közötti különbség. A GDS-skálán normál tartományba esők enyhén elégedetlenek (csaknem semlegesek), az enyhe és súlyos depressziós tartományba esők pedig elégedetlenek, bár az enyhe depresszióval jelzett csoport csaknem eléri az enyhén elégedetlen pontszámot.

Konklúzió és fejlesztési javaslatok

Egy nehezen reagáló társadalmi-politikai közegben, ahol az idősödés gyakran csak egyfajta beszédtema a politikai színtéren és kevésbé az érdemi megoldások terepe, nem könnyű arról

gondolkodni, hogy a leszakadt, leszakadó rétegek öregedésének problémáit hogyan kezeljük. Míg napjainkban csak tervezés alatt van a Nemzeti Demencia Program / Stratégia, addig tapasztalható, szakmai és magánéleti megélések alapján is, hogy az idősothtonok és a családok érintettsége egyre inkább nő. Míg a családokban történő idősgondozás kihívást jelent a „szendvicsgenerációnak”, addig az otthontalan, gyakran kapcsolati szegénységben élők esetében ez az opció nem adott.

A hajléktalan embereket a veszteségélmények halmozott megélése jellemezheti, emiatt fokozottabb kockázatnak vannak kitéve akár a depresszió veszélyét, akár az étellel való elégedetlenség érzését tekintve. Az elmúlás, a test öregedésének ténye a nem hajléktalanságban élőknek is nagy mentális kihívást jelenthet. A hajléktalan embereket ugyanakkor a folyamatos testi és mentális leépülés tekintetében több hátrány is éri. Noha az ellátásban a szakemberek jelenléte adott, mégis, a szociális és egészségügyi ágazati túlterheltség, valamint az egészségügyben, idősothtonokban tapasztalható, a hajléktalanokkal kapcsolatos negatív előítéletek megléte okozhat nehézséget, és esetenként emberi méltóságuk is sérülhet. Kérdés lehet például, hogy a hospice-ellátás mennyire érhető el ezen populáció számára, vagy az átlag populációban egyre elterjedtebb aktív idősödés felfogása hogyan értelmezhető ezen ellátási területen, e célcsoport esetében.

Az aktív idősödés e célcsoport esetében izgalmas kérdés lehet, amire több nemzetközi tanulmány is felhívja a figyelmet. A marginalizálódott csoportok ezen téma kapcsán való megközelítése igen sajátos is lehet. Több olyan téma is előtérbe kerülhet, mint az egészségügyi szükségletek összetettsége, az objektív anyagi feltételek, a megfelelő szolgáltatási útvonalak, valamint a rugalmasság és a remény (Cush et al., 2020). A korai kognitív károsodások megjelenése jellemző lehet erre a csoportra (Mantell et al., 2023).

Fontos, hogy tartós lakhatás a hajléktalanellátásában a jogszabályi keretek miatt nem könnyen érhető el: így például 1+1 éves jogviszony szükséges hozzá egy átmeneti szálláson. (1993. évi III. tv. 80. §). Az állandó testi szükségletek (élelem, tisztálkodás stb.) kielégítése is nagy erőfeszítést jelent. Mindez befolyásolhatja az étellel való elégedettségüket, valamint a depresszió kialakulásának lehetőségét is.

Ugyanakkor jó preventív és intervenciós gyakorlatok is ismertek: például a szociális farmgazdaság már több országban (Norvégia, Nagy-Britannia, Hollandia) egyfajta bevált foglalkoztatási forma. Magyarországon is vannak már efféle kezdeményezések. Számos egészségügyi, mentális és gazdasági téren jelentkező jótékony hatása van ezen lehetőségnek, mely az életmódban, az életszínvonalban is meghatározó lehet (Horváth & Ládonyi, 2022).

Több probléma orvoslása könnyebb lenne, ha a prevencióra fordítanánk nagyobb hangsúlyt. Az idősödésre való felkészülés egy életen át tartó folyamat, ám a hajléktalan életmód ellehetetleníti a hosszú távú tervezést. Az idősödés és a hajléktalanlét összeadódó teherként halmozott kihívást jelenthet megannyi más, a célcsoportra jellemző nehézség mellett.

Kiszolgáltatott élethelyzetük és életkori sajátosságaik miatt kiemelten veszélyeztetetté válhatnak az idősödő hajléktalan emberek. A megfelelő ellátás híján számukra támaszt nyújtó „szolgáltatások” (pl. védelmi pénz, amelyet egyfajta biztonságérzetért, védelemért fizetnek a nyugdíj vagy segély osztásánál, a bevásárlás „intézése”, a nem kívánt „kísérés” stb.) melegágyai a kriminalizálódás növekedésének.

A vizsgálati eredmények fontosak lehetnek a szolgáltatások tervezése, újratervezése szempontjából. Elmondható, hogy az idős hajléktalan válaszadók esetében jelen van a depresszió vagy kialakulásának veszélye, és az étellel való elégedetlenség jelensége is megfigyelhető, ami mindenképpen segítői válaszokat követel az egyéni, csoportos és közösségi módszerek szintjén is. Jellemző a hajléktalan emberek között a diagnosztizált mentális

problémák előfordulása, de legalább ennyire jelentős lehet a látens, nem diagnosztizált betegségek jelenléte. Ezen jellemzők, adottságok nagy kihívást jelentenek az idős hajléktalanokkal dolgozó szakembereknek is, akiket többek között a túlterheltség, a rossz fizikai környezet, a célcsoportnak nem megfelelő intézményi és szolgáltatási rendszer is akadályoz az érdemi munka elvégzésében. Az általános szociális ismeretek mellett számos speciális szaktudás megszerzése (addiktológiai, pszichiátriai betegségekkel, fogyatékkal élőkkel kapcsolatos ismeretek stb.) szükséges a terepen dolgozóknak. A kiégés megelőzésének egyik alapvető eleme lehet a megfelelő, érdemi és hasznos továbbképzési rendszer, amely a gyakorlat hozta igényekre reagál.

Az előregedő hajléktalan populáció esetében makro- és mikroszinten is válaszokat kell keresni, hogy a méltóságteljes idősödés elérése vagy az arra való törekvés megvalósulhasson. Az eredmények rámutatnak arra, hogy kompetenciahatárokat betartva foglalkoznunk kell a mentális jóllét kialakításának, megőrzésének kérdéseivel. Meglátásom szerint ez csak szakmaközi és holisztikus, interprofesszionális rendszerszemléletben valósulhat meg. A szakmaközi teamek, esetmegbeszélések és egyéb fórumok lehetőséget adhatnak minderre. Ugyanakkor a szociális, egészségügyi képzések minősége (elérhetősége, igényekre való reagálása stb.) kardinális kérdés a gyakorlatban.

Az idősödés számos szakma területtől vár személyre szabott, naprakész válaszokat, mégis gyakran felfedezhető közös mezsgye a szakmák elvei, irányai között. Az 5. táblázatban összefoglalom a szociális munkás, szociálgerontológus lehetőségeit, feladatait a hajléktalanellátásban, célzottan az idősekkel való foglalkozást érintően.

A hajléktalanellátás területén az alábbi fejlesztési célokat tartom fontosnak:

- szakmaközi, intézményközi kooperációra való törekvés (az idős populációt kiemelten figyelembe véve);
- több, minél gyorsabb, szervezeti szintű tervezés, (át)szervezés az idősödő hajléktalan populáció szempontjai szerint, elhelyezési lehetőségek elérése (pl. kapacitásbővítés: idősök otthonai, hajléktalanok otthonai stb.);
- a nagy „mamutszállók” megszüntetése, személyesebb, egyénre szabott, alacsonyabb férőhelyszámú intézmények létrehozása;
- pszichológusok, pszichiáterek, és más, a mentális jólléttel is foglalkozó szakemberek számának növelése (egyéni, csoportos terápiák elérhetőségének növelése) – akár művészetterápia;
- a kórházi ellátások (pl. pszichiátriai gondozók stb.) minél elérhetőbbé tétele a hajléktalan kliensek részére;
- intézmények akadálymentesítése, a célcsoport szükségleteinek megfelelő kialakítása;
- időseket érintő bűncselekmények megelőzésére és kezelésére való kiemelt törekvés, áldozatsegítés.

Módszertani szempontból:

- egyénre fókuszálás a „tömegellátás” helyett;
- gerontológiai ismeretek fejlesztése a szakemberek körében továbbképzések formájában (pl. intézménylátogatások, szakmai műhelyek, közös platformok szakterülettől függetlenül, más szakmák bevonásával);
- a felsőoktatási képzésekben nagyobb hangsúlyt kapjon az idősödés, gerontológia;
- a jó gyakorlatok megosztása intézményi formától, fenntartótól (stb.) függetlenül;

- a prevenció, a megoldási lehetőségek felkutatása a klienskör bevonásával közösen (pl. tematikus csoportok stb.);
- a depresszió és étellel való elégedettség kapcsán csoportok, közösségi rendezvények szervezése (kiemelten prevenciók szempont szerint);
- hozzátartozói edukáció elérése és e szempont átgondolása rendszerszinten is;
- mérőeszközök kidolgozása/használatuk elsajátítása a kompetenciahatárokat betartva (pl. tesztek, skálák alkalmazása szűrési, de nem diagnosztikai célokkal);
- időskori foglalkoztatás – akár intézményen belüli – lehetőségeinek átgondolása;
- időskorúak közösségi programjainak fejlesztése, kiterjesztése.

Egyéni segítői szempontból:

- az egyéni megélés és önismeret fejlesztése az öregedés kapcsán;
- folyamatos önreflexió;
- szeretet, elfogadás és odafordulás növelése az idősödő korosztály felé;
- a fentiekre való nyitottság fejlesztése;
- rendszerszemléletű segítségre való törekvés.

Speciális szempontok a segítőik segítségére:

- speciális, kiegészítő programok;
- érzelemfókuszú, önismereti továbbképzések, tréningek.

5. táblázat

Segítői fókuszok, lehetőségek

	Fókusz	Lehetséges módszerek, irányok
Lakhatás	Megfelelő, méltányos, méltóságteljes lakhatási forma elérése. Intézményi lakhatásra felkészítés, lehetőleg az autonómia megőrzésével.	Egyéni esetkezelés (esetfüggő, de többnyire: nyugdíjasház, gondozóotthon, hajléktalanok otthona, idősek otthonai stb.). Utógondozás, közös és/vagy mátrixgondozás, közös felkészítés lehetősége az idősek otthonaival. (Stigmatizáció megelőzése, megszüntetése.) Lakhatási felkészítés akár csoportos formában. (Pl. tájékoztatók, foglalkozások, közös intézménylátogatások, korábbi lakók mint tapasztalati szakértők visszahívása stb.)
Mentális támasz	Az idősödéssel kapcsolatos krízisek, dilemmák, megélések fókuszált segítsége, támasznyújtás. A nincstelenséggel és a csorbult autonómiával való megküzdés segítése. Az élet értékelése, az	Egyéni- és csoportos formában és közösségi foglalkozásokkal. Szolgáltatások, más szakemberek bevonása (pl. egészségügyi személyzet, pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénikus,

	élet utolsó szakaszának kísérése. Az aktív idősödés elősegítése.	szociálgerontológus, lelkipáter stb.).
Élet(végi) tervezés	Anyagi szempontok, lehetőségek, kilátások átbeszélése, jövőtervezés, az életúton történő elakadások átdolgozása az egyéni igények és lehetőségek szerint. A hajléktalan életút során átélt, megélt veszteségek átértékelése, a méltóság megtalálása. Rávilágítás arra a megannyi élettapasztalatra, amit a hajléktalanlét ad(hat)ott.	Egyéni és akár csoportos formában is, több szakmaterület bevonásával (pl. életút csoport, veszteségfeldolgozó csoport, hospice-ellátás szükség esetén.) Kiemelten fontos, hogy a segítségnyújtás kliensközpontú legyen, egyéni igényekre reagáljon. Fontos a módszerek kiválasztása is (életértékek áttekintése, a múltban gyökerező, mára megkopott erőforrások, képességek áttekintése, végrendelkezés, a temetésről való beszélgetés, halálról való gondolkodás).
Állapotfelmérés és követés, szolgáltatástervezés	Állapotfelmérő tesztek beépítése a felvételi eljárásba, önellátási képesség fokozott vizsgálata, heteroanamnézis előtérbe helyezése. Fokozott állapotfigyelés, esetleges romlás esetén az elhelyezés (újra)tervezése, lakhatási tervek átdolgozása, más szükséges szolgáltatások bevonása.	Folyamatos állapotfigyelés, felmérés tesztekkel, és más eszközökkel, a kompetenciahatárok betartásával (pl. Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat, Mini Mentál Teszt stb. más szakmaterületek és a közvetlen környezet bevonásával. Szolgáltatásokba bevonás, elhelyezések kapcsán például állapotromlás miatti sürgős kérelem a tartós bentlakást nyújtó intézmények felé, esetleges hospice bevonás stb.

Irodalom

- Bakos P. (2007): „Összetett problémák, összetett megoldások: A hajléktalan emberek integrációja a foglalkoztatás által Magyarországon”. FEANTSA.
https://www.feantsa.org/download/hungary_empl_report_2007_hu621640998734557215.pdf
- Brown, R. T., Hemati, K., Riley, E. D., Lee, C. T., Ponath, C., Tieu, L., ... Kushel, M. B. (2017). Geriatric conditions in a population-based sample of older homeless adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757–766. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/57/4/757/2631974>
- Cush, P., Walsh, K., Carroll, B., O'Donovan, D., Keogh, S., Scharf, T., ... O'Shea, E. (2020). Positive health among older Traveller and older homeless adults: A scoping review of life-course and structural determinants. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 1961–1978. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.13060>

- Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei. (2024). 2024. évi intézményi beszámoló. <https://www.bmszki.hu/hu/rolunk/intezmenyi-beszamolok/2024-evi-intezmenyi-beszamolok>
- Fábián, G. (2015). *Interprofesszionális együttműködési lehetőségek a szociális ellátásban. Interprofesszionális Demencia Alprogram.* https://demencia.hu/storage/fabian_gergely-hQH3m.pdf
- Február Harmadika Munkacsoport. (2021). *Világjárvány veszélyében lakástalanul: Jelentés a hajléktalan emberek 2021. február 3-i országos kérdőíves adatfelvételéről.* Menhely Alapítvány. https://drive.google.com/file/d/13FhRO_2-CaMdX6_oKHBENGt2VOSuMBxu/view
- Február Harmadika Munkacsoport. (2023). *Kiszorítottak magukra hagyva: Hajléktalanhelyzet 2022/2023 fordulóján. Jelentés a hajléktalan emberek 2023. február 3-i országos kérdőíves adatfelvételéről.* Menhely Alapítvány. <https://drive.google.com/file/d/1bO-FwihkZc6ZA6B0CJ4XJF1nqEUtS998/view>
- Gyuris, T. (2021). Kényszerű hajléktalanság. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 11(4), 196–218. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.4.196>
- Horváth, I., & Ládonyi, Zs. (2022). A szociális farmok lehetőségei az idősellátásban. *Embertárs*, 20(4), 291–306.
- Mantell, R., Hwang, Y. I. J., Radford, K., Perkovic, S., Cullen, P., & Withall, A. (2023). Accelerated aging in people experiencing homelessness: A rapid review of frailty prevalence and determinants. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1086215>
- Martos, T., Sallay, V., Judit, D., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 15(3), 289–303. <http://real.mtak.hu/50733/1/mental.15.2014.3.9.pdf>
- Osváth, P. (2013): Az időskori depresszió és agitáció korszerű kezelése – a trazodon alkalmazásának lehetőségei. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(3), 147–155. <https://mppt.hu/magazin/pdf/xv-evfolyam-3-szam/osvath.pdf>
- Rákosy, Z., & Szeitl, B. (2018). A hajléktalan emberek egészsége. *Demográfia*, 61(1), 29–52. https://epa.oszk.hu/05300/05334/00180/pdf/EPA05334_demografia_2018_1_029-052.pdf
- Rihmer, Z., Kurimay, T., Szekeres, Gy., Gáti, B., & Mór, Z. (2021). A major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági problémák és lehetséges kezelésük: Közpolitikai összegző tanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 36(Különszám 1), 1–90. https://mptpszichiatra.hu/upload/pszichiatra/document/ph-major_depresszio_kulonszam-honlap_20210618.pdf
- Sagy, R., Amitai, M., Weizman, A., & Aizenberg, D. (2016). Levels of depression and satisfaction with life as indicators of health services consumption. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(4), 245–248. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1223855>
- Sermons, M. W., & Henry, M. (2010). *Demographics of homelessness series: The rising elderly population.* National Alliance to End Homelessness. <https://monarchhousing.org/wp-content/uploads/2010/04/AgingReport.pdf>
- Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P., & Hollenberg, J. (2000). Quality of life of homeless persons with mental illness: Results from the course-of-homelessness study. *Psychiatric Services*, 51(9), 1135–1141. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ps.51.9.1135>
- Szekeres, T., & Hargitai, R. (2021). A 15 tételes Rövid Geriátriai Depresszió Skála hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok normatív mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 22(3), 281–309. <http://www.doi.org/10.1556/0406.22.2021.008>
- Széman, Zs. (2008). Ki az idős? – Az öregedés különböző szempontjai. *Esély*, 20(3), 3–15. https://www.esely.org/kiadvanyok/2008_3/SZEMAN.pdf

Köszönetnyilvánítás

„Az igazi csapatmunka olyan, mint egy nagyszerű zenemű. Szólhat az összes hangszer egyszerre, mégsem versenyeznek egymással. Egyenként különféleképpen hangzanak, különféle dallamokat szólaltatnak meg, különböző időben tartanak szünetet, mégis egy egészként hoznak létre csodálatos hangzást – szinergiát.” (Sean Covey)

Sean Covey sorai arra emlékeztetnek, hogy ahogyan a kutató vagy a megfigyelő létezik, létezik vele együtt a gyakorló szakember, az ellátottak maguk, és mindazok, akik közvetetten vagy közvetlenül, de részt vesznek egy munkában a közös cél érdekében.

Elsősorban köszönöm Dr. Ládonyi Zsuzsannának, hogy segítette munkámat meglátásaival, javaslataival. Köszönöm Dr. Fehér Borókanak a megfelelő szakirodalmi háttér felkutatásban nyújtott segítségét. Hálás vagyok, hogy a BMSZKI felső vezetése és Módszertani Irodája lehetővé tette, hogy vizsgálódhassak az intézmény falain belül. Pataki Zoltán kollégámnak köszönöm, hogy segített eligazodni az SPPS világában.

Kiemelt köszönet illeti a három intézmény munkatársait, akik mindennapi munkájukon felül segítették a vizsgálat elvégzését.