

# DROGFOGYASZTÁS ÉS HAJLÉKTALANSÁG

Paksi Borbála, Gurály Zoltán, Arnold Petra,  
Schmidt Andrea, Breitner Péter

**Célkitűzés:** Az elmúlt években az EMCDDA a választható kiemelt témái között a „Hajléktalanok és drogfogyasztás” is szerepelt. Kutatásunk célja a fővárosi hajléktalan populáció drogerintettségének becslése, a populációban jellemző fogyasztási szokások leírása.

**Módszer:** A vizsgálati bázis összeállítása során a drogfogyasztással kapcsolatos kérdések esetében az EMCDDA (2002) ajánlásait (EMQ), valamint a hazai normál populáció (ESPAD, ADE), illetve más speciális populációkon készült drogepidemiológiai vizsgálatokkal való összehasonlíthatóságot tartottuk szem előtt. A háttér-változókat a hajléktalan népszámlás céljára kidolgozott F3 kérdőív tartalmazta. Az F3 kérdőív felvétele kérdezőbiztosok (szociális munkások) közreműködésével, „face to face” módszerrel, a drog- illetve alkoholfogyasztással – kapcsolatos kérdéseket tartalmazó kérdőív pedig önkitöltős módszerrel, 2007. február 3-án történt.

A bemutatásra kerülő kutatás adatfelvétele az ellátórendszerben (átmeneti szállásokon, és éjjeli menedékhelyeken) megjelenő hajléktalan populáció 25%-os reprezentatív mintáján készült (bruttó minta 757 fő, adattisztítások utáni nettó minta 583 fő).

**Eredmények/következtetések:** Az ellátórendszerben megjelenő hajléktalan populáció drogerintettsége az általános populációhoz hasonló, más speciális populációkhoz képest kedvezőbb. Ugyanakkor a hajléktalan népesség droghasználatának kedvezőtlen sajátossága, a tiltott drogok fogyasztási piramisának nagyfokú meredeksége, a folyamatos használat magas aránya.

**Kulcsszavak:** speciális populációk droghasználata, hajléktalanok droghasználata, prevalencia-értékek, folyamatos fogyasztási ráta, drogfogyasztási piramis,

**Objectives:** “Homeless and drug use” was one of EMCDDA’s selected issues in the past years. The main aim of our research was to estimate the drug use and describe the patterns of drug use of the homeless population in the capital.

**Methodology:** During the construction of the survey recommendations of EMCDDA (EMQ) and comparability with Hungarian general population surveys and surveys among specific groups were taken into consideration. Background variables were included in the F3 questionnaire used for the census of the homeless population. In case of the F3 questionnaire, face to face technique was applied with interviewers (social workers) while drug and alcohol related questions were included in the self-reporting questionnaire. Data collection took place on 3 February.

The data collection of the presented research took place on a 25% representative sample of the homeless population appearing within the care system (at temporary places of accommodation or night shelters) (gross sample: 757 people, net sample: 583 people).

**Results/Conclusions:** The drug use of homeless people provided with care is similar to the extent of drug use of the general population and lower than the drug use of other specific groups. An unfavourable characteristic of the drug use of homeless people is that the slope of the pyramid of illicit drug use (prevalence of drug use among those ever used cannabis) is very steep and the continuation rate is high.

**Keywords:** drug use among specific groups, drug use of homeless, prevalence, continuation rate, drug use pyramid

## Bevezetés – előzmények

### *Speciális populációk drogérintettsége*

Az általános népesség körében ma már rendszeresen készülnek hazánkban is a nemzetközi standardokat (Hibell és mtsai 1997, 2000, 2004, EMCDDA 1997, 1999, 2002) kielégítő drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes és Paksi 1996, 2000, 2003a, 2003b, Elekes 2008, Aszmann 2003, Kovacsics – Németh – Nyírády 2007, Németh 2007, Paksi 2001, 2003, Paksi – Arnold 2007). Ezek a vizsgálatok azonban többnyire a társadalom átlag felé húzó szegmenséről adnak megbízható információkat. Az átlagostól eltérő és/vagy szélső helyzetű – az általános populációban készült vizsgálatok által többnyire alacsony hatékonysággal elért – társadalmi csoportok droghasználatáról azonban csak keveset tudunk (Paksi 2007a). Az utóbbi években a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) is elvárásokat fogalmazott meg az egyes specifikus csoportok (börtönviseltek, prostituáltak, állami gondozottak, hajléktalanok stb.) drogfogyasztási szokásairól, jellemzőiről történő adatgyűjtés tekintetében. A drogfogyasztás társadalmi mintázatával kapcsolatos – pl. a szélső társadalmi elhelyezkedésű, a társadalmi integrációból kiesett stb. társadalmi csoportok fokozott veszélyeztettségéről tudósító – hazai kutatási eredmények (pl. Elekes 2006, Paksi 2007b) is jelzik a célzott vizsgálatok szükségességét ezekben a speciális populációkban.

Magyarországon az utóbbi tíz évben a speciális populációk közül a zenés táncos szórakozóhelyek (Demetrovics 1998, 2001, Demetrovics és mtsai 2008), valamint a „Sziget rendezvények” (Paksi 2000, 2005a) látogatói körében, a fogvatartott populációban (Elekes – Paksi 1997, 2004, Paksi 2005b), továbbá az állami gondoskodás alatt álló (Elekes – Paksi 2005), illetve roma fiatalok (Ritter 2005) körében készültek drogepidemiológiai vizsgálatok. E kutatások során olyan populációkat sikerült azonosítani, melyek drogérintettsége – mint azt az alábbi táblázatban láthatjuk – meghaladja a drogkipróbálás általános népességben jellemző arányait.

1. táblázat. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia-értékei különböző speciális populációkban, illetve az általános népességben készült hazai vizsgálatokban

Populáció megnevezése (forrásjelölés)	Adatfelvétel ideje	Területi lefedettség	Drogfogyasztás életprevalencia értéke
Zenés táncos szórakozóhelyek látogatói (Demetrovics 1998)	1997	Budapest	68,6
Zenés táncos szórakozóhelyek látogatói (Demetrovics 2001)	1999	országos Budapest	52,6 72,5
Parti látogatók (Demetrovics és mtsai 2008)	2003	Budapest	89,5
Gyermekotthonban élő fiatalok (Elekes – Paksi 2004)	2004	országos	32,7
Szigetlátogatók (Paksi 2000)	2000	-	52,7
Szigetlátogatók (Paksi 2005a)	2005	-	55,4
Egyetemisták (Füzesi 2003)	2003	Pécs	35,0
Szabadságvesztés büntetésüket töltők (Elekes – Paksi 2004)	2004	országos	31,5
Általános népesség: 18-53 éves lakosság (Paksi 2007a)	2003	országos	11,1
Általános népesség: 18-34 éves fiatal felnőtt lakosság (Paksi 2007a)	2003	országos Budapest	19,2 39,4
Általános népesség: 9-10. évfolyamos középiskolások (Elekes – Paksi 2003a)	2003	országos	23,2

Az elmúlt években EMCDDA a választható kiemelt témái között a „Hajléktalanok és drogfogyasztás” is szerepelt, amely magában foglalja egyrészt a hajléktalan populáció drogérintettségének feltárását, másrészt annak vizsgálatát, hogy a drogfogyasztókra mennyire jellemző a hajléktalanság.

#### *Hajléktalanok drogérintettségére vonatkozó kutatások Európában<sup>1</sup>*

A hajléktalan populáció drogérintettségének, a különböző fogyasztó magatartások prevalenciájának becslése nem könnyű feladat. A mért eredmények kiterjeszhetőségét lehetővé tevő, a reprezentativitást biztosító, vagy ahhoz legalább közelítő mintavétel megvalósítása – ami bármely populációban bármilyen magatartás előfordulás-becslésének feltétele – a kutatás egyik alapkérdése. Azonban a

<sup>1</sup> 2000-től 2006-ig az összes, az EMCDDA a REITOX hálózaton keresztül elérhető európai ország éves drogjelentését átnéztük, hogy képet kapjunk hajléktalanok drogérintettségét vizsgáló kutatásokról. (Korábbi időszakban országos drogjelentések nem készültek, az EMCDDA felé 2000-ben történt először adatszolgáltatás.)

hajléktalanság fogalmi meghatározásának, illetve a különböző hajléktalan definíciók gyakorlati alkalmazásának nehézségei,<sup>2</sup> valamint a hajléktalan életmód rejtőzködő természete, a célpopuláció nem identifikálható volta miatt a hajléktalanok körében problémát jelent a szokásos véletlen mintavételi technikák alkalmazása. A mintavételi nehézségek okán országos szintű, illetve a teljes hajléktalan populáció drogfogyasztási szokásait feltáró vizsgálat mindezidáig egyetlen országban sem valósult meg. Csupán olyan kutatások készültek, amelyek egy-egy, vagy néhány városban fellelhető hajléktalan populáció drogfogyasztási szokásait vizsgálták, illetve nem a teljes hajléktalan népességre, hanem a hajléktalan populáció bizonyos szegmensére – mint pl. a közterületen élő, vagy a fiatalokú hajléktalanokra – terjedtek ki. De nem csak a vizsgált populációk tekintetében mutatkozik nagy heterogenitás az eddigi, a hajléktalanok drogérintettségét vizsgáló kutatásokban. Az alkalmazott mintavételi eljárásokat, valamint kérdezési technikákat illetően is eltérő megoldásokat tapasztalhatunk.

Az eltérő fogalomhasználat<sup>3</sup> valamint az alkalmazott módszertan különbözőségei miatt<sup>4</sup> jelenleg az egyes országokban, illetve különböző időpontokban végzett kutatások eredményeinek összehasonlítása nem valósítható meg, s tendenciákat sem tudunk felvázolni. Csupán az egyes kutatások főbb eredményeit tudjuk bemutatni, betekintést adva arról, hogy nemzetközi viszonylatban – bár nem leképezve a teljes hajléktalan populációt – milyen a hajléktalanok drogérintettsége. Az alábbiakban néhány jelentősebb kutatás drogfogyasztással kapcsolatos megállapításait mutatjuk be.

<sup>2</sup> Az Európai Hajléktalanellátók Egyesülete (FEANTSA) 2005-ben kidolgozott ugyan egy egységes „hajléktalan” definíciós struktúrát, az ún. ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion) tipológiát (Bill – Henk 2006), amely a hajléktalanság különböző megjelenési formái, illetve az egyes hajléktalan élethelyzetek szerint négy kategóriába sorolja a hajléktalanokat: fedél nélküliek (közterületen, éjjeli menedékhelyen élő), lakástalanok (hajléktalan szállón, átmeneti szállón élő), bizonytalan/veszélyeztetett (nincs bérleti jogviszony, kilakoltatási végzés, bántalmazás), illetve elégtelen (ideiglenes építmény, alkalmatlan lakás) lakhatási körülmények között élők. Azonban a hajléktalan populáció különböző szegmensei közötti mozgás, a populáció térbeli és időbeli változékonysága okán a fenti definíció gyakorlati alkalmazása nem egyszerű feladat. (Lásd pl. Bényei és mtsai 2000; vagy Dávid – Snajdes 2000).

<sup>3</sup> Az áttekintett kutatások során azt tapasztaltuk, hogy az egyes vizsgálatok különböző – és nem feltétlenül az ETHOS tipológia-rendszerbe behelyezhető – definíciókat alkalmaznak a vizsgált populáció meghatározása során.

<sup>4</sup> Itt meg kell jegyeznünk, hogy az általunk elérhető jelentések alapján nem minden kutatás esetében ismert az alkalmazott módszertan (mintavételi, kérdezési technika).

*Hollandia.* Egy 2000–2001-ben, *Hágában* készült kutatás (Reinking et al. 2001, idézi: Ketelaars et al. 2002) a közterületen és a hajléktalan ellátó intézményekben élő hajléktalanok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. Az egyes tiltott szereket külön vizsgálva rendre magasabb élet és havi prevalencia értékek figyelhetők meg az utcán élő hajléktalanok körében, amely azt mutatja, hogy a szálló megóvó erővel bír. Mindazonáltal a hajléktalan populációban kapott prevalenciaértékeket összevetve a holland átlag populáció drogérintettségével megállapítható, hogy a normál népességhez viszonyítva hajléktalan populációban magasabb a drogfogyasztás elterjedtsége. (2. táblázat)

2. táblázat. *A hágai hajléktalan populáció drogfogyasztásának élet-, és havi prevalencia értékei (%)*

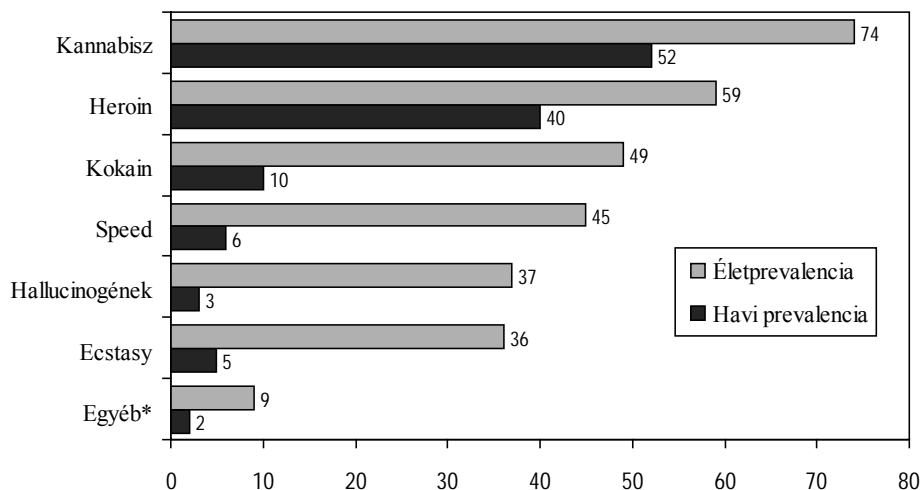
	Közterületen		Hajléktalan ellátóintézményben	
	Életprevalencia	Havi prevalencia	Életprevalencia	Havi prevalencia
<b>Heroin, metadon, kokain</b>	71,1	58,7	20,6	4,3
<b>Kannabisz</b>	54,6	35,1	32,3	12,9
<b>Egyéb*</b>	50,5	30,9	33,3	21,5

\* hallucinogén, amfetaminok, szerves oldószerek, visszaélészerű gyógyszerhasználat  
Forrás: Reinking et al. (2001) idézi: Ketelaars et al. (2002)

2002-ben egy másik kutatás *20 hollandiai város* közterületein élő hajléktalan populáció<sup>5</sup> (N=500) drogérintettségét vizsgálta (De Bruin et al. 2003, idézi: Van Laar et al. 2003). A kutatás eredményei szerint is magasabb a drogfogyasztás elterjedtsége a hajléktalanok körében, mint az általános populációban. A legelterjedtebb a kannabisz-, és a heroin-fogyasztás: a kérdezettek több mint fele fogyasztott marihuánát vagy hasist a kérdezést megelőző hónapban, 40%-a heroint, 10%-a pedig kokaint. A többi tiltott szer havi prevalencia értéke 10% alatti. A kérdezettek 62%-a drogfogyasztása miatt lett hajléktalan. (1. ábra)

<sup>5</sup> A kutatás hajléktalanoknak azon személyeket tekintette, akik anyagi, szociális, pszichés körülmények miatt nem laktak lakásban, az utcán élnek, és saját megítélésük szerint is hajléktalanok.

1. ábra. 20 holland város közterületein élő hajléktalanok drogfogyasztásának élet-, és havi prevalencia értékei (%)



\* nyugtató, ópium, meszkalin, anabolikus szerek, ketamin, poppers

Forrás: De Bruin et al. 2003, idézi: Van Laar et al. (2003)

*Egyesült Királyság.* Londonban, egy 2001-ben készült kutatás (Fountain, Howes 2001, idézi: Jeffery et al. 2002)<sup>6</sup> eredményei szerint a megkérdezett hajléktalanok 43%-a rendszeresen fogyaszt heroint, és függőnek tartja magát. A mintába került hajléktalanok 50%-a drogfogyasztás miatt lett hajléktalan, és 80%-a legalább egy új szert kezdett el használni hajléktalan léte óta. A kutatás arra is rámutat, hogy a droghasználat mértéke, az intravénás szerhasználat a hajléktalanná válás óta eltelt évek számával folyamatosan növekszik. Ez arra enged következtetni, hogy a droghasználat és a hajléktalanság egymás erősítő folyamat, de az ok-okozati viszony nem állapítható meg egyértelműen.

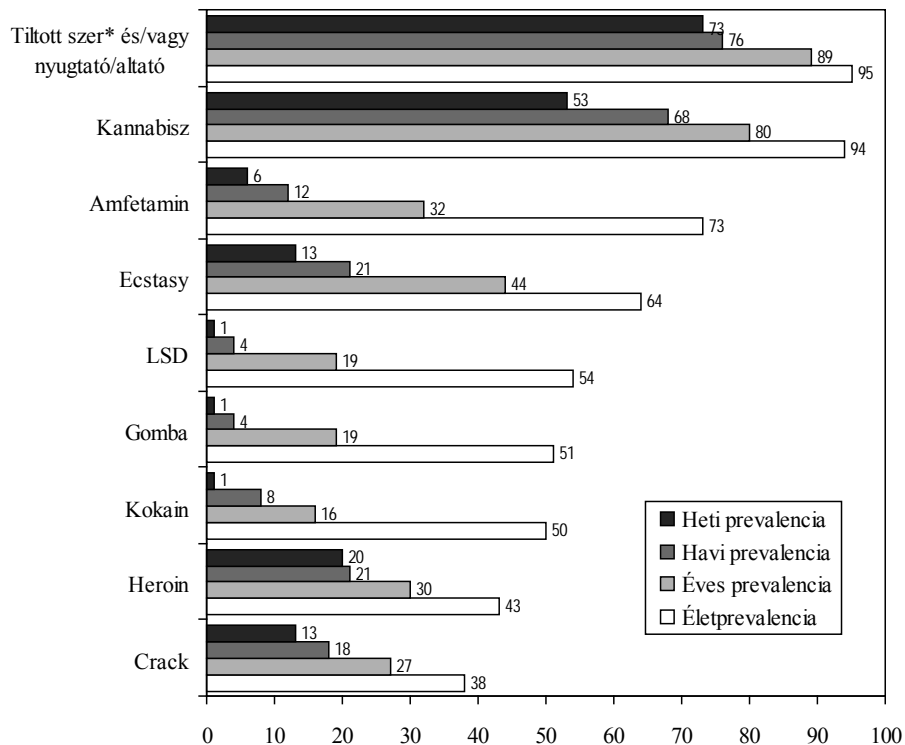
Egy 2001–2002-ben készült, *Anglia és Wales négy városára* (Birmingham, Brighton and Hove, Canterbury, Cardiff) kiterjedő kutatás (Wincup et al. 2003) célja a fiatal

<sup>6</sup> Azok a hajléktalanok kerültek a mintába, akik a kérdézt megelőző hat hónapban legalább hat alkalommal az utcán éjszakáztak.

hajléktalan populáció drogfogyasztási szokásainak feltárása volt.<sup>7</sup> Az eredmények szerint a fiatal hajléktalanok 95%-a használt már életében, 73%-a pedig a kérdezést megelőző héten is valamilyen tiltott szert és/vagy visszaélészerűen nyugtatót/altatót. A kérdezettek több mint fele fogyasztott kannabiszt a kérdezést megelőző héten, egyötödük heroint, egytizedük pedig ecstasyt. A többi szer esetében ennél alacsonyabb – 10% alatti – heti prevalencia érték figyelhető meg. A fiatal hajléktalanok 17%-a volt az adatfelvétel ideje alatt problémás drogfogyasztónak tekinthető, s további 14%-nak az életében volt olyan időszak, amikor a drogfogyasztás problémát jelentett számára. A kérdezettek mintegy egynegyedével előfordult életében, hogy alkohollal vagy valamilyen kábítószerrel túladagolta magát. A mintába kerültek 14%-a drogfogyasztás miatt lett hajléktalan. A vizsgálat eredménye szerint a hajléktalanság éppúgy hozzájárulhat a gyakoribb és/vagy egyre többféle tiltott szer együttes használatához (25%), mint ahogy a szerekről való leszokáshoz (17%). A szerzők megállapítják, hogy a hajléktalanok körében mért prevalencia értékek nem csak a fiatalok általános érintettségéhez, de az elítéltek populációhoz képest is magasnak tekinthetők. (2. ábra)

<sup>7</sup> A vizsgálat szerint fiatal hajléktalan az a 16–25 éves személy, aki egyedül, közterületen, vagy valamilyen hajléktalan ellátó intézményben (menedékhely, hajléktalan szálló stb.) él. A négy város településnagyság, a hajléktalanság és a drogérinthettség mértéke alapján került kiválasztásra, azonban nem reprezentatív az összes angol és wales-i városra. A fiatal hajléktalan populáció teljes feltérképezésével és elérésével kapcsolatos problémák, nehézségek miatt nem törekedtek arra, hogy a fiatal hajléktalan népességre reprezentatív mintát vegyenek, sokkal inkább azt tűzték ki célul, hogy a mintában szállástípus (átmeneti szálló, éjjeli menedékhely, közterület), nem, kor és etnikum szerint egyenletes legyen a megoszlás. Face to face kérdezési technikával összesen 160 interjú felvétele történt.

2. ábra. Anglia és Wales négy városában élő fiatal hajléktalan populáció drogfogyasztásának élet-, éves-, havi-, és heti prevalencia értékei (%)



\* Tiltott szer: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, heroin, hallucinogének  
 Forrás: Wincup et al., 2003

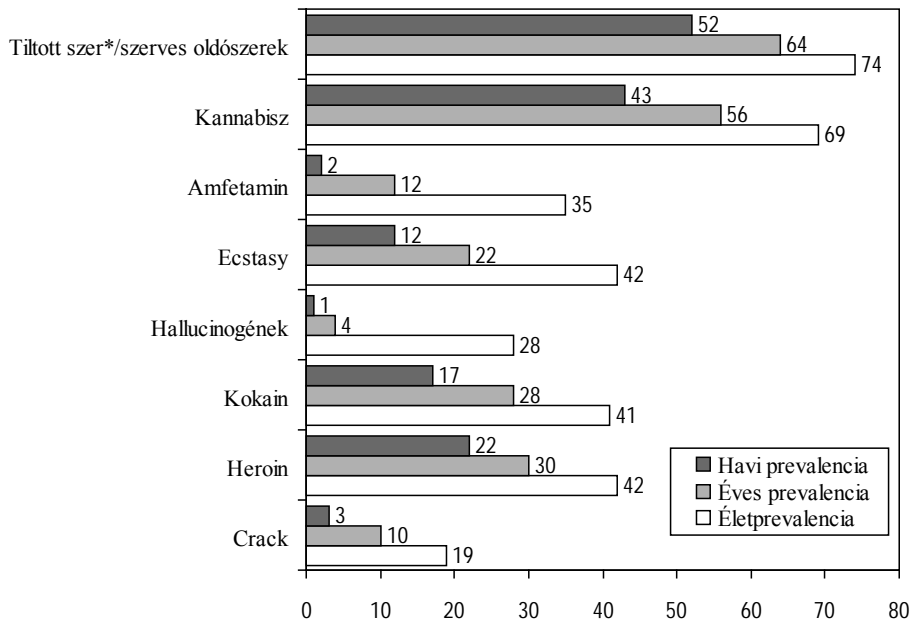
Írország. Egy 2003-ban négy ír városban (Cork, Dublin, Galway, Limerick) készült kutatás (Lawless, Corr, 2005) a rejtett és a látható – kivéve a közterületen élő – hajléktalanok drogérintettségét vizsgálta<sup>8</sup>. A megkérdezettek 74%-a életében valaha használt tiltott szert és/vagy szerves oldószert, 64%-a a kérdezést megelőző évben, 52%-a pedig a megelőző hónapban is. A hajléktalanok körében legelterjedtebb a kannabisz-használat, 69%-os életprevalencia értékkel, amelyet a heroin (42%) követ, majd az ecstasy (42%), a kokain (41%), az amfetamin (35%), a hallucinogének (28%), a crack (19%) és a szerves oldószerek (16%). A mintába került hajléktalanok

<sup>8</sup> A vizsgálat nem, kor és szállástípus szerinti kvótás mintavétellel (N=355) történt. Az adatfelvétel félig strukturált kérdőívvel zajlott, melyben a drogfogyasztással kapcsolatos kérdéseknél az Európai Modell Kérdőív (EMQ) (EMCDDA, 2002) kérdéseit alkalmazták.



43%-a fogyasztott kannabiszt a kérdezést megelőző hónapban, 22%-a heroint, 17%-a kokaint, 12%-a ecstasyt. A többi tiltott szer havi prevalencia értéke 4% alatti. A kérdezettek 36%-a problémás droghasználónak tekinthető. A kutatás eredményeit összevetve a börtönviseltek, illetve az átlag populáció körében készült vizsgálatokkal, megállapítható, hogy a hajléktalanok és börtönviseltek hasonló drogfogyasztási szokásokkal jellemezhetők, míg a normál népességhez képest ezen speciális populációknak nagyobb a drogérintettsége. (3. ábra)

3. ábra. Négy ír városában élő hajléktalan populáció drogfogyasztásának élet-, éves-, havi prevalencia értékei (%)



\* kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, heroin, hallucinogének  
 Forrás: Lawless, Corr (2005)

### Hajléktalanság a drogfogyasztók körében Magyarországon

Mint említettük, a hajléktalanság és drogfogyasztás kapcsolatának vizsgálata magában foglalja egyrészt a hajléktalan populáció drogérintettségének feltárását, másrészt annak vizsgálatát, hogy a drogfogyasztókra mennyire jellemző a hajléktalanság. Jelen tanulmányban bemutatásra kerülő kutatásunkat megelőzően a hajléktalanok drogérintettségének feltárására irányuló vizsgálat hazánkban nem

történt. Ugyanakkor az ellátásban részesülő drogfogyasztók bizonyos csoportjainak lakhatási körülményeiről vannak információink.

A kezelésben részesült drogfogyasztókról az ellátó helyek által a kötelező adat-szolgáltatás keretében kitöltött ún. TDI kérdőívben a lakhatási körülményekre vonatkozó kérdésre<sup>9</sup> adott válaszok alapján következtethetünk arra, hogy a drogfogyasztókra mennyire jellemző a hajléktalanság. A 2006-os TDI adatok szerint a kezelt drogfogyasztók mintegy 10%-a él rendezetlen szállás-körülmények között, s további 2%-uk intézményben (Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 2007).

Egy szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményekben készült kutatás (Ladányi – Forrai 2006) adatai szerint a szolgáltatását igénybevevő kábítószer-fogyasztók 7,5%-a él(t) utcán/közterületen aktuálisan illetve az ellátásba kerülést megelőzően. További 1,4%-uk lakás céljára nem alkalmas helyiségben lakik(lakott), illetve 5,4%-uk volt szívességi lakáshasználó ismerősnél/barátnál/rokonnál (lásd a 3. táblázatban). Összességében tehát látható vagy rejtett<sup>10</sup> hajléktalannak 15,3%-uk<sup>11</sup> tekinthető. Bizonyos demográfiai csoportokban azonban ez az arány jóval magasabb: így például a nappali ellátást nyújtó intézmények kábítószer-fogyasztó igénybevevői körében az utcán, közterületen élők szinte kizárólag 19–29 év közöttiek. (3. táblázat)

<sup>9</sup> A lakhatási körülmények („Jelenleg hol él?”) jellemzésére a TDI kérdőív az alábbi válaszkategóriák mentén ad lehetőséget: rendezett szállás-körülmények között él, rendezetlen szállás-körülmények él, intézményben él (börtön, klinika), illetve lakhatási körülményei nem ismertek.

<sup>10</sup> A „látható hajléktalannak” közé sorolja a szakirodalom a közterületen, hajléktalan-, illetve átmeneti szállón lakókat, s „rejtett hajléktalannak” tekinti az ismerősöknél, barátoknál lakó problémás lakáshasználókat.

<sup>11</sup> A hajléktalanság tágabb definíciója (lakástalannak) szerint a különböző intézményekben élőket is ide sorolhatjuk (Győri, 2005). Ennek megfelelően a „szociális vagy egészségügyi intézményekben”, illetve „nevelőszülőknél/nevelőintézetben” élők (5,1%) egy része is hajléktalannak tekinthető.

3. táblázat. A szenvedélybetegeket ellátó nappali és bentlakásos szociális intézmények kábítószer-fogyasztó klienseinek lakhatási körülményei (%)

Hol lakik?*	Nappali ellátást nyújtó intézményt igénybevevők		Bentlakásos intézményben élők		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%
Saját tulajdonú lakásában	17	11,9	16	10,5	33	11,2
Bérelt lakásban egyedül	12	8,4	9	5,9	21	7,1
Bérelt lakásban másokkal közösen	19	13,3	21	13,8	40	13,6
Szülei lakásában	68	47,6	63	41,4	131	44,4
Nevelőintézetben vagy nevelőszülőknél	2	1,4	4	2,6	6	2,0
Szociális/egészségügyi intézményben	2	1,4	7	4,6	9	3,1
Ismerősnél, barátnál ingyenesen	4	2,8	7	4,6	11	3,7
Egyéb rokonnál ingyenesen	3	2,1	5	3,3	8	2,7
Lakás céljára nem alkalmas helyiségben	4	2,8	0	0	4	1,4
Utcán, közterületen	9	6,3	13	8,6	22	7,5
Egyéb helyen	3	2,1	0	0	3	1,0
Nincs válasz	0	0	7	4,6	7	2,4
Összesen	143	100	152	100	295	100,0

\* Bentlakásos intézményben élők esetében:

„Hol lakott az intézménybe kerülését közvetlenül megelőzően?”

Forrás: Ladányi, Forrai (2006)

Egy másik – többnyire intézményes segítséget kérő (drogambulanciákon, kórházi osztályokon, rehabilitációs intézetekben, családsegítő központokban stb. megforduló) – droghasználók körében készült kvalitatív vizsgálatban (Vingender 2006) megkérdezett 200 droghasználó között mindössze három utcán/közterületen élő személlyel találkoztak. Azonban a hajléktalanság „képlékenyebb” formái inkább megjelentek a vizsgált személyek körében. Lényegesen jellemzőbb volt (a 200 megkérdezett közül 15 fő), hogy a „droghasználók ugyan rendelkeznek valamilyen lakással (használhatják...), de életük jelentős részét az utcán töltik” (i. m. 197.). Azaz „a droghasználó személy minden drog-specifikus és attól független tevékenységformája az utcai térben zajlik, beleértve esetenként az alvást is” (u. o.). Ezekben az esetekben a drogfogyasztó elsődlegesen nem a lakhatási lehetőség hiánya okán él az utcán, hanem kapcsolatait, jövedelemszerzési formái kötik oda. Emellett a

hajléktalanság és a drogfogyasztás összefüggése kapcsán a szerző megemlíti egy másik sajátos összefonódást: azokat a drogosokat, akik „nem tekinthetők ugyan hajléktalannak, de igénybe veszik a hajléktalan-ellátás és támogatás infrastruktúráját: többen járnak hajléktalanszállókra tisztálkodni, mosni, étkezni vagy egyszerűen melegedni...” (u. o.). A szerzők kvalitatív vizsgálatuk alapján megállapítják, hogy: „A droghasználat (...) nem független a hajléktalanságtól, de nem is kötődik hozzá szervesen. Inkább arról van szó, hogy a drogfogyasztók és a hajléktalanok két olyan társadalmi réteg, amelyek bizonyos életdimenziókban és élethelyzetekben érintkeznek egymással... közös sorsmintázatokon osztoznak, mégis alapvetően két különböző csoportról és életformáról van szó.” (i. m. 173.)

A fenti adatok/kutatások összegzésekor a szerzők/elemezők többnyire arra a következtetésre jutottak, hogy feltételezhetően a hajléktalanság és a szerhasználat között „nincs szoros összefüggés” (Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 2007: 143; vagy Vingender, 2006: 172). Az ellátásban részesülő drogfogyasztók körében a rendezetlen szálláskörülmények között vagy ténylegesen az utcán élők valóban kisebbséget képviselnek, tehát az ellátásban részesülők drogfogyasztók jellemzően nem tekinthetők semmilyen definíció szerint hajléktalannak. Mindazonáltal azt az állítást, mely szerint a két jelenség között nincs összefüggés, nem tartjuk helytállóknak. A lakhatási körülmények vonatkozásában rendelkezésre álló, s a fentiekben bemutatott információk mentén az ellátásban részesülő droghasználók körében rendre nagyobb arányban jelentek meg a hajléktalanság különböző formáit megjelenítő, vagy ahhoz közelálló problémák, mint amekkora arányokkal az általános népességre vonatkozó becslésekben találkozhatunk. Ladányi és Forrai (2006) kvantitatív vizsgálatában az ellátásban részesülő szerhasználók között tapasztalt 7,5%-os utcán/közterületen élő arány egyértelműen – a hajléktalan populáció számára vonatkozó becslések alapján minimum tizenöt, maximum ötvenszeresen<sup>12</sup> – meghaladja az általános népességben becsült arányt. A TDI adatokban a rendezetlen szállás-körülmények között élők vonatkozásában megjelenő 10%-os arány – azzal együtt, hogy a TDI mutatók nem teszik lehetővé a különböző hajléktalanság definícióknak megfelelő differenciálást – valószínűleg szintén magasnak<sup>13</sup> tekinthető, még akkor is, ha a hajléktalanság szélesebb értelmezésével azonosnak tekintjük.

<sup>12</sup> A hajléktalanság definiálásához hasonlóan a hajléktalan népesség nagyságával kapcsolatos becslések is igen különbözőek. Dávid és Snijders (2000) az ezredfordulón 8–10 ezer főre becsülte a Budapesten a hajléktalanok számát, ami a fővárosi népesség 0,5%-át jelenti. A 2005-os hajléktalan népszámlálás alapján az utcán/közterületeken élők becsült száma Budapesten 3 ezer, ami a 2 milliós városban 0,15%-os aránynak felel meg (<http://www.menhely.hu>).

<sup>13</sup> Nem-lakásban néhány ezer embert (12,2 ezer fő) regisztráltak legutóbb a népszámlálási biztosok. Országosan kb. mintegy 300 ezer ember él ún. szükség- és egyéb lakásban. Több mint 300 ezer ember a népszámlálás adatai alapján olyan jogcímen lakik valamilyen lakásban, mely bizonytalan lakhatási módot takar. (Győri 2005). Mindez a fedél nélkül élőkkel együtt is azonban országosan „csak” mintegy kb. 7%-os arányt jelent.

## Drogfogyasztás a hajléktalanok körében Budapesten<sup>14</sup>

A tanulmányunk további részében bemutatásra kerülő kutatásunk a droghasználat és a hajléktalanság hazai összefüggésének másik aspektusát, a hajléktalanok körében a drogfogyasztás elterjedtségét, jellemzőit vizsgálta. Célunk a hajléktalan populáció *drogérintettségének becslése*, a populációban jellemező *fogyasztási szokások* (szerhasználati mintázatok, veszélyeztető fogyasztási típusok) leírása, valamint az általános populáció drogfogyasztási szokásaihoz képest megjelenő fogyasztási sajátosságok beazonosítása.

Az első ilyen jellegű hazai vizsgálat lebonyolítóiként – a nemzetközi szinten megjelenő vizsgálatokhoz hasonlóan – mi sem vállalkoztunk országos vizsgálat lebonyolítására, egyelőre a kutatás módszerének kimunkálása mellett a fővárosi hajléktalanok drogérintettségének megbízható és érvényes becslésére törekedtünk.

### *A kutatás módszere*

Tekintettel arra, hogy a kutatás elsődleges célja a hajléktalan populáció drogérintettségének, a különböző fogyasztó magatartások prevalenciájának becslése, és azok más populációk viszonylatában való értelmezése, így az adatfelvétel során alkalmazott metodika megválasztását egyrészt a mért eredmények kiterjeszhetőségét lehetővé tevő, a reprezentativitást biztosító mintavétel megvalósítására való törekvés, valamint a drogepidemiológiai kutatások során általában alkalmazott nemzetközi standardok és hazai hagyományok érvényesítése határozta meg.

*Míntaleírás.* A hajléktalan populáció nem identifikált volta, másrészt a hajléktalanokon belül a droghasználók feltételezhető rejtkezdedősége okán előálló problémák kiküszöbölésére a kutatás során vizsgált populációt két oldalról közelítettük meg.

A kutatás egyik adatfelvétele a hajléktalan populáción belül a legkisebb hibával identifikálható, a hajléktalan-ellátórendszerben (átmeneti szállásokon, és éjjeli menedékhelyeken) megjelenő hajléktalan populáció reprezentatív mintáján készült. A vizsgálat célpopulációját tehát a fővárosi, hajléktalan-ellátásban részesülők, a mintavételi keretet pedig az „Február 3. munkacsoport”<sup>15</sup> 2007. évi hajléktalan

<sup>14</sup> A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megbízásából és finanszírozásával készült. A kutatás metodikájának kidolgozását és az adatfelvétel lebonyolítását a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja, a Február 3. munkacsoporttal és a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlegével együtt végezte.

<sup>15</sup> Szociális szakemberekből álló kutatócsoport, amely 1999-ben végzett először a hajléktalan populációt célzó adatfelvételt a fővárosban, melyet azóta évente megismétel.

népszámlálása során azonosított, azaz február 3.-án az átmeneti szállásokon valamint az éjjeli menedékhelyeken megjelenő hajléktalanok képezték. Az adatfelvétel a mintavételi keret ellátó-helyek szerint rétegzett, 25%-os véletlen mintáján történt. Az adatfelvételi helyszíneken, az adatfelvételi napon összesen 3028 fő jelent meg. Ennek megfelelően a bruttó minta nagysága 757 fő volt, melyből 664 főtől kaptuk vissza az alkohol és drogfogyasztási szokásokkal foglalkozó kérdőívet, ami 87,7%-os válaszolási arányt jelent. A 664 visszakapott kérdőívből azonban 45 üres volt, tehát a burkolt válaszmegtadásokkal együtt 81,8%-os mintaerést sikerült megvalósítani.<sup>16</sup> A 619 kitöltött vagy részben kitöltött kérdőívből – a duplikációk miatt, illetve a duplikációk kiszűrését lehetővé tevő alapazonosítók (nem, monogram) hiánya okán – további 36 kérdőívet kellett kizárnunk a feldolgozásból, így az adatfeldolgozás során 583 kérdőív adataival tudunk dolgozni.<sup>17</sup>

Azonban mivel a szállók házirendje többnyire nem tolerálja a szerhasználatot, ennek alapján feltételezhető, hogy a hajléktalan ellátás igénybevétele nem független a droghasználat előfordulásától, a droghasználati szokásoktól, így a hajléktalan-ellátással kapcsolatosba kerülők drogérintettsége a hajléktalan populáció egészére jellemzőnél vélelmezhetően kisebb. Kutatásunkat ezért kiegészítettük egy, a fővárosi, ismert droghasználó hajléktalanok körében történő adatfelvétellel. Ebben az esetben a célpopulációt a droghasználó hajléktalanok ellátására specializálódott megkereső szolgálat, a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront részlegének látókörébe került droghasználó populáció képezte, ahol az adatfelvételi periódusban elérhető kliensek körében teljes körű adatfelvétel megvalósítására törekedtünk.<sup>18</sup>

Jelen tanulmányunkban, az ellátórendszerben megjelező hajléktalanok reprezentatív mintáján kapott eredményeket ismertetjük, mindazonáltal a további adatfeldolgozási munkák eredményeként a kutatás egészétől – az elmúlt évi helyhasználatra (lakás, közterület, hajléktalanszálló, és egyéb hely) vonatkozó retrospektív adatok, és esetleges más kulcsváltozók megfelelő kombinációinak megtalálását követően – a hajléktalan populációra általában érvényes prevalenciaértékek becslését reméljük.

*Adatfelvételi battéria.* A „Február 3. munkacsoport” 2007. évi adatfelvételéhez omnibusz jelleggel egy különálló drogepidemiológiai kérdőívvel csatlakoztunk. Ennek megfelelően a demográfiai/társadalmi háttérváltozók tekintetében a vizsgálati battéria tartalmát és struktúráját elsődlegesen az F3 vizsgálatok során

<sup>16</sup> Az F3 kérdőív esetében 85% lett a mintaerési arány.

<sup>17</sup> Ez a mintanagyság 95,5%-os megbízhatósági szinten  $\pm 3,7\%$ -ban maximálja a standard hibát.

<sup>18</sup> Az ismert hajléktalan droghasználók körében 224 kérdőív került felvételre, melyből 26 kérdőívtől kellett megválnunk, tehát ez – a jelen tanulmányban elemzésre nem kerülő – az almintánk 198 esetet tartalmaz.

szokásszerűen alkalmazott kérdőív határozta meg. A szerhasználat (alkohol-, és drogfogyasztással) kapcsolatos kérdőív összeállítása során pedig az EMCDDA által az un. Európai Modell Kérdőívben (EMQ) (EMCDDA, 2002) megfogalmazott ajánlásokat, valamint az említett hazai normál populáció, illetve más speciális populációkon készült drogepidemiológiai vizsgálatokkal való összehasonlíthatóságot tartottuk szem előtt. Ennek révén a kutatás eredményei értelmezhetővé válnak normálpopulációs kontextusban, a hazai speciális populációk viszonylatában, valamint a hajléktalanok körében más országokban készült – kisszámú – kutatások eredményeinek tükrében egyaránt.

*Az adatfelvétel módja*<sup>19</sup>. A kutatás során kombinált kérdezői technikát alkalmaztunk: a háttérváltozókat tartalmazó F3 kérdőív felvétele – a korábbi hajléktalan népszámlálások során szokásos módon – kérdezőbiztos (szociális munkás) közreműködésével, „face to face” módszerrel, az epidemiológiai vizsgálat célváltozóit – azaz a szerfogyasztó magatartásokkal kapcsolatos kérdéseket – tartalmazó kérdőív pedig önkitöltős módszerrel történt.<sup>20</sup>

### *Eredmények*

*A drogfogyasztás elterjedtsége.* A fővárosban átlagosan minden hatodik ellátásban részesülő hajléktalan fogyasztott már életében valamilyen szert biztosan droghasználati céllal, három ember kivételével tiltott drogot (is). A közelmúltban (az elmúlt egy évben) a válaszolók közül minden tizedik, aktuálisan (az elmúlt harminc napban) pedig átlagosan minden tizenegyedik-tizenkettedik használt valamilyen tiltott drogot (is). (4. táblázat)

<sup>19</sup> Az adatfelvételi munkákat a kutatásban résztvevő intézmények munkatársai végezték. Segítségre voltak továbbá az ELTE Pszichológia Intézet Addiktológiai kutatómódszertan szemináriumának hallgatói.

<sup>20</sup> A különböző szerfogyasztó magatartásokkal kapcsolatos survey jellegű vizsgálatok megbízhatósága, valamint az adatok érvényességének mértéke erősen függ az adott szer megítélésétől, a fogyasztással szembeni attitűdtől, illetve az adott országban érvényesülő drogpolitikától. Magyarországon – a rendelkezésre álló kutatási eredmények (pl. Hibell et al. 1997, 2000, Paksi 2003) szerint – a szerfogyasztó magatartások társadalmi megítélésére nagyfokú elítélés jellemző. A negatív társadalmi viszonyulások közepette a korábbi kutatások (Pl. Elekes – Paksi 2003b, 2005) és a jelen adatfelvétel próbakérdezői tapasztalatai alapján a szenvedélyszer-használatra vonatkozó kérdések felvétele során – a megkérdezettek válaszolási hajlandóságának, illetve a válaszok valóság tartalmának növelése érdekében – az önkitöltős kérdezői technika bizonyult a leginkább célravezetőnek.

4. táblázat. A drog fogyasztás elterjedtségének főbb mutatói a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében (a válaszolók százalékában)

	Tiltott drogfogyasztás <sup>21</sup>	Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás <sup>22</sup>
Életprevalencia érték (N=411)	16,3	17,0
Éves prevalencia értéke (N=400)	10,3	10,5
Havi prevalencia érték (N=418)	8,6	8,6

Az ellátásban részesülő hajléktalanok körében mért életprevalencia-érték hibahatáron belül megegyezik a fővárosi 18–64 éves lakosság körében mért értékkel, és jóval alacsonyabb bármilyen, az eddigiek során vizsgált speciális populáció körében mért drogérinthetőségénél (lásd. 4. ábra). Tehát azt mondhatjuk, hogy Budapesten a hajléktalan ellátásban aktuálisan megjelenő emberek a drogokkal való kapcsolatba kerülés tekintetében az eddigi életük során kevésbé mutatkoztak veszélyeztetettnek, mint a például a parti-látogatók, vagy a szabadságvesztés büntetésüket töltők, sőt, mivel életprevalencia értékük az általános népességgel megegyező, ennek alapján az átlagosnál nagyobb kitettségű, speciális populációnak sem tekinthetők. (4. ábra)

Azonban ha a rövidebb időszakra vonatkoztatott fogyasztási arányokat vizsgáljuk, akkor már korántsem ilyen kedvező a kép. A fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok között a közelmúltbeli használat előfordulása (éves prevalencia) közel kétszerese, az aktuálisan használók aránya (havi prevalencia) pedig háromszorosa az általános népességben mért értékeknek. (5. ábra)

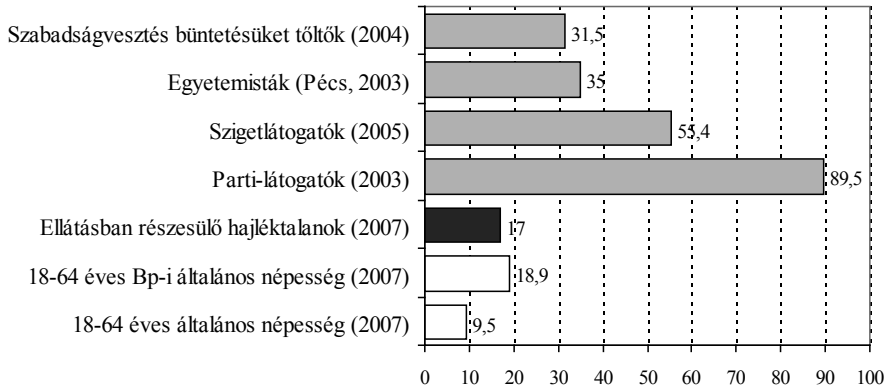
A fenti megállapítások akkor is igaznak bizonyulnak, ha a megfelelő mutatókat a – drogokkal való kapcsolatba kerülés, és az aktuális használat tekintetében egyaránt nagyobb kitettségű – fiatal felnőtt (18–34 éves) populációkra számítjuk ki. A 18–34 éves, ellátásban részesülő hajléktalanok körében a drogokkal valaha kapcsolatba kerültek aránya hibahatáron belül megegyezik az általános lakónépesség azonos korosztályában mért aránnyal. Ugyanakkor a rövidebb idejű prevalenciaértékek rendre magasabban az ellátásban részesülő hajléktalanok körében: az éves prevalencia közel kétszerese, a havi pedig több mint háromszorosa az általános népességben jellemzőnek. (5. táblázat)

<sup>21</sup> A tiltott szerek közé az alábbiakat soroljuk: marihuána/hasis, LSD, mágikus gomba, amfetamin, ecstasy, kokain, heroin, más opiátok (pl. máktea, kodein), herbál drogok, crack, rush, angyalpor, GHB, bármilyen drog intravénásan, valami más (általunk fel nem sorolt) drog.

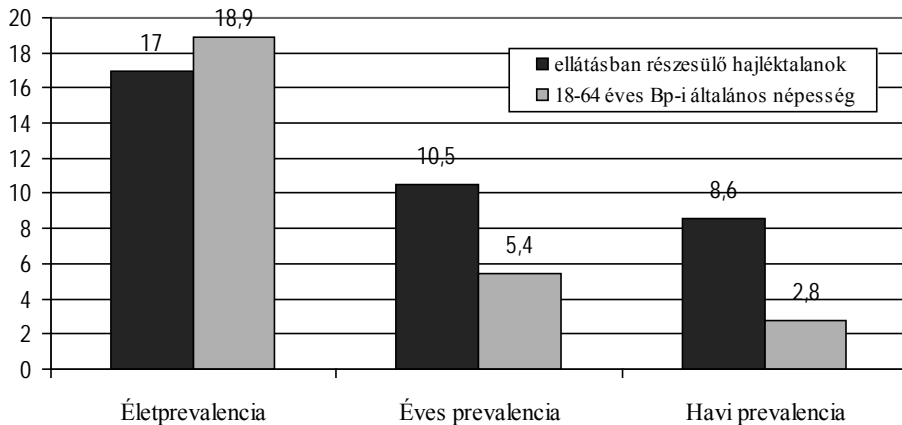
<sup>22</sup> A biztosan droghasználati célú szerhasználaton a tiltott szerek és/vagy inhalánsok (oldószer, patron/lufi) használatát értjük.



4. ábra. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében<sup>23</sup>, valamint a közelmúltban készült speciális populációs vizsgálatokban, illetve az általános népesség körében (a válaszolók százalékában)



5. ábra. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás különböző időszakokra vonatkozó prevalencia-értékei a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok, és a budapesti 18-64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)



<sup>23</sup> A hajléktalan vizsgálat eredményeinek normálpopulációs kontextuálása során felhasznált magyarországi általános népességre vonatkozó adatok forrása a 2007 tavaszán készült Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) (Paksi és Arnold, 2007). A speciális populációs adatok elérhetőségeit lásd az 1. táblázatban.

5. táblázat. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás elterjedtségének főbb mutatói a fővárosi a 18-34 éves ellátásban részesülő hajléktalanok, és az általános népesség körében (a válaszolók százalékában)

	18-34 éves, budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok	budapesti 18-34 éves általános népesség
Életprevalencia érték	40,6	43,4
Éves prevalencia értéke	29	15
Havi prevalencia érték	25	7,7

*Folyamatos használók aránya.* Az ellátásban részesülő hajléktalanok különböző időszakra vonatkozó fogyasztási rátáiban – az általános népességhez képest – megjelenő sajátos tendenciák azt is jelentik, hogy a valamilyen droggal kapcsolatba került hajléktalanok körében inkább jellemző a drogok folyamatos használata, s kevésbé jellemző a drogfogyasztásból való kilépés. A valamilyen drogot valaha kipróbáló hajléktalanok között tízből hatan az elmúlt évben is használtak, öten pedig aktuálisan is fogyasztanak valamilyen tiltott szert vagy inhalánst. Az általános populációban a megfelelő értékek ennek felét-harmadát sem teszik ki (tízből kevesebb mint három droghasználó az, aki a közelmúltban is használt, s mindössze húszból hárman használnak aktuálisan is). Ez azt jelenti, hogy míg az általános népességben a valaha használók 85,2%-a aktuálisan nem, s 71,4%-uk már az elmúlt évben sem használt drogot, addig a hajléktalanok körében a valaha fogyasztók csak fele nem fogyaszt aktuálisan semmilyen drogot, s a mindössze 38%-ának sikerült az kilépnie legalább egy éve a droghasználatból. (6. táblázat)

6. táblázat. A folyamatos droghasználat mutatói a fővárosi, ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti 18-64 éves általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)

	Budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok	Budapesti 18-64 éves általános népesség
Folyamatos (Közelmúltbeli) fogyasztási ráta <sup>24</sup>	61,8	28,6
Kilépők aránya	38,2	71,4
Aktuális fogyasztási ráta <sup>25</sup>	50,6	14,8
Aktuálisan nem használók aránya	49,4	85,2

<sup>24</sup> Recent continuation rate

<sup>25</sup> Current continuation rate

*Szerenkénti prevalenciáértékek és a tiltott-drogfogyasztás piramisa.* Az ellátásban részesülő hajléktalanok szerkezetében fő vonalakban leképezi az általános népességben jellemző szerpreferenciákat: a legelterjedtebb tiltott szer közöttük a marihuána/hasis, ezt követik a különféle parti-drogok (ecstasy, amfetamin, LSD), illetve a kokain, s a többi szer elterjedtsége elmarad ezektől. A szerek prioritás sorrendjében általános populációhoz képest a leginkább jelentős különbség az, hogy az inhalánsok viszonylag jelentős – a parti-drogokkal megközelítően azonos – szerepet kapnak a hajléktalan populáció drogfogyasztásában, míg az általános népességben a legkisebb fogyasztótáborral rendelkező szerek közé tartoznak.

Itt jegyezzük meg, hogy az intravénás szerhasználat is jelentősen nagyobb szerephez jut a hajléktalanok szerhasználatában. A hajléktalanok 2,7%-a használt már valamilyen drogot intravénásan, míg a fővárosi általános populációban ez az arány mindössze 0,3%. (6. ábra)

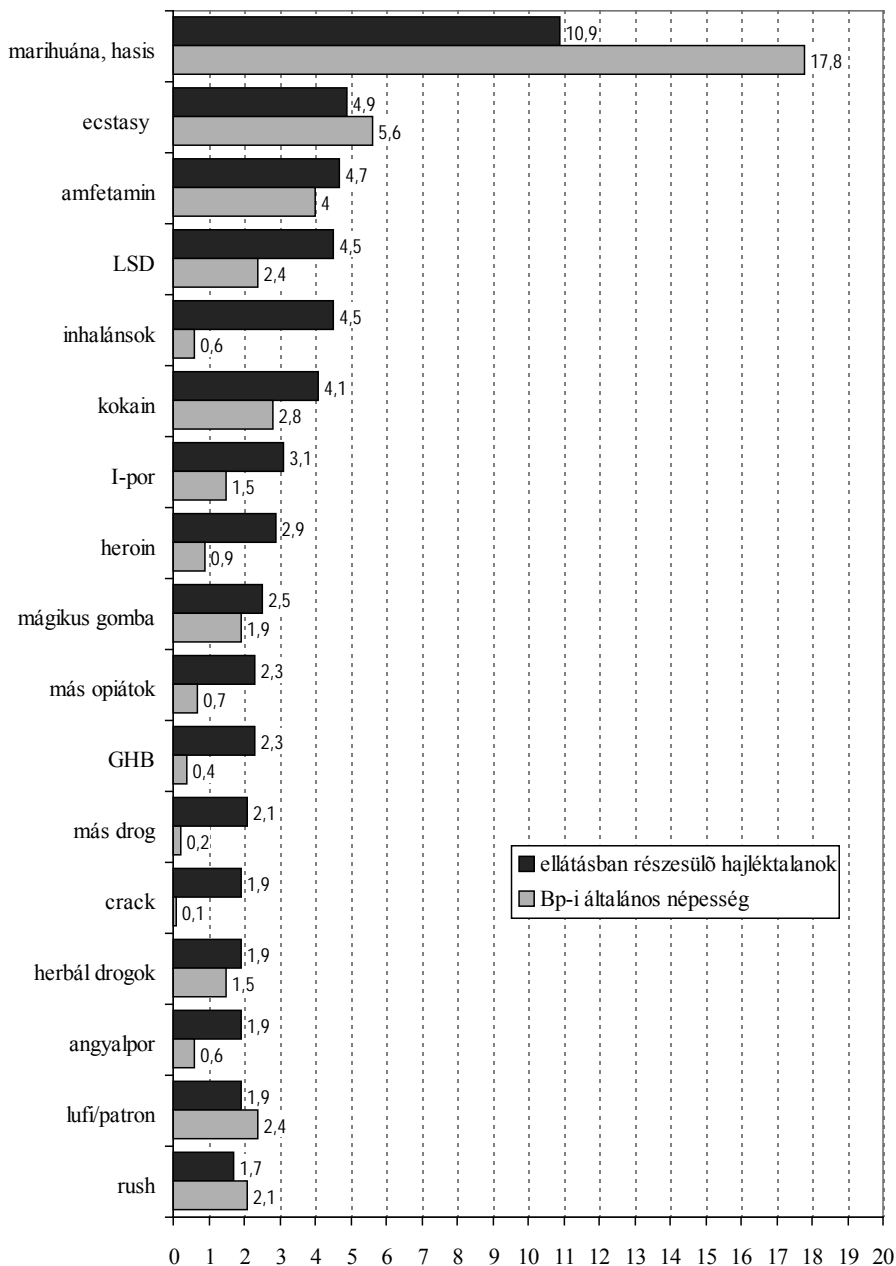
A drogfogyasztás szerkezetében megmutatkozó hasonlóságok mellett azonban két jelentős eltérésre kell felhívni a figyelmet. A marihuánát/hasist valaha használók aránya a hajléktalan populációban jóval kisebb: az életprevalencia érték nem éri el az általános populációban jellemző érték kétharmadát. Emellett viszont, szinte az összes többi drog esetében<sup>26</sup> a hajléktalan populáció tagjai nagyobb arányban rendelkeznek szerhasználati tapasztalattal. (6. ábra) Az ellátásban részesülő hajléktalanok körében a marihuánán kívül valamilyen egyéb tiltott drogot<sup>27</sup> (is) használók aránya 11%, míg a fővárosi 18–64 éves lakosság körében az egyéb drogok összesített életprevalencia értéke 7,9%. Az egyéb drogok közelmúltbeli, valamint aktuális használata alapján még markánsabban megmutatkoznak a szerhasználat mintázatának különbségei. A hajléktalanok között ötször nagyobb azok aránya, akik a kérdést megelőző évben fogyasztottak valamilyen egyéb drogot, s több mint tízszer gyakoribb az aktuális használat előfordulása, mint az általános népességben. (7. táblázat)

Az egyéb tiltott drogok általános népességhez képest nagyobb mértékű elterjedtsége a hajléktalan populáció fiatal felnőtt szegmensében is érvényesül: 18–34 éves hajléktalanok 30,6%-a használt már életében – a marihuánán/hasison kívül – más tiltott drogot (is), míg fővárosi fiatal felnőtt népességben ez az arány 19,6%.

<sup>26</sup> Az ecstasy, lufi/patron, valamint a rush kivételével.

<sup>27</sup> Az egyéb tiltott drogok közé alábbi szereket soroltuk: ecstasy, amfetamin, kokain, heroin, egyéb opiát, LSD, mágiikus gomba, crack, CHB, intravénás drog, herbál drog, rush, angyalpor, I-por, más drog.

6. ábra. A különböző drogok életprevalencia értékei a fővárosban ellátásban részesülő hajléktalanok, valamint a budapesti 18–64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)



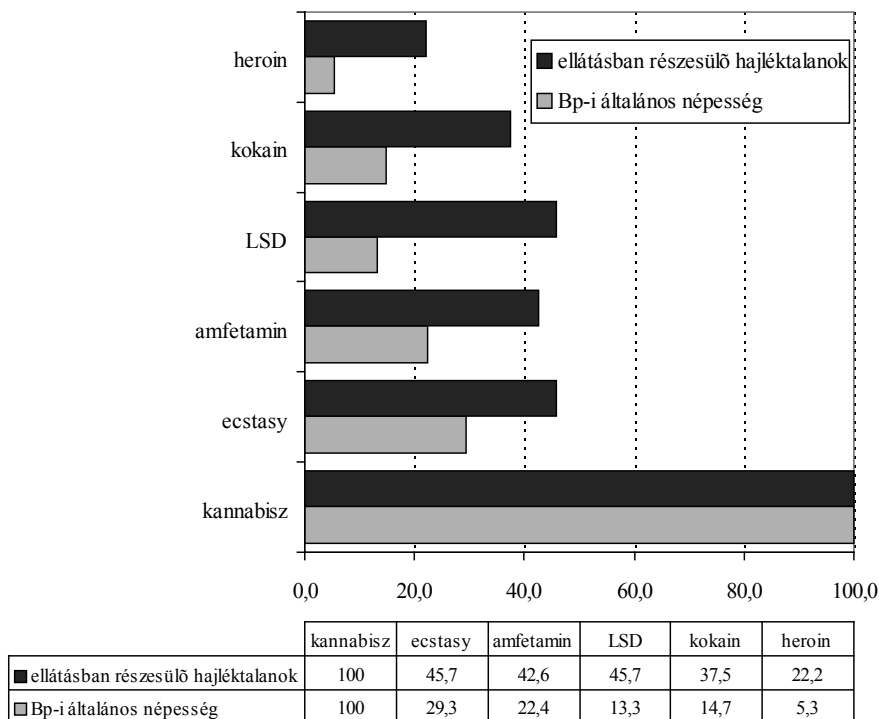
7. táblázat. Ez egyéb drogok fogyasztásának különböző időszakra vonatkozó prevalencia-értékei a fővárosi, ellátásban részesülő hajléktalanok, és a budapesti 18–64 éves általános népesség körében (a válaszolók százalékában)

	Ellátásban részesülő hajléktalanok	18-64 éves általános népesség
Egyéb drogok életprevalencia értéke	11,0	7,9
Egyéb drogok éves prevalencia értéke	7,4	1,4
Egyéb drogok havi prevalencia értéke	6,1	0,5

Az ellátásban részesülő hajléktalanok különböző drogokkal kapcsolatos tapasztalatainak – általános népességhez képest mutatózó – sajátosságai azt eredményezik, hogy a hajléktalan populációban a marihuána/hasis használat kevésbé képez önálló fogyasztási kategóriát, azaz a hajléktalanok körében konstruálható tiltott drog-fogyasztási piramis<sup>28</sup> meredekebb. A valaha marihuánát/hasist használó hajléktalanok közel fele használt már életében ecstasyt, amfetamint, LSD-t, több mint egyharmaduk kokaint, s minden negyedik heroint. Az általános népesség körében ezek az értékek jóval alacsonyabbak (7. ábra).

<sup>28</sup> A piramist a kannabisz-származékok és más droghasználó magatartások kapcsolódásának kifejezésére konstruálják, ami a legelterjedtebb egyéb drogok életprevalencia-értékét mutatja a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében.

7. ábra. Tiltottdrog-fogyasztási piramis a fővárosban, az ellátásban részesülő hajléktalanok, valamint a 18–64 éves általános népesség körében<sup>29</sup> (%)



*Drogfogyasztás miatti problémák előfordulása*<sup>30</sup>. Azoknak a hajléktalanoknak, akik használtak már az életük során valamilyen drogot, 37%-ának az éltében volt olyan időszak, amikor a drogfogyasztás miatt fizikai és/vagy lelki problémái jelentkeztek, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataiban megmutatkoztak a drogfogyasztás következményes károsodásai. (Ez az ellátásban részesülő hajléktalanok összességére vetítve 6%-os arányt jelent). A problémás esetek több mint felében (19%) kettő vagy annál több életdimenzióban is jelentkezett már valamilyen drogfogyasztásból eredő probléma. A leggyakrabban előforduló problémák családi illetve lelki jellegűek. A drogfogyasztó hajléktalanok negyede-ötöde számolt be ilyen problémákról. Szintén gyakori a testi problémák, illetve rendőrségi ügyek

<sup>29</sup> A legelterjedtebb egyéb drogok életprevalencia-érték a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében.

<sup>30</sup> A vizsgálat a drogfogyasztás miatti problémák előfordulásának mérésére az ún. CAST skála néhány tételét alkalmazta.

előfordulása. Ezek a problémák a hajléktalan droghasználók esetében általában legalább kétszer olyan gyakran jelentkeznek, mint az általános népességhez tartozó drogfogyasztóknál. (8. táblázat) Más problémákhoz képest kevésbé jellemező azonban a drogfogyasztás iskolai/munkahelyi, illetve egyéb kapcsolatokban megjelenő következményeinek előfordulása. Ez utóbbi problémák az általános népességben tapasztalt arányokhoz képest is ritkábban fordulnak elő a hajléktalanok körében, ami feltételezhetően annak a következménye, hogy ezen integrációs formák a hajléktalanok életében kevésbé vannak jelen, így ezeken a területeken kevésbé jelentkeznek a drogfogyasztás miatti problémák is. (8. táblázat)

A hajléktalanok droghasználatának problémás jellege a kezelésbe vételi arányokban is megmutatkozik: eddigi életük során hatszor nagyobb arányban jelentek meg drogfogyasztásuk miatt járóbeteg ellátásban, s közel kétszeres arányban kórházi/rehabilitációs intézetekben, mint az általános népességbe tartozó droghasználók.<sup>31</sup> (9. táblázat)

8. táblázat. *Drogfogyasztással kapcsolatos problémák előfordulása az fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)*

	Budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok	Budapesti 18-64 éves általános népesség
<b>Testin probléma</b>	18,6	9,4
<b>Lelki probléma</b>	22,2	-
<b>Családi probléma</b>	25,5	12,5
<b>Probléma a kapcsolataiban</b>	12,5	15,6
<b>Iskolai/munkahelyi probléma</b>	7,9	12,1
<b>Problémái voltak a rendőrséggel</b>	16,7	6,3

<sup>31</sup> Ez egybecseng a kezelési adatokban a rendezetlen lakáskörülmények között élők felülreprezentáltságával.

9. táblázat. Drogfogyasztás miatt ellátásban részesülők aránya a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok és a budapesti általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)

	Budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok		Budapesti 18-64 éves általános népesség	
	valaha	az elmúlt évben	valaha	az elmúlt évben
Járóbeteg ellátásban részesült	19,7	3,3	3,8	0
Kórházban/rehabilitációs intézetben volt	25,0	13,3	0	0

### Megbeszélés, következtetések

A budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok reprezentatív mintáján készült kutatásunk alapján azt mondhatjuk, hogy a vizsgált populáció drogokkal való kapcsolatba kerülésének kockázata az általános populációéval megegyező, azonban a problémás/kockázatos droghasználatra utaló magatartások tekintetében az ellátásban részesülő hajléktalanok különösen veszélyeztetettnek tekinthetők:

- A drogokkal már kapcsolatba került hajléktalanok körében a folyamatos használat kockázata többszöröse az általános populációban tapasztaltnak, azaz a kilépés esélye jóval kisebb.
- A hajléktalan populációban a marihuána/hasis használat kevésbé képez önálló fogyasztási kategóriát, azaz a hajléktalanok körében konstruálható tiltottdrogfogyasztási piramis meredekebb.
- A hajléktalan droghasználók esetében gyakrabban jelentkeznek a drogfogyasztás okozta következményes károsodások, mint az általános népességhez tartozó drogfogyasztóknál.

A nemzetközi drogepidemiológiai kutatási tapasztalatok azt mutatják, hogy a hajléktalanok körében – a budapesti vizsgálat eredményeihez hasonlóan – más európai országokban/városokban is rendre magasabbak a folyamatos fogyasztási ráták, mint az adott ország általános populációjában. (10. táblázat)

Hasonlóképpen az egyéb drogoknak a hajléktalan populációban való relatíve nagyobb elterjedtsége sem hazai/fővárosi sajátosság. Más európai országokban szintén azt tapasztaljuk, hogy a hajléktalanok körében az egyéb tiltott drogok elterjedtsége relatíve nagyobb mértékű, s kevésbé jelenik meg a marihuána/hasis dominanciája a szerkezetében. (8. ábra)

Ugyan a különböző drogok elterjedtsége a budapesti ellátásban megjelenő hajléktalan populációban jelentősen alacsonyabb, mint más országokban vizsgált hajléktalanok körében, s a különböző országok általános népességéhez képest sem kiemelkedő (8. ábra). Mindazonáltal azon budapesti hajléktalanok körében,



akik használtak valaha valamilyen kannabisz származékot, az egyéb tiltott drogok elterjedtsége – mint azt az alábbi, a tiltott drogfogyasztási piramis meredekségét mutató ábrán láthatjuk – más országok általános népességéhez képest is magasnak tekinthető. (9. ábra)

A fővárosi hajléktalan ellátásban megjelenő droghasználók kockázatos szerfogyasztására vonatkozó megállapítás tehát nem csak a magyarországi általános népességhez képest, hanem európai viszonylatban is érvényes állítás. A hajléktalan droghasználók relatíve kockázatosabb droghasználó magatartása azonban nem magyarországi sajátosság. Ugyan – mint a bevezetőben említettük – a hajléktalanok drogfogyasztásáról Európa néhány országából rendelkezésre álló adatok az alkalmazott módszerek heterogenitása miatt nem összehasonlíthatók, mindazonáltal a különböző országokban az általános populációhoz képest a hajléktalanok droghasználatának sajátosságai tekintetében megmutató tendenciák meglehetősen egybehangzóak.

10. táblázat. Folyamatos fogyasztási ráta néhány európai országban a hajléktalanok és az általános népesség körében (a valaha fogyasztók százalékában)

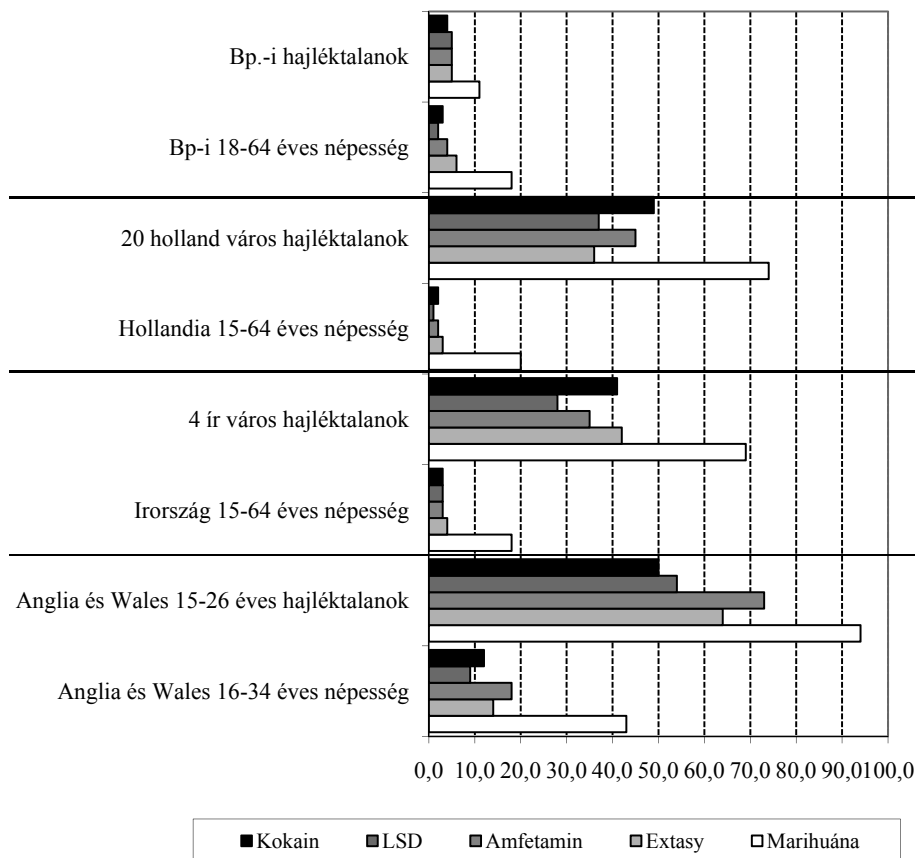
	Adatfelvétel éve	Kannabisz	Kokain	Amfetamin	Ecstasy	LSD
Budapesti ellátásban részesülő hajléktalanok	2007	64%	56%	63%	63%	69%
Magyarország, 18–64 éves általános populáció (Paksi, Arnold, 2007)	2007	27%	25%	29%	21%	20%
20 hollandiai város hajléktalan populáció (De Bruin et al. 2003, idézi: Van Laar et al. 2003)*	2002	70%	20%	13%	14%	8%**
Hollandia, 15–64 éves általános populáció (EMCDDA, 2007)*	2001	17%	5%	0%	9%	0%
Anglia és Wales, 15–26 éves hajléktalan populáció (Wincup et al., 2003)	2001–2002	85%	70%	44%	69%	37%
Anglia és Wales, 16–34 éves általános populáció (EMCDDA, 2005)	2002–2003	45%	42%	16%	30%	5%
Négy ír város hajléktalan populáció (Lawless, Corr, 2005)	2003	81%	68%	34%	53%	14%**
Írországi 15–64 éves általános populáció (EMCDDA, 2005)	2002–2003	29%	35%	13%	29%	3%

A táblázatban közölt folyamatos fogyasztási ráták a hivatkozott publikációkban közölt éves- és életprevalencia értékek hányadosaként előállított értékek.

\* A hollandiai ráta a havi- és az életprevalencia érték hányadosa, azaz az aktuálisan használók arányát mutatja.

\*\* Itt csak a hallucinogének összesített rátáját ismerjük, külön az LSD-re vonatkozó értéket nem.

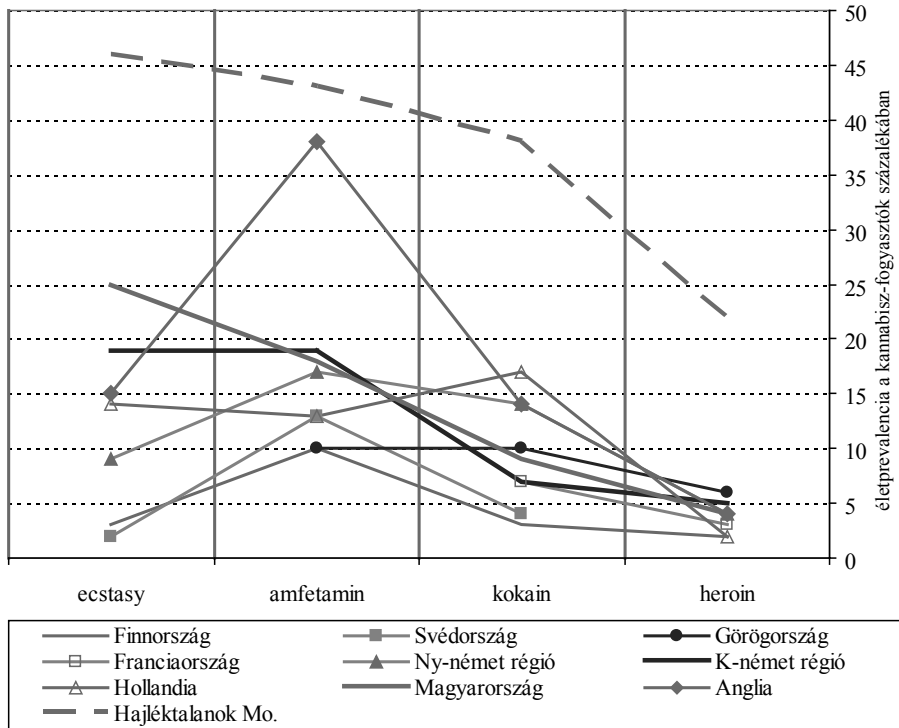
8. ábra. A legelterjedtebb tiltott szerek életprevalencia értékei a hajléktalanok körében és az általános népességben néhány európai országban (a válaszolók százalékában)<sup>32</sup>



\*\* A hollandiai és az ír hajléktalan vizsgálatok esetében LSD-re vonatkozó értéket nem ismerjük, a közölt érték a hallucinogének összesített életprevalencia-értéke.

<sup>32</sup> Az adatok forrásainak megjelölését lásd a 10. táblázatban.

9. ábra. A felnőtt népesség tiltott drog-fogyasztási piramisa néhány európai uniós országban, a kilencvenes években készült vizsgálatok (EMCDDA, 1999. 79.) alapján, és 2007-ben Magyarországon, valamint a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében



## Felhasznált irodalom

- Aszmann A. (szerk) (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Nemzeti Jelentés*. OGYEI, Budapest.
- Bényei Z. – Gurály Z. – Győri P. – Mezei Gy. (2000): Tíz év után. Gyorsjelentés a fővárosi hajléktalanokról 1999. *Esély*, 1.
- Bill, E. – Henk, M. (2006): *Fifth review of statistics on Homelessness in Europe*, FEANTSA, pp.13. [http://www.feantsa.org/files/transnational\\_reports/2006reports/06RSen.pdf](http://www.feantsa.org/files/transnational_reports/2006reports/06RSen.pdf)
- Dávid B. – Snijders T. (2000): A Budapesti hajléktalanok számának becslése. *Szociológiai Szemle*, 10, 3. <http://www.socio.mta.hu/mszt/20003/david.htm>
- De Bruin, D. – Meijerman, C. – Verbraeck, H. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw : een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Demetrovics Zs. (1998): *Drog és Disco Budapesten. Táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok szocio-demográfiai jellemzői és drogfogyasztási szokásai*. Budapesti Szociális Forrásközpont, Budapest.
- Demetrovics Zs. (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Demetrovics Zs. – Kun B. – Nádas E. – Vadász P. (2008): A magyarországi táncos-zenei rekreációs színtéren megjelenő droghasználat jellemzői. In: Demetrovics Zs. Rácz J. (szerk): *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a parti-szcénában*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. Szakmai Forrás Sorozat. Kutatások VII. L'Harmattan, Budapest. 25-224.
- Elekes Zs. – Paksi B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1996. 1–126
- Elekes Zs. – Paksi B. (1997): *Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása* (kutatási beszámoló). IM.Bv.Op. Büntetés-végrehajtási szakkönyvtár 1997/4. 1–112.
- Elekes Zs., Paksi B.(2000): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználat, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISMertető 8. Budapest, ISM 2000. 1-136.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2003a): *The ESPAD 2003 Country Report – Hungary*. ESPAD kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2003b). *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, NKFP kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2004): *Fogvatartott populáció kábítószer és alkoholfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, BVOP kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2005): *A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása*. *Kapocs*. IV. évf. 5. szám. 2005. október. 2–22
- Elekes Zs. (2006): A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők az iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia*, 2005. 48.évf. 4. 345–374.
- Elekes Zs.: (2008): Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai 1992–2007. *Addiktológia*, 3: 189–212.
- EMCDDA (1997): *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, EMCDDA. Lisbon. Portugal.

- EMCDDA (1999): *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), EMCDDA, Lisbon, Portugal.
- EMCDDA (2002): *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.
- EMCDDA (2005): *EMCDDA Statistical bulletin 2005*. <http://stats05.emcdda.europa.eu>
- EMCDDA (2007): *EMCDDA Statistical bulletin 2007*. <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/main>
- Fountain, J. – Howes, S. (2001): *Rough Sleeping, Substance Use and Service Provision in London*. Final report to Crisis. National Addiction Centre: London.
- Füzesi Zs. (2003): *A felsőoktatásban tanuló fiatalok kábítószerhez való viszonya*. Pécs. Nem publikált tanulmány.
- Győri P. (2005): Hajléktalanok – a szavak és számok hálójában. *Beszélő*, 2005. március–április, 10. Évfolyam, 3. Szám
- Hibell, B. – Andersson, B. – Bjarnasson, T. – Kokkevi, A. – Morgan, M. – Narusk, A. (1997): *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell, B. – Andersson, B. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnasson, T. – Kokkevi, A. – Morgan, M. (2000): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell, B. – Andersson, B. – Bjarnasson T. – Ahlström S. – Balakireva O. – Kokkevi A. – Morgan M. (2004): *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm. Sweden.
- Jeffery, D. – Klein, A. – King, L. (2002): *United Kingdom drug situation 2001*. Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6254EN.html>
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről (2007): *2007-es éves jelentés az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont.2007, <http://www.drogfokuszpont.hu/dfp.web> (21–34)
- Ketelaars, T. – Van Laar M.W. – Van Gageldonk A. – Cruys A.A.N. (2002): *The Netherlands drug situation 2002*. Report to the EMCDDA by the Reitox Netherlands Focal Point <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6254EN.html>
- Kovacsics L. – Németh Á. – Nyírádi A. (2007): *Drogfogyasztás a populációban* In.: *2007-es éves jelentés az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont. <http://www.drogfokuszpont.hu/dfp.web>. 21–34.
- Ladányi J. – Forrai E. (2006): *Szociális szolgáltatások és kábítószer-fogyasztók*. SzMM Kutatási Beszámoló. <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=908>
- Lawless, M. – Corr, C. (2005): *Drug use among the homeless population in Ireland*. Dublin, Stationery Office. <http://www.nacd.ie/publications/Homelessness%20Report.pdf>
- Németh, Á. (szerk.) (2007): *Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja*. OGYEI, Budapest. 1–223.

- Paksi B. (2000): Kinek a szigete? A „Pepsi Sziget 2000” kutatásról. *Szenvedélyek napja. Szabadegyetem*. Corvin Budapest filmपालota. Budapest. 2001. június 5. valamint: [http://portal.uni-corvinus.hu/fileadmin/user\\_upload/hu/tanszekek/tarsadalomtudomanyi/mki/files/84/Sziget\\_2000.pdf](http://portal.uni-corvinus.hu/fileadmin/user_upload/hu/tanszekek/tarsadalomtudomanyi/mki/files/84/Sziget_2000.pdf)
- Paksi B. (2001): A magyarországi droghelyzet az európai adatok tükrében. In.: *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2001*. (szerk: Ritter Ildikó) ISMertető. ISM. Budapest. 91–105
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Szakmai forrás sorozat. 4. L'Harmattan. Budapest.
- Paksi B. (2005a): *Egy speciális populáció droghasználata. Szakmai beszámoló – a szigetlátogatók körében 2005-ben készült kutatásról*. ICSSZEM Kutatási beszámoló. <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=908>
- Paksi B. (2005b): A „Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása” c. kutatás beszámolója. *A TDI adatgyűjtés bevezetése a Büntetés-végrehajtási Intézetekben. Szakmai találkozó*. Budapest, Bencur Hotel, 2005. december 6.
- Paksi B. (2007a): A magyar társadalom drogérintettsége. In: Demetrovics Zs. (szerk): *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest, 256–294
- Paksi B. (2007b): A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In: Demetrovics Zs. (szerk): *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest, 379–413
- Paksi B. – Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények. MAT VI. Országos Kongresszusa. 2007. november 22–24. Siófok, *Addiktológia/Addictologia Hungarica 2007*. VI. Supplementum 1. pp. 49.
- Reinking, D. – Nicholas, S. – Van Leiden, I. – Van Bakel, H. – Zwikker, M. – Wolf, J. (2001): *Daklozen in Den Haag: Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Ritter I. (2005): *Roma fiatalok és a kábítószer*. ICSSZEM Kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.
- Van Laar, M. – Van Gageldonk, A. – Ketelaars, T. – Cruys, G. (2003): *The Netherlands drug situation 2003*. Report to the EMCDDA by the Netherlands Focal Point <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41794EN.html>
- Vingender I. (2006): Adalékok a droghasználat társadalmi mintázatához. *Addiktológia*, 2006. 3. 161–190.
- Wincup, E. – Buckland, G. – Bayliss, R. (2003): *Youth homelessness and substance use: report to the drugs and alcohol research unit*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors258.pdf>