A kutatás
a Periféria Egyesület és a
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
Nyíregyháza Szociális Munka
Kutatócsoport közös munkája.

Könyvünket ajánljuk a témával ismerkedőknek, a szakembereknek, hallgatóknak, oktatóknak, kutatóknak és a tenni akaróknak.







Fábián Gergely – Szoboszlai Katalin – Hüse Lajos [szerk.]:
A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere

A kötet szerzői:
© Balogh Erzsébet, Fábián Gergely, Fucskó Mónika, Horváth Cintia, Huszti Éva, Hüse Lajos, Jóna György, Kanalas Ottilia, Kovács Karolina, Kovács-Nagy Klára, Láczay Magdolna, Ludescher Gabriella, Markos Valéria, R. Fedor Anita, Szigeti Fruzsina, Szoboszlai Katalin, Takács Péter

Lektorálta: Kiss János

A kutatás és a kiadvány a Periféria Egyesület KAB-KT-16-25568 támogatási számú projektje keretén belül valósult meg, amely az Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által meghirdetett pályázat révén került finanszírozásra.

Felelős kiadó: Dr. Szoboszlai Katalin, a Periféria Egyesület elnöke
Készült a Gprint IRODA nyomdájában, Nyíregyházán
Felelős vezető: Halász Gábor

Címlap: Fekete Éva
A szöveget gondozta: Ricsei Béla, Balogh Erzsébet

ISBN 978-963-12-9150-6

Periféria Egyesület
Nyíregyháza
2017

Tartalomjegyzék

Szoboszlai Katalin
Előszó
5

Hüse Lajos, Szoboszlai Katalin, Fábián Gergely
A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatás
7

Kovács Karolina Eszter, Szigeti Fruzsina
A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése
17

Horváth Cintia
A fiatalok rizikómagatartására vonatkozó hazai nagymintás kutatások eredményeinek áttekintése
47

Fucskó Mónika
A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartása
61

Láczay Magdolna, R. Fedor Anita
A szabolcs-szatmár-beregi fiatalok bizalmi kapcsolatainak bemutatása kockázati tényezők elemzése alapján
73

Balogh Erzsébet, Hüse Lajos
Az iskolai közérzet és a rizikómagatartás egyes aspektusainak összefüggései
91

Huszti Éva, Takács Péter
Kapcsolati faktorok és a rizikómagatartás
113

Hüse Lajos
Vallásosság, vallásos kapcsolatok, és ezek összefüggései a rizikómagatartással
127

Kovács Klára
A sportolás és rizikómagatartás összefüggései a társadalom perifériáján élő fiatalok körében
137

Jóna György
A szakellátásban és telepi körülmények között élő fiatalok támogató kapcsolathálózata – összehasonlító reziliencia vizsgálat
149

Takács Péter, Huszti Éva, Hüse Lajos
Stressz, anómia és a rizikómagatartás
161

Markos Valéria, Szoboszlai Katalin
Személyes célok és reziliencia
187

Ludescher Gabriella
Rizikó- és protektív tényezők a szegregátumban: az élvezeti szerek használatának mérése kvalitatív módszerrel
199

Kanalas Ottília
Drogkörkép az online lapokban
217

Előszó

A társadalom perifériáján élő emberekről nem lehet elégszer írni, és nem lehet elégszer hangsúlyozni azokat a problémákat, melyek a peremen élők szociális és társadalmi helyzetéből adódóan egyre több veszélyt jelentenek. Korábban az uzsora jelenségét és a hajléktalanok áldozattá válását vizsgáltuk[*], jelen kutatásunkban a fiatalok droghasználatára irányítottuk a figyelmünket.

A Periféria Egyesület által elnyert és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Szociális Munka Kutatócsoportjával együttesen megvalósított kutatásban, a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében telepszerű körülmények között és gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-25 év közötti fiatalokat tekintettük a kutatás célcsoportjának. A kutatás elsődleges célja a társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak és a rizikómagatartások feltárása volt, a másodlagos célja, hogy az eredmények hozzájáruljanak a helyi – települési és intézményi - szintű drogelleni stratégiák megalkotásához.

Elsősorban gyerekekről és fiatalokról szól ez a könyv. Azokról, akik szegregátumokban laknak családi környezetben, és azokról, akik család nélkül a gyermekvédelem gondoskodásában élnek. A célcsoport helyzete a gyermeki életeket tekintve nyomorúságos és jövőtlen a vizsgált környezetben, mindenekelőtt akkor, ha a létalatti szociális helyzet mellett olyan rizikómagatartásokkal is számolunk az életükben, melyek önromboláshoz, fiatal életek károsításához vezetnek. A fiatal korcsoportok mellett szülőkkel, segítőkkel készült fókuszcsoportos interjúkban a rizikótényezők markánsan kirajzolódnak. Az interjúkból egyértelműen kitűnik, hogy a fiatalok egészséges fejlődésére rombolóan ható szerhasználat társadalmi és családi jellegzetességeivel számolnunk kell.

A kutatás zárókötetében megjelent tanulmányokkal szeretnék felhívni a figyelmet azokra a családi és társas kapcsolati veszélyeztető tényezőkre, melyek elősegítik a droghasználatot, a kipróbáláson túlmenően rendszeres szerfogyasztáshoz vezetnek. Az eredmények kiindulópontjai lehetnek a közös gondolkodásnak és cselekvésnek.

Végezetül köszönetet mondunk a Magyar Máltai Szeretetszolgálatnak, a Református Szeretetszolgálati Irodának, a Magyar Református Gyermekvédelmi Szolgálat – Nevelőszülői Hálózatnak, a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságnak, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Gyermekvédelmi Igazgatóság és Te-

[*] Hüse Lajos, Szoboszlai Katalin, Fábián Gergely (2006): A semmi ágán… Hátrányos helyzetű csoportok sérelmére elkövetett cselekmények kutatása [kutatási beszámolóból készült könyv] Periféria Egyesület, Nyíregyháza, 2006.

rületi Gyermekvédelmi Szakszolgálatnak, valamint a járási családsegítő és gyermekjóléti központoknak a kutatást segítő munkájukért. Köszönettel tartozunk a kérdőíveket felvevő hallgatóinknak és az adatokat kiértékelő, a tanulmányokat elkészítő munkatársainknak.

Szoboszlai Katalin

A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatás

Hüse Lajos, Szoboszlai Katalin, Fábián Gergely

Bevezetés

A jelen fejezetben illetve kötetben bemutatott kutatás az Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által meghirdetett pályázat révén került finanszírozásra (KAB-KT-16-25568). A pályázó, a szociális szolgáltatások és kutatások terén komoly múlttal rendelkező (Hüse, Szoboszlai és Fábián, 2006; Fábián, Hüse és Szoboszlai, 2012; 2014; Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2012; Szoboszlai, Hüse és Fábián, 2015), nyíregyházi Periféria Egyesület a társadalmi periférián élő fiatalok rizikómagatartását, és annak hátterét négy szervezettel együttműködésben vizsgálta – a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Szociális Munka Kutató Egysége, a Máltai Szeretetszolgálat, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Gyermekvédelmi Igazgatóság és Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat és a Magyar Református Gyermekvédelmi Szolgálat Nevelőszülői Hálózata –, melyhez a megvalósítás során a vizsgált kistérségek szociális, család- és gyermekvédelmi szolgáltatói is csatlakoztak.

A vizsgálati minta nagyobbik részét a telepszerű körülmények között élő fiatalok adták, akiket lakhely szerint, a települések szegregátumaiban, illetve szegregációval veszélyeztetett területein értünk el. Emellett nagy hangsúlyt fektettünk arra a Nemzeti Drogellenes Stratégiában megfogalmazott célkitűzésre, miszerint a gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek és fiatalok számára célzott és javallott prevenciós programok kialakítására és elterjesztésére van szükség. Ennek megfelelően a kérdőíves adatfelvétel kisebbik mintáját a szakellátásban élő fiatalok körében határoztuk meg. A kérdőíves vizsgálat mellett fókuszcsoportos kutatásra is sor kerül.

A kutatás célja és várható eredménye

A hazai, kábítószer-fogyasztás feltárására irányuló kutatások országos mintáiban legnagyobb arányban a középosztálybeli fiatalok vannak jelen. A szakirodalom, valamint a WHO és az OECD adatai alapján világosan látszik, hogy a társadalmi

helyzet, a megélt hátrányok erőteljesen befolyásolják az egyén egészségét, ezen belül pedig az egészségmagatartását (Elekes, 2005; Elekes és Nyírády, 2006; Fónai, Pénzes és Vitál, 2006; Hüse, Huszti és Takács, 2016; Koller, 2010; Marmot et al, 2010; Murányi, Pénzes és Barát, 2000; Pikó, 2002a, 2002b, 2003, 2006; Susánszky, Szántó és Stauder, 2008). Ennek ellenére hiányoznak a réteghelyzet által csoportosítható adatok, illetve a korábbi, erre irányuló kutatások nem összegződnek, nem vezettek a ma érvényes, aktuális információk akkumulációhoz. Ennek szükségességét felismerve fókuszáltuk kutatásunkat a társadalmi periférián élő fiatalokra, azzal a megjegyzéssel, hogy a kutatás révén nyerhető adatok nem csupán egy aktuális állapot felmérését és az országos reprezentatív adatokkal való összevetését szolgálják, de rámutathatnak annak a komplex szocioökonómiai és pszichoszociális hátrányhalmazra, amely ezeket a fiatalokat tartós kényszerpályára sodorhatja. Ezek az ismeretek elengedhetetlenül szükségesek a megelőzés és beavatkozás tervezéséhez, hatékony végrehajtásárhoz. A kutatás ezáltal a Nemzeti Drogellenes Stratégia *tudományos megalapozottságot* hangsúlyozó alapértékéhez kapcsolódik. „A Nemzeti Drogellenes Stratégia multidiszciplináris szemléleten és tudományos bizonyítékokon (mérésen, kutatáson), valamint nemzetközi tapasztalatokon alapul, megfelel a vonatkozó tudományos ismereteknek és szakmai tapasztalatoknak. Javasolt, hogy a különböző szakmai testületek és közösségek is mindezek figyelembevételével alakítsák ki saját programjaikat, szakmapolitikájukat" (Nemzeti Drogellenes Stratégia).

A kutatás elsődleges célja tehát *a társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárása*, az alábbi fókuszoknak megfelelően:

- szerhasználati mintázatok;
- a szerhasználat kialakulását befolyásoló védő- és kockázati faktorok összefüggései;
- a szakirodalom alapján valószínűsíthető hatással bíró háttérváltozók vizsgálata (anómia, stressz, jövőkép, vallásosság, iskolai motiváció, értékpreferenciák).
- a probléma kezelésére irányuló megközelítések és általános stratégiák körvonalazása.

A kutatás másodlagos célja, hogy együttműködjünk a helyi – települési és intézményi szintű – stratégiák megalkotásában.

A fenti pontokban megjelölt célok mentén várható eredmények tehát sokrétűek. Újszerű, a peremhelyzetben élő fiatalokra koncentráló adatok, speciális összefüggések és célzott beavatkozási stratégiák megfogalmazása várható eredményül. Ezeket alapvetően a tudományos és a szakmai közönségnek szánt publikációkban kívánjuk disszeminálni.

A kutatás háttere és kapcsolódása a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

„A tiltott és legális szerek fogyasztásának elterjedtsége alapján Magyarország elveszítette kedvező helyzetét Európa más országaihoz viszonyítva. A dohányzás elterjedtsége alapján hazánk Európa vezető országai közé került, átlag feletti az alkoholt fogyasztók aránya, az előző hónapban lerészegedők aránya az ötödik legmagasabb értéket mutatja" (Nemzeti Drogellenes Stratégia). Hazánkban a rendelkezésre álló kutatások szerint 1995 és 2011 között a középiskolás fiatalok körében a drogfogyasztás mértéke megnégyszereződött, 5 százalékról 20 százalékra nőtt (Székely, Susánszky és Ádám, 2013). A 2011-es ESPAD felmérés alapján a tiltott szereket valaha használók aránya először haladta meg az európai átlagot. A gyógyszerek alkohollal történő együttes fogyasztása Magyarországon kiemelkedően magas, a kétszerese az európai átlagnak. Az új pszichoaktív szereket használók megjelenése az ellátórendszer számára új kihívást jelent (Nemzeti Drogellenes Stratégia).

Az általános képhez képest további drasztikus változás írható le a társadalmi periférián élő fiatalok szerhasználati szokásaiban a legfrissebb adatok és a terepen dolgozó szakemberek tapasztalatai alapján. A rossz minőségű, természetes összetevőiket sokszor nélkülöző, de megfizethető alkoholféleségek mellé rohamosan felzárkózott a szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelék (herbál, biofű), amely még az alkoholnál is olcsóbb, ezért nagyobb mértékben érhető el a legalacsonyabb jövedelműek számára is. A szintetikus kannabinoid alapú szerek adagja 500 és 1500 forint között mozog, mely egyetlen adag képes egész napra „kiütni" a fogyasztót. A megfizethetőségre és az erős hatásra potenciális keresletnövelőként kell tekintenünk, amely egyúttal a kínálati oldal fellendüléséhez is vezet: mind nagyobb esélye lesz annak, hogy a hátrányos helyzetből induló fiatal vonzóbbnak látja ezt a piacot, mint a saját erőfeszítései által elérhető munkaerőpiacot. Ezen a gondolatmeneten továbbhaladva belátható, hogy a szerhasználat rohamos terjedése mennyire erőteljesen veszélyezteti ezeknek a fiataloknak a szocializációját, iskolai pályafutását, társadalmi beilleszkedését.

A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárását célzó kutatásunk alapvetően a veszélyeztetettség felismerésére irányul annak érdekében, hogy minél korábban be lehessen avatkozni a vizsgált célcsoportoknál az egészségfejlesztés és a kábítószer-megelőzés területeken. Kutatásunkban egyaránt lényegesnek tekintettük a gyerekek, fiatalok és a környezetükben lévők bevonását az adatgyűjtésbe, illetve a szerhasználati mintázatok, a kockázati

tényezők, háttérváltozók ismeretében a közösségi és intézményi stratégiák kialakításába. Különös hangsúlyt helyeztünk a kvalitatív adatokra, amelyek elősegítik a nagymintás, kérdőíves adatfelvétel eredményeinek az értelmezését, valamint ténylegesen hozzájárulnak a működőképes helyi egészségstratégiák kialakításához, a prevenciós ismeretek és módszertan gazdagodásához.

<table>
<tr><th>Kutatásunk céljai</th><th>Kapcsolódás a Nemzeti Drogellenes Stratégia általános céljaihoz</th><th>Kapcsolódás a Nemzeti Drogellenes Stratégia konkrét céljaihoz</th></tr>
<tr><td>A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok szerhasználati mintázatainak feltárása</td><td>Az egészség iránti elköteleződés, mint alapérték hangsúlyos érvényre juttatása.</td><td rowspan="7">Növekedjék az olyan programok és kezdeményezések száma, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószereket nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát.
A megelőzési programok tervezése során fordítódjon kiemelt figyelem a család szerepének megerősítésére és a szülői szerepre való felkészülésre.
Csökkenjen a kábítószereket kipróbáló, illetve alkalomszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli aránya.
Az ellátás minőségének és hatékonyságának értékelése érdekében törekedni kell a minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítására. Csak megfelelő szakmai ajánlással rendelkező és monitorozott egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, a köznevelési intézmények tevékenységét is beleértve.</td></tr>
<tr><td>A szakirodalom alapján valószínűsíthető hatással bíró háttérváltozók vizsgálata</td><td rowspan="2">Szélesedjék azon közösségi és szakmai kezdeményezések hatóköre, amelyek a felnövekvő korosztályok egészségesebb életvitelét szolgálják.</td></tr>
<tr><td>A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok szerhasználatának kialakulását befolyásoló védő- és kockázati faktorok összefüggéseinek megismerése</td></tr>
<tr><td>A probléma kezelésére irányuló megközelítések és általános stratégiák körvonalazása</td><td rowspan="3">Jöjjenek létre a kábítószer-problémák új típusú, korábban nem tapasztalt megnyilvánulási formáival való megbirkózáshoz szükséges közösségi és szakmai válaszok.</td></tr>
<tr><td>Helyi egészségstratégiák kidolgozásában és felülvizsgálatában való részvétel</td></tr>
<tr><td>Prevenciós ismeretek és módszertan bővítése</td></tr>
</table>

Forrás: Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen http://www.parlament.hu/irom39/11798/11798.pdf

1 táblázat: Kutatásunk kapcsolódása a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

A vizsgálati minta

A vizsgálat célzottságának erősítése érdekében a kérdőíves adatfelvételt két jól körülhatárolható csoportban hajtottuk végre. A minta nagyobbik részét a telepszerű körülmények között élő fiatalok adják, akiket lakhely szerint, a települések szegregátumaiban, illetve szegregációval veszélyeztetett területein értünk el, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat és a helyi szociális és gyermekvédelmi szolgáltatók szakembereinek koordinációja mellett. E kézenfekvő célcsoport mellett nagy hangsúlyt fektettünk arra a Nemzeti Drogellenes Stratégiában megfogalmazott célkitűzésre is, miszerint a gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek és fiatalok számára célzott és javallott prevenciós programok kialakítására és elterjesztésére van szükség. Ennek megfelelően a kérdőíves adatfelvétel kisebbik mintáját a szakellátásban élő fiatalok körében határoztuk meg.

A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló, kérdőíves vizsgálatunkat Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében folytattuk le az alábbi almintákban:

- Telepszerű körülmények között élő családokban nevelkedő gyerekek és fiatalok
  - első hullám (pilot): tervezett 50 fő, megvalósult 83 fő
  - második hullám: tervezett 500 fő, megvalósult 585 fő
- Szakellátásban nevelkedő gyerekek és fiatalok: tervezett 250 fő, megvalósult 222 fő

A kérdőíves vizsgálat mellett fókuszcsoportos kutatásra is sor került. A fókuszcsoportos interjúk, ahogy fentebb is írtuk, elősegítik a nagymintás, kérdőíves adatfelvétel eredményeinek az értelmezését, valamint ténylegesen hozzájárulnak a működőképes helyi egészségstratégiák kialakításához, a prevenciós ismeretek és módszertan gazdagodásához.

A kutatás módszertana

A kérdezőbiztosok által lekérdezett kérdőívünket a nemzetközi és hazai standardok egészének vagy részeinek alkalmazásával, új összefüggések feltárása alkalmas módon egybeszerkesztve alkottuk meg. A kérdőív komplexitása hozzájárul, a feltárni kíván probléma részletekbe menő megismeréséhez, és a magas mintaelemszámból adódó érvényesség növekedéséhez.

Elemek	Forrás
családi háttér	HBSC (Németh és Köllő, 2014)
iskolai háttér	QSL (Farnicka et al, 2014)
kapcsolati faktor	névgenerátor típusú kérdések
vallásosság	CRS - CentralReligiosityScale (Huber és Huber, 2012)
reziliencia	Resilience/StressQuestionnaire
stressz, anómia	RÉS (Hüse, Huszti és Takács, 2016), Srole-skála (Srole 1956).
rizikómagatartás	Magyar Ifjúság 2012 (Székely, 2013), szociális reprezentáció (Moscovici, 1988)
személyes célok	Személyes célok vizsgálata kérdőív (Stöber, 2002)

2. táblázat: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásait feltáró kérdőív főbb elemei és forrásai

A fókuszcsoportos adatfelvétel során a felnőttekből és a fiatalokból álló csoportok részben a kvantitaív adatok árnyalását, bizonyos értelmezések megalkotásának elősegítését szolgálják. Emellett a módszer alkalmas arra, hogy egymásnak tükröt tartson a két generáció, kifejthessék, hogy mit gondolnak a másik „oldal" hozzáállásáról, hogyan értelmezik a kommunikációt, a kapcsolatot, mennyiben érzik támogatónak/elfogadónak a másik csoportot. Ennek érdekében a fókuszcsoportos interjúk két kérdésblokk köré tömörülnek. Az alább leírt tartalmakat a fókuszcsoport résztvevőinek kommunikációs készségeihez igazítjuk, valamint további alkérdésekkel részletezzük, melyek részben előre rögzítettek, részben pedig az adott helyzetnek megfelelően választhatóak.

1. **blokk. Általános tájékozódás.**
   a. Mit gondol a drogokról, a kábítószer-fogyasztásról? Mi az általános véleménye?
   b. Mit gondol, a környezetében élő fiatalok mennyire érintettek?
   c. Hogy látja, vannak-e a veszélyeztetettséget növelő, illetve csökkentő faktorok?
   d. Milyen a cselekvési tere, vannak-e eszközei? (A fiatalok esetében is a felnőttek beavatkozási lehetőségeire kérdezünk rá.)

2. **blokk. A NIDA (National Institute on Drug Abuse) Family Check up kérdései. A fiatalok esetében is a felnőttek viselkedésére kérdezünk rá.**
   a. Tekintettel a generációs problémákra, képes-e nyugodtan és tisztán kommunikálni az Önre bízott fiatalokkal? (Szülők esetében a kérdés a gyerekeire irányul – a kitételt az alábbiakban is alkalmazzuk, de a vázlatban nem tüntetjük fel.)
   b. Bátorítja-e naponta a pozitív viselkedésre az Önre bízott fiatalokat?
   c. Képes-e úgy levezetni az érzelmi konfliktusokat, hogy azzal a megoldás irányába hasson?
   d. Képes-e nyugodtságát megőrizve „meghúzni a határokat" amikor a fiatal dacos vagy tiszteletlen? Képes-e ezeket a határokat tartani, amikor olyan komolyabb problémák merülnek fel, mint a kábítószerhasználat?
   e. A fiatalok néha túl sok időt töltenek együtt ellenőrizhetetlen módon egymással. Ön képes-e ezekről a kapcsolatokról, időszakokról informálódni, és ha igen, milyen módon?

Köszönetnyilvánítás

A kutatás vezetői és a kötet szerkesztői ezúton szeretnék kifejezni köszönetüket mindazoknak, akik munkájukkal hozzájárultak a kutatás sikeréhez. A hallgatók és a terepen dolgozó szakemberek áldozatos munkája mellett szeretnénk kiemelni a szervezési feladatokban résztvevőket: Balogh Mihály, Bernáth Anikó, Beszterczey András, Bodóné Erős Rózsa, Csere Ilona, Éles Géza, Éles Lászlóné, Fábián Ildikó, Farkas Lászlóné, Hasulyó Szabolcs, Jantászné Nagy Katalin, Karasiné Karasi Ildikó, Lengyelné Pogácsás Mária, Makkainé Szőke Katalin, Miklósi Erzsébet, Nagy Gábor Andrásné, Oláh Edit, Szélesné Vinnai Zsuzsanna.

Irodalomjegyzék

1. Elekes Zs. (2005): A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia* 48/4: 345-374.
2. Elekes Zs., NyírádyA. (2006): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése. *Kutatási beszámoló.*
3. Fábián G., Hüse L., Szoboszlai K. (2014): SocialWorkResarchin Hungary. In: Hämäläinen, J.,Littlechild, B., Špiláčková, M. [eds.]: SocialWork Research Across Europe: Methodological Positions and Research Practice – Central,

Eastern and Southern Europe. ERIS Monographs 3. University of Ostrava – ERIS – Albert Publisher, Ostrava. 41-55.
4. Fábián, G., Szoboszlai, K., Hüse, L. (2012): „Money with interest" - The institution of usury among those living in slum-like conditions. In: Bódi, F., Fábián, B., Lawson, T. R. [eds.]: Local Organization of Social Services in Hungary. Studiesin Comparative Social Pedagogies and International Social Work and Social Policy, Vol. XXII. Europäischer Hochshulverlag, Bremen. 242-267.
5. Fábián G., Hüse L., Szoboszlai K. (2012): Modern Perspectives of Child Protectionin Hungary. In: Hämäläinen, J.,Littlechild, B., Chytil, O., Šramatá M., Jovelin E. [eds.]: Evolution of Child Protection and Child Welfare Policiesin Selected European Countries. ERIS Monographs 2. University of Ostrava – ERIS, Ostrava. 181-201.
6. Farnicka M., Liberska H.,Kosiková V., Lovasová V., Freundenreich D. (2014): A New Toolinthe Fightagainst Social Exclusion: The Questionnaire of School Life (QSL). In: Liberska H.,Farnicka M. [eds.]: Child of ManyWorlds: Focus on the Problem of Ethnic Minorities. Peter Lang Verlag, Frankfurt. 177-191.
7. Fónai M., Pénzes M., Vitál A. [szerk.] (2006): Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és a kitörés lehetőségei Északkelet - Magyarországon. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.
8. Huber S., Huber O. V. (2012): The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions* 2012/3.: 710–724
9. Hüse L., Huszti É., Takács P. (2016): A gyermekvédelem peremén – Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására. *Metszetek* Vol. 5. No. 4: 80-108. DOI 10.18392/METSZ/2016/4/5
10. Hüse L., Szoboszlai K., Fábián G. (2006): A semmi ágán… - Hátrányos helyzetű csoportok sérelmére elkövetett cselekmények kutatása. Periféria Egyesület, Nyíregyháza.
11. Koller, T. [ed.] (2010); Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. WHO European Office for Investment for Health and Development, Copenhagen.
12. Marmot M. et al. (2010): Fair Society, HealthyLives – The Marmo tReview. Strategicreview of healthine qualities in england post-2010. http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review
13. Moscovici S. (1988): Notestowards a description of social representations. *European Journal of SocialPsychology* 18/3: 211–250.
14. Murányi I., Pénzes M., Barát K. (2000): Drog-Érték-Család. Nevelőotthonban élő fiatalok drogfogyasztása és értékrendje. ÉKMSzME, Nyíregyháza.

15. Németh Á., Köllő J. (2014): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, Budapest.
16. Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen*http://www.parlament.hu/irom39/11798/ 11798. pdf*
17. Pikó B. (2002a): Egészségszociológia. Új Mandátum, Budapest.
18. Pikó B. (2002b): Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest
19. Pikó B. (2003): Kultúra, társadalom és lélektan. Akadémiai Kiadó, Budapest.
20. Pikó B. (2006): Orvosi szociológia. Medicina Kiadó, Budapest
21. Srole L. (1956): Social Integration and Certain Corollaries: An Exploratory Study. American Sociological Review, 21/6: 709-716.
22. Stöber, J. (2002). Skalen dokumentation „PersönlicheZiele von SchülerInnen“ (Hallesche Berichtezur Pädagogischen Psychologie Nr. 3). Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institutfür Pädagogik. Zugriffunter http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/395/pdf/bericht03.pdf
23. Susánszky É., Szántó Zs., StauderA. (2008): Munkaerőpiaci szempontból hátrányos helyzetű fiatalok életminősége. In: Kopp M. [szerk.] (2008): Magyar lelkiállapot 2008 – Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest. 206-211.
24. Székely L. [szerk.] (2013): Magyar Ifjúság 2012 tanulmánykötet. Kutatópont, Budapest.
25. Székely A., Susánszky É., Ádám Sz. (2013): Fiatalok kockázati magatartása. In: Székely L. [szerk.] (2013): Magyar ifjúság 2012. Kutatópont, Budapest. 179-210.
26. Szoboszlai K., Hüse L., Fábián G. (2015): Kulcspontok a külföldön dolgozó prostituáltak kapcsolataiban. *Párbeszéd* Vol. 2. No. 1. http://parbeszed.lib.unideb.hu/cikk/cikk/55192722797e6

A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése

Kovács Karolina Eszter, Szigeti Fruzsina

Bevezetés

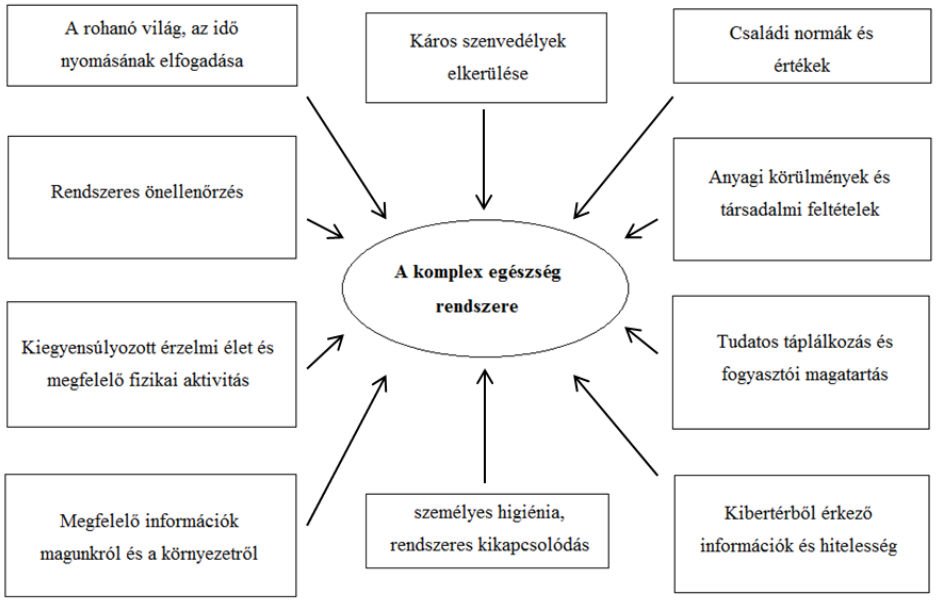
Az egészség egy egyensúlyi helyzet, amely időben változó, különböző fokozatú átmeneteket képezhet a veszélyeztetettség és a betegség állapotai felé. Az egyén csak szubjektív alapon képes átélni egészségi állapotát. Ez a szubjektív érzet (az egészségérzet és -tudat, illetve ehhez kapcsolva a betegségérzet és -tudat) befolyásolja a különböző életvitelre irányuló törekvéseket, mintegy motivációs bázisként szolgál. Olyan szempontok kapcsolhatók az egészséghez, mint a közérzet, a fittség, az erőnlét, a teljesítőképesség stb.

Baum et al (1997) szerint az egészségmagatartás és egészségtudatosság magába foglalja azokat az attitűdöket, amelyek hatással vannak az egészségünkre, míg egészségesek vagyunk. Harris és Guten (1979) elmélete alapján az egészségmagatartás minden olyan tevékenységet magába foglal, amelyet egészségünk megvédésének vagy fejlesztésének érdekében teszünk, függetlenül az aktuális egészségi állapotunktól és annak megfelelően, hogy a végzett tevékenység hatékony-e. Mindent egybevéve az egészségmagatartás azoknak a viselkedéselemeknek és attitűdöknek az összességeként fogható fel, amelyek az egyén egészségének megóvásában, megromlásában vagy visszaállításában szerepet játszanak, függetlenül attól, hogy ezek a viselkedéselemek tudatosan az egészségre irányulnake (Tényi és Sümegi, 1997).

Az egészségmagatartás jelenlegi egészségi állapotunkra és jövőbeli egészségkilátásainkra is hatással van. Az egészségmagatartás kialakulása hosszú folyamat, az egész életen át tartó szocializációs folyamat eredményeként alakul ki. Kialakulásában kiemelkedő szerepe van a családnak, amely a mintát adja, valamint a kortársak, kortárscsoportok és az iskola tölt be meghatározó szerepet (Németh, 2007).

Az egészségmagatartás elemei nem csak a protektív, azaz egészséget megőrző, valamint preventív, vagyis a megelőző viselkedéselemek, hanem az egészséget veszélyeztető magatartási tényezők is. Ilyenek az egészségtelen táplálkozási szokások, a mozgásszegény életmód és a rizikómagatartásformák (pl. dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás, korai szexuális élet). Ráadásul a különböző

egészséget befolyásoló magatartásmódok nem izoláltan léteznek, hanem egy életmód részeként, ezért ki kell emelni, hogy a különböző viselkedéses, szociális és egyéni tényezők egymással bonyolult kölcsönhatásban állnak (Németh, 2007). Az egészségmagatartás egyes elemei az 1. ábrán láthatóak.



Forrás: Huszka és Lukács 2014, Fordítás: Szerzők

1. ábra: A komplex egészség rendszere.

Megfigyelhető, hogy számos tényező van hatással az egészségre és az egészségtudatosságra is. Ezek egy része interperszonális, mint a kiegyensúlyozott érzelmi élet és megfelelő fizikai aktivitás vagy a rendszeres önellenőrzés. Más hatások a környezet felől érkeznek, mint az információk, családi normák és értékek. Ebben a komplex rendszerben foglal helyet a káros szenvedélyek, azaz az egészségkárosító magatartásformák kerülése. Jelen dolgozat a rizikómagatartásformákra fókuszál, ezen belül is a dohányzás, alkoholfogyasztás és illegális szerhasználás kipróbálására (Huszka és Lukács, 2014).

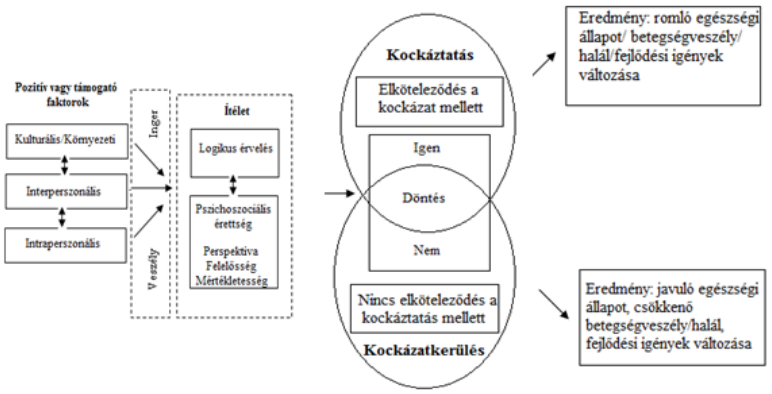
Az egyén egészségtudatosságára bizonyos külső faktorok szignifikáns hatással bírnak. A társadalmi és kulturális tényezők szerepe is kiemelkedő az egészség-, illetve a rizikómagatartás tekintetében egyaránt. A komplex rendszer magába foglalja a személy anyagi és társas körülményeit egyaránt, hiszen ezek hatással vannak a táplálkozás minőségére, vagy az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségére. Az idő nyomása is egy fontos szempont, amelyet a pszichológiai és fizikai

betegségek egyaránt meghatároznak, illetve hatással lehet a fogyasztási szokásokra és az élvezeti szerek használatára is (Huszka és Lukács, 2014).

Az egészségre nevelés és a prevenció tekintetében elengedhetetlen ezeknek az egészségtudatossági tényezőknek a formálása. Otthoni közegben a szülők, iskolai közegben pedig a tanárok a referenciaszemélyek, így az ő egészségmagatartásuk jelentős hatással bír a gyerekek, a tanulók egészségére és egészségtudatosságára. Továbbá megállapítható, hogy az egészségtudatos személyek motiváltak egészségük fenntartására és javítására, amely miatt egészségesen viselkednek, és amely miatt tudatában vannak egészségük és jóllétük fokának. Ennek megfelelően a prevenció szempontjából a társadalmi és kulturális rizikó- és védőfaktorok különösen fontosak, tekintve, hogy az ilyen programok meghatározott társadalmi és kulturális térben zajlanak, ami a hatékonyságukra jelentős hatással bír.

Egészségkárosító magatartás, avagy kockázatvállaló viselkedés

Az egészségtudatosság magába foglalja az egészségkárosító magatartásformáktól való tartózkodást is. Ennek megfelelően, ha a személy nem tartózkodik a kockázati magatartásoktól, azzal kockázatvállaló viselkedést tanúsít. Ennek hátterében – ahogy az az egészségmagatartást befolyásoló tényezők esetében is látható volt – számos tényező állhat. Ezeket Keeler és Kaiser (2010) modellje alapján tárgyaljuk, amely a 2. ábrán olvasható.



(Forrás: Keeler és Kaiser, 2010)

2. ábra: A kockázatvállaló magatartás integratív modellje

Ezek a faktorok szerepet játszanak a káros szenvedélyek, egészségkárosító magatartásformák, függőségi állapotok, valamint öndestruktív viselkedésformák kialakulásában egyaránt.

Protektív és veszélyeztető tényezők

A szakirodalom széles körben tárgyalja a rizikómagatartást támogató és elhárító faktorokat. Protektív faktoroknak nevezzük azokat a faktorokat, amelyek akadályozzák a rizikómagatartások megjelenését és fennmaradását, illetve csökkentik a rizikómagatartások melletti elköteleződés, és az ezáltal bekövetkező cselekvési kimenetelek valószínűségét (Blum et al. 2002; Borowsky et al. 2001). Ezzel szemben az egészségkárosító magatartásokat támogató faktorok azok a tényezők, amelyek elősegítik a rizikómagatartások melletti elköteleződést. Ezeknek a jelenléte megnöveli a kockázati magatartásformák megjelenésének és fennmaradásának valószínűségét, s akár negatív fejlődési és egészségi kimenetekhez vezethetnek (Engle et al. 1996).

A protektív és támogató faktorok három csoportba sorolhatók: ezek az intraperszonális, interperszonális, valamint a kulturális és környezeti faktorok. Ezek közül a kulturális és környezeti faktor a legtágabb, míg az intraperszonális a legszűkebb kategória, amely hasonlatos Bronfenbrenner (1979) kategorizálásához. Mindegyik tényező többváltozós, hiszen számos tényezőt foglal magába.

Intraperszonális faktorok

Az intraperszonlis faktorok olyan személyen belüli tényezők, amelyek hatással vannak a rizikómagatartásra. Ide sorolható a fizikai szelf és a genetika (Jessor 1991), a testi fejlődés (Harrel et al. 1998), a mentális képességek, a nem (Rew és Horner, 2003) és a személyiségvonások és affektív tényezők (Tusaie et al. 2007). Az intraperszonális faktorok manifesztációja az alapvető veleszületett tulajdonságok jelenléte miatt történik meg: például egy optimistább személyiséggel jellemezhet serdülő nagyobb valószínűséggel alkalmazza a humort protektív faktorként a megküzdés során, mint egy kevésbé optimista serdülő. Az intraperszonális faktorok tartósak és gyakran ellenállnak a változásnak és az intervenciónak, de ez nem jelenti azt, hogy nem módosíthatóak.

Interperszonális faktorok

Az interperszonális tényezők tulajdonképpen azok a kapcsolatok, amelyekkel a személy rendelkezik, illetve azok a cselekvések, amelyek ezekből a kapcsolatokból származnak. Ez a személy valamennyi kapcsolatát magába foglalja, minősége lehet jó és rossz is, és származhat a társas támasz jelenlétéből, vagy éppen annak hiányából. Ide tartoznak a szülők, kortársak gyermekek esetén a tanárok, illetve más felnőttek. Cselekvés, amely ezekből a kapcsolatokból származik, magába foglalja a megfigyelést és a kommunikációt egyaránt. Ezen cselekvések kapcsán

korábbi kutatások megállapították, hogy mediátor hatással bírnak a szülő-gyermek kapcsolatra, illetve az egészségi állapotra nézve (Hair et al. 2008), illetve ezeknek a kapcsolatoknak a tisztázása és figyelembe vétele esetén az intervenció még közvetlenebb és hatékonyabb lehet.

Kulturális és környezeti faktorok
A kulturális és környezeti tényezők reprezentálják a külső feltételeket, amelyekben az intraperszonális és interperszonális faktorok interakciója is megfigyelhető, illetve ide tartoznak azok a cselekvések is, amelyek ezen interakcióknak köszönhetően történnek meg. Már a szociológiai és antropológiai kutatások is hangsúlyozták a kultúra szerepét (pl. Lewin 1951; Mead 1934), más korábbi elméletek pedig a kulturális és környezeti faktorokat, mint eredmény kezelték (pl. Bronfenbrenner 1979; Lerner és Miller, 1993). Ez a kategória igen tág, és magába foglal minden olyan faktort, amelyet az előbbi két kategória nem tartalmazott, mint a hagyományok, szocio-ökonómiai státusz, családszerkezet, etnikai értékek, lakókörnyezet jellemzői és erőforrásai, a média hatása, vagy akár az élvezeti szerekhez való hozzáférhetőség. Például, az élvezeti szerek hozzáférhetőségét csökkenteni lehet életkori szabályozással a törvénykezésen keresztül, amely azonban kultúránként és országonként eltérő lehet.

Fontos megjegyezni, hogy az intraperszonális, interperszonális, valamint kulturális és környezeti faktorok egymással kölcsönhatásban fejtik ki protektív vagy éppen eszkaláló hatásukat, s mindegyik típusú tényező lehet eszkaláló vagy protektív is, attól függően, hogy hova esik a kockázati kontinuumon (Bernat és Resnick, 2006). Például a szülő-gyermek kapcsolat protektív szereppel bír, ha a kötődés foka magas, míg veszélyeztető tényező, ha a kötődés mértéke alacsony.

Veszélyinger
Mielőtt a rizikómagatartásra sor kerülne, magának a rizikóval való elköteleződésnek kell megmutatkoznia, amely által a személy megfontolja a magatartásforma melletti elköteleződést vagy az attól való elzárkózást. Ez a veszélyingeren keresztül történik meg. Ilyen veszélyinger lehet elhívni egy ittas ismerőst autót vezetni, alkoholfogyasztásra bátorítani egy buli résztvevőit, vagy védekezés nélkül szexuális aktust folytatni. A veszélyinger nagymértékben kontextuális és szituációfüggő, meghatározzák a korábbi tapasztalatok, és a lehetséges kimenetelhez várt érzések (Loewenstein et al. 2001). Ez formálja majd a döntéshozatali folyamatot, amelyet meghatározzák a rizikómagatartásra ható protektív és támogató faktorok.

Ítélet
Az ítélet magába foglalja a döntéshozatali folyamatot, illetve azokat a kognitív és pszichoszociális folyamatokat, amelyek befolyásolják ezt a folyamatot. A kogni-

tív faktorok jelentik a *logikai érvelés*t, míg a pszichoszociális faktorok a *pszichoszexuális érettség*et. Ez nem az aktuális döntési lehetőségekre vagy a döntési kimenetelekre vonatkozik, hanem az aktuális folyamatra, illetve a folyamatra ható faktorokra, amelyek által a döntés megszületik.

Döntéshozatal
A logikai érvelés az döntéshozatal kognitív összetevője. Magába foglalja a kognitív képességek fejlődését és azok alkalmazását, amely, által a veszélyes szituációk azonosítása és értékelése megtörténhet (Millstein 2003). Számos elmélet foglalkozott már korábban is a d,öntéshozatali folyamatokkal, pl. a szociális-kognitív tanulás elmélet (Bandura 1986), amely elsősorban a folyamatok fejlődésére koncentrál, vagy a viselkedési szándék modell (Gibbons et al. 1998), amely már egy rizikó-központúbb elmélet és tartalmazza a személy rizikómagatartásban való elkötelezettségének lehetőségére adott kognitív reakcióit is. Fontos valamennyi lehetséges befolyásoló tényezőt figyelembe venni a döntéshozatali folyamat vizsgálata során.

Pszichoszociális érettség
A pszichoszociális érettség fogalma Greenberger nevéhez fűződik, amely Erikson (1963) fejlődési elméletének kiegészítéseként fogható fel. A pszichoszociális érettséget úgy definiálta, mint az egyén képessége önmaga adekvát funckionálására, a társas kohézióra és a másokkal való adekvát interakcióra (Greenberger és Sorensen, 1974). Később ez az alapelmélet került kibővítésre a döntésfolyamati kontextusba való átültetéssel, és sajátosságait három diszpozícióra osztották, melyek a perspektíva, felelősség és mértékletesség lettek (Steinberg és Cauffman, 1996).

- Perspektíva:
  A döntés időbeli és társas kontextusban való elhelyezésére való képesség (pl. a cselekvés hosszú távú következményeinek mérlegelésére való képesség). Ide sorolható az egocentrizmus, a szelf és más emberek mentális tevékenységének elkülönítése, a társas szempontok figyelembe vétele, a morális ítélet. Kutatások rávilágítottak, hogy a perspektíva egyéni komponensei kapcsolatban állnak a kockázatvállaló viselkedéssel. A jövőperspektíva (amelynek legfőbb jelentősége abban áll, hogy a személy képes elhelyezni önmagát a jövőben) negatív kapcsolatban áll a rizikómagatartással (pl. Nurmi, 2005). Az észlelt jövőbeli kimenetelekhez kapcsolódó anticipált érzelmi reakciók meg tudják változtatni a rizikómagatartás kognitív értékelését (Lowenstein et al. 2001). Emellett az anya-gyermek kapcsolat és a szexuális rizikómagatartás tekintetében is mediáló hatással

bír az időperspektíva (Aronowitz és Morrison-Beedy, 2004). Nem elhanyagolható továbbá a remény szerepe sem a jövőre vonatkozó kilátások tekintetében (Valadez-Meltzer et al. 2005).

- Felelősség:
  A felelősség az önálló és független viselkedésre való képesség. Ebben fontos szerepe van az önbizalomnak és az énhatékonyságnak. Az önbizalom a másoktól való túlzott függőség hiányát jelöli, valamint életünk irányítása feletti kontroll érzését és a kezdeményezésre való készséget. Az énhatékonyság az egyén képességeiben való hitet jelenti, hogy képes újat tanulni és cselekedni (Bandura, 1986). A magas önbizalommal és énhatékonysággal jellemezhető személyek nagyobb mértékben képesek változtatni viselkedésükön. Kritikus tényező emellett maga az identitás, amely által az egyéni egyedi, másoktól különálló és különböző mivolta jelenhet meg. Ehhez kapcsolódik az énkép és az én-séma, amelyek magukba foglalják a személy önmagáról alkotott reprezentációit, feltételezéseit és a lehetséges szelfeket, és amelyek összekapcsolódó faktorok a pszichoszociális érettséggel és a rizikómagatartással egyaránt (Faucher, 2003).
- Mértékletesség:
  A mértékletesség az egyén impulzusainak szabályozására való képessége, amely megakadályozza az extremitásokat a döntéshozatali folyamatok során, amely által az egyén alaposan értékeli a szituációt cselekvése előtt, valamint a cselekvések megakadályozására és a másoktól való tanácsok kikérésére való képesség (Cauffman és Steinberg, 2000). Az impulzuskontroll hiánya mások véleményének figyelmen kívül hagyásához és kevésbé hatékony döntéshez vezet, különösen rizikószituációban (pl. Byrnes, 2002). Olyan tényezőkkel áll kapcsolatban, mint az önszabályozás, ingerkeresés, életkorból fakadó pszichológiai változások, életkor specifikus érzelem és depresszió stb. A mértékletesség nemcsak az egyén impulzuskontrollját foglalja magába, hanem azokat az érzelmi ingereket is, amelyek megelőzik a viselkedéseket.

A döntés létrehozása

Azok a tényezők, amelyek beszámítanak az ítéletbe, nem azonos mértékben alakulnak ki és hatnak a döntéshozatalra. Például serdülőkorban sem a logikai érvelés, sem a pszichoszociális faktorok nem érik el a felnőtt szintet, és ebből kifolyólag éretlennek tekinthetőek. A logikai érvelés kb. 15 éves korban, míg a pszichoszociális érettség csak kb. 22 éves korban éri el teljes fejlettségét. A intraperszonális, interperszonális, valamint környezeti és kulturális faktorok is

fontosak az ítélet létrehozásának folyamatában, hiszen alapvetően meghatározzák azt.

Kockázatkerülő és kockázatvállaló viselkedés
Az egészségi kockázatok kerülésének és azok vállalásának folyamatait együttesen egészségkockázati magatartásoknak nevezünk. Ezek két komponensből állnak, nevezetesen a döntésből, illetve a cselekvésből, amely a cselekvéshez vezet. A protektív és támogató faktorok, a veszélyinger, illetve az ítélet elemeinek hatása alatt születik meg a döntés, hogy a személy elköteleződjön-e a kockázati magatartás mellett vagy sem. Mindkét kimenet lehetséges, hiszen nem minden rizikó lehetőség torkollik kockázatvállaló viselkedésbe. Így a végeredmény lehet pozitív vagy negatív egészségi kimenet is.

A továbbiakban néhány faktor hatásának bemutatására kerül sor, követve Keeler és Kaiser (2010) modelljének felépítését.

Az egészségmagatartást befolyásoló interperszonális tényezők

Ahogyan azt már korábban említettük, az interperszonális tényezők alatt a személy kapcsolatai, illetve az ezekből a kapcsolatokból eredő cselekvések értendők az alábbiakban a család, a kortársak, illetve az iskolai faktorok hatásának kifejtésére kerül sor. Ezen faktorok elemzése a kötet további fejezeteiben részletesen megtörténik a társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatásra fókuszálva (Fucskó, 2017; Láczay és R. Fedor, 2017; Balogh és Hüse, 2017; Huszti és Takács, 2017; Markos és Szoboszlai, 2017).

A család szerepe

A család az elsődleges szociális közeg, amely mintaként szolgál a gyermek számára nemcsak gyermekkorban, de felnőttkorban is. Ebben a közegben tanuljuk meg, hogy milyen normáknak kell megfelelnünk, hogyan válhatunk a társadalom hasznos tagjává, hogyan birkózzunk meg a minket érő stressz hatásokkal, és a szüleinktől kapott értékek is meghatározóak lesznek felnőttkorban. Az itt elsajátított minták egész életünket végigkísérhetik, szerepe pedig kiemelkedő az értékek

átadásában, a világnézet kialakításában és a biztonságérzet megteremtésében egyaránt (Bardi és Schwartz ,2003). A serdülő számára egyre fontosabbá válnak a kortárskapcsolatok, ám a háttérben még támogató bázisként fontos marad a család is (Kovács és Pikó, 2009). A család olyan értékeket adhat a gyermek számára, amelyek alapján az egészséges magatartásmódok integrálódnak és a káros viselkedésformák kiszorulnak a serdülő értékrendjéből. Fontos szempont továbbá, hogy már gyerekkorban megtörténjen az egészséges életmóddal kapcsolatos szokások elsajátítása, hiszen a korai viselkedésminták és szokások jó prediktorai a későbbi, felnőttkori viselkedésnek (van Bree et al. 2015).

A család szerepe vitathatatlan az egészség- és rizikómagatartás és egészségtudatosság formálásában (Pikó 2005b). Többféle védőszerepről is beszélhetünk az egészségmagatartás tekintetében. Több kutatás is foglalkozott a szülőkhöz köthető szabadidős tevékenységek hatásával, amelyek protektív faktorként szolgálnak a gyermek értékrendjére és egészségtudatosságára nézve (Brassai és Pikó, 2005b). Azon serdülők, akiknek szülei jobban odafigyeltek és kontrollálták gyermekük szabadidős tevékenységeit, kisebb valószínűséggel fogyasztottak alkoholt vagy drogot (Ford, Järvinen és Østergard, 2009, idézi Kovács és Pikó, 2009).

A családtagok egészséggel kapcsolatos észlelései, hiedelmei, attitűdjei és viselkedése is befolyásolhatja a gyermek és a serdülő egészségmagatartását. Ezek pozitívan és negatívan is hathatnak a gyermek viselkedésére. Emellett a szülők attitűdjeinek egyezése vagy különbözése is befolyásoló tényező lehet: a megegyező vélemények hatása erősebb és a gyermek nagyobb valószínűséggel választja az adott viselkedést, például ha a szülők ugyanúgy gondolkodnak a helyes táplálkozásról vagy a közös étkezések fontosságáról, a serdülő nagyobb valószínűséggel bír hasonló véleménnyel és cselekszik is ennek megfelelően (Berge et al. 2016).

Kutatások szerint a család szerkezetében bekövetkező változás negatívan hat az egészségtudatos magatartásra, hiszen a kockázatvállaló és egészségkárosító viselkedések aránya magasabb azoknak a gyermekeknek a körében, ahol a családszerkezet nem ép. Az intakt, azaz ép családokban (ahol mindkét biológiai szülő jelen van) a legalacsonyabb a különféle rizikómagatartások és egészségkárosító magatartásformák kipróbálása és fennmaradása (Elekes, 2007a). Így azon gyerekek körében, akiknek a családjában történt szerkezeti változás (egyszülős és újrastrukturált családok esetében egyaránt), nagyobb a szerfogyasztás aránya 18 éves korig (Nicholson et al. 1999). Ennek hátterében feltehetően a megfelelő minőségű társas támogatás és a felügyelet hiánya állhat, ugyanakkor meg kell említeni, hogy a szülői közelség protektív tényező az egyszülős családok esetében is, elsősorban a lányoknál, amely visszatartó erő a kipróbálással és hosszú távú szerhasználattal szemben is (Kuntsche és Silbereisen, 2004). Az egyszülős családok gyermekeinek fiziológiai és érzelmi fejlődése is rosszabb és jobban elköteleződnek a kockázatos

tevékenysége iránt (Bramlett és Blumber, 2007). Az egyszülős családokban nevelkedő fiatalok körében magasabb a szerhasználat (Barrett et al. 2006), valamint a korai szexuális tapasztalatok és serdülőkor terhesség aránya is magasabb (Bonnel et al. 2006). A dohányzás valószínűsége a hagyományos kétszülős családban felnövő serdülők körében a legalacsonyabb, míg a mozaikcsaládok gyermekeinek esetében a legmagasabb (Griesbach, 2003). Pikó (2005) a 2004-es délalföldi ifjúságkutatás során kimutatta, hogy a nem intakt családi szerkezet is negatívan hat az egészségtudatos magatartásra, hiszen rizikótényező: az ilyen családból származó fiatalok körében magasabb a pszichoszomatikus és depressziós tünetek megjelenés, valamint a szerhasználat is (Fitzpatrick 1997; Harland et al. 2001). Emellett Hair et al. (2008) kutatása kimutatta, hogy az alacsony kockázatot vállaló egyének (low-risk individuals), vagyis akik tartózkodnak az egészségkárosító és kockázatvállaló viselkedésformáktól és elköteleződnek az egészséges magatartásformák mellett túlnyomóan a hagyományos családokból származnak.

Az egyszülős gyermekei körében a korai szexuális aktivitás előfordulása is magasabb (ahogyan idősebb fiútestvér jelenléte mellett is), ugyanakkor az óvszer és fogamzásgátló szerek alkalmazásával kapcsolatban nem mutatható ki kapcsolat a családszerkezettel (Wight et al. 2006).

Az elvált szülők gyermekeinek körében nagyobb a veszély az érzelmi, nevelési és szociális problémák megjelenésére és fennmaradására serdülő- és felnőttkorban egyaránt (Wadsworth, 1990). Ezen gyermekek esetében még felnőttkorban is alacsonyabb a szubjektívan megítélt jóllét mértéke, nagyobb a nagyivászat prevalenciája, sőt a depresszió és egyes pszichiátriai betegségek (pl. bulimia) megjelenésének is nagyobb a veszélye (Kendler et al 1996).

A társas kapcsolatok szerepe

A pozitív serdülőkori fejlődésben kiemelt jelentősége van a társas kapcsolatoknak (Pikó, 2005c), másképpen fogalmazva a társadalmi és a kapcsolati tőkének (Huszti, 2014). A kapcsolati tőke fogalom a társadalmi tőke fogalom része, annak alternatívája (Bordieu 1980; Coleman 1988; Pusztai 2015). Bourdieu (1980, 2001) megfogalmazásában a társadalmi tőke olyan magánvagyon, a hálózatokban létező, kollektív erőforrás, amely a hálózaton keresztül érvényesíthetővé válik az egyén számára, s amely elhelyezi az egyént a komplex társadalmi struktúrában. Coleman (1988) szemlélete alapján a társadalmi tőke jelentősen hozzájárulhat az egyén iskolai életútjához, iskolai karrierjéhez valamint társadalmi mobilitásához. Állítása szerint e tőkefajta váltható át leginkább emberi tőkévé, s képes az egyéb tőkehiányok pótlására. A coleman-i megközelítés vált számos tudományág alapjává.

A kapcsolati tőke jelenségének a társadalmi tőke fogalmából való „kihámozása" kapcsán megállapítható, hogy a kapcsolati tőke a bizalommal, a civil társadalombeli aktivitással, a jó hírnévvel stb. hozható összefüggésbe, míg a közöttük lévő összefüggések általános és fejlődés-, politika-, történelem-, kultúra specifikus sajátosságairól a társadalmi tőke ad képet (Sik, 2012).

A különböző formális és informális társas kapcsolatok egyrészt egészségvédő faktorként, másrészt egészségkárosító kockázati tényezőként definiálhatók. A barátok, a társak, a cimborák, a haverok megadhatják a megfelelő szintű érzelmi támaszt és információs támogatást, amellyel megelőzhetővé válhat az egészségkárosító magatartásforma kialakulása valamint állandósulhat az egészségvédő szokás, viselkedés gyakorlata. Az egészséget veszélyeztető magatartásokkal szembeni védelemben számos érzelmi és hangulati elem játszik szerepet (Gilvarry, 2000), amelyek a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás esélyét csökkentik (Pikó és Keresztes, 2010).

A társas kapcsolatok ugyanakkor a rossz viselkedésminták kialakulását is lehetővé teszik. A társak hatása negatívnak tekinthető, ha az nem támogatja az egyén hajlandóságát az egészséges viselkedésekre, a stresszel való megküzdésben, a jobb alkalmazkodásban és produktivitásban (OEI, 2007).

Összességében olyan iskolai környezetet kell kialakítani, ahol a diákok egymást kölcsönösen támogatják. A serdülők társas kapcsolatainak fejlesztése elősegíti a jobb tanulmányi eredményt és iskolai pályafutást illetve csökkenti annak esélyét, hogy a diákok veszélyes viselkedésbe, droghasználatba kezdjenek (Graczyk et al. 2000).

Iskolai faktorok – pl. kortársak, modellek

A serdülők napjaik jelentős részét az oktatási intézmény falain belül töltik. Az iskola közvetlen ismeretátadó és szemléletformáló funkciója mellett, amelyet a pedagógusok munkájának segítségével valósít meg, a társas, érzelmi nevelés, a szociális szabályok, a gondolkodás, a viselkedés valamint az egészséget veszélyeztető magatartásokkal szembeni „küzdelemben" is mintát nyújt, a tanárokon, diákokon, kortársakon keresztül (Kun 2005; Browning et al. 2015). Ebben a részben a teljesség igénye nélkül kizárólag az egészséget veszélyeztető magatartásokkal és a kortársak hatásával foglalkozunk, modell-szemléletben.

A szimbólum-modell szerint a serdülő fiatalokra azért jellemzőek a felnőtt életet jelképező viselkedésformák, úgymint a dohányzás és/vagy alkoholfogyasztás és/vagy droghasználat, mert a hosszúra nyúlt, gyermekkor és felnőttkor közötti időszakban identitásformálódással néznek szembe, nem ismerik saját személyisé-

güket, azonosságtudatukat, bizonytalanságban élnek, amiket a felnőttkor szimbólumaival, az egészségkockázati magatartásformákkal igyekeznek ellensúlyozni (Pikó 2007; Horwath et al. 2008). Ennek értelmében a felnőttkorúak káros szenvedélyének kialakulása leginkább a középiskolás korra vezethető vissza. A dohányosok közel kétharmada 18 éves korában vagy még fiatalabban szívta el első cigarettáját, harmaduk pedig már 16 évesen, vagy korábban rágyújtott (Muttarak et al. 2013). A „Magyar Ifjúság 2016" kutatás adatai alapján a 15 és 19 év közöttiek 13 százaléka napi rendszerességgel, 67 százalék egyáltalán nem dohányzik (Magyar Ifjúság Kutatás, 2016).

A Központi Statisztikai Hivatal 2014-es eredményei arról tanúskodnak, hogy a magyar lakosság közel harmada soha nem fogyaszt alkoholt: a nők 40 százaléka, a férfiak 18 százaléka tartja magát absztinensnek. A serdülők esetében kizárólag 47,5 százalék absztinens, több mint 45 százalék ritkán fogyaszt alkoholt és közel 7 százalék mértékletes ivó (ELEF 2014). A 2016. évi hazai kutatás eredményei szerint – a 2012. évhez képest – 6 százalékkal csökkent azok aránya, akik szinte soha nem fogyasztanak alkoholt, és 2 százalékkal a heti rendszerességgel alkoholfogyasztók aránya. A havonta vagy ritkábban ivók előfordulása ugyanakkor növekedett (Magyar Ifjúságkutatás 2016).

A drogfogyasztók számát kizárólag becsülni lehet, körülbelül 200 millió személy használ valamilyen pszichoaktív szert (Zsadányi, 2012). A magyarországi szerhasználók száma – a 2006-os felmérés szerint – 15480 főre tehető, számuk évről évre emelkedik (Zsadányi 2012). A HBSC 2010-es vizsgálat illegális szerhasználatra vonatkozó eredményei szerint a 9. és 11. osztályosok közel egyharmada fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, gyógyszert visszaélésszerűen vagy valamilyen inhalánst (Németh és Költő, 2011). Hazai kutatásokban 1995 és 2011 között a középiskolás fiatalok körében a drogfogyasztás mértéke jelentősen, 5 százalékról 20 százalékra emelkedett (Székely, Susánszky és Ádám, 2013). 2016-ban a környezeti drogfogyasztásra vonatkozó kérdés, „*A barátai, ismerősei között van-e olyan, aki használt már valamilyen kábítószert?*" eredményei alapján a vizsgált korosztályban közel 40 százalék azok aránya, akik ismernek olyan személyt – feltehetőleg kortársat – aki kipróbált már valamilyen kábítószert, 47 százalékuknak nincs ilyen ismerőse, 16 százalékuk pedig nem tudott vagy nem akart válaszolni (Magyar Ifjúság Kutatás, 2016).

Az adaptációs-modell értelmében a kortársak hatása a középiskolás serdülőkre kétélű fegyver lehet. Részint a körükben eltöltött (hosszú) idő kockázati tényezőt jelent a különböző rizikómagatartásformák, cigeretta- és alkohol kipróbálásának megjelenésére (Green és Pope, 2000; Pikó 2012), részint az egészségkockázati magatartásformákat elítélő kortársak lehetnek a legfontosabb protektív tényezők (Pikó 2012). Azokban a mikroközösségekben, ahol a szociális készségek szintje alacsony, a szerfogyasztás adaptívvá és a kortársakhoz való igazodás eszközévé válik, a káros szenvedélyek csoportnormaként jelennek meg (Pikó, 2007a; Ungar,

2000). Ezzel ellentétesen az egészségtudatos életmód is megjelenhet normaként, erősítheti a kortárscsoporti kohéziót, a kortársakhoz való igazodást. Pikó (2007a) ezzel kapcsolatban azt vallja, hogy a vallásos összejövetelekre járó serdülők körében kisebb a dohányzás és az alkoholfogyasztás kockázata.

Az életkori sajátosságok modellje alapján az életkor előrehaladtával a szerfogyasztás mértéke nő (Pikó 2010; Pikó és Keresztes 2010), a kortársak, a szabadidő eltöltése valamint a társas tanulás hatással van a káros szenvedélyek kialakulására (Pikó, 2007b). Azoknak a serdülőknek, akik – szakkörökre, sport foglalkozásokra, hitéleti eseményekre járnak – a szervezett szabadidő eltöltési formákat preferálják, bizonyos egészséget veszélyeztető tényezők kialakulásának alacsonyabb esélyével kell szembenézniük (Karvonen et al. 2001; Mikulán és Keresztes és Pikó, 2010).

Az iskolatípus és az iskolai teljesítmény is fontos komponensek a serdülők életében. A szakiskolások körében fordulnak leginkább elő az egészséget veszélyeztető magatartásformák előnyben részesítése (Elekes, 2007b), amelyet jelentősen befolyásol az iskolai teljesítmény. Az egészségkárosító magatartással szemben a jó iskolai eredmény védő faktorként fejti ki hatását (Pikó és Keresztes, 2010).

Az egészségmagatartást befolyásoló intraperszonális tényezők

Az intraperszonális faktorok a személyen belüli tényezők, amelyek jelentősége szignifikáns az egészség- és rizikómagatartás tekintetében. Az alábbiakban a nem és életkor, valamint a stressz, reziliencia és vallásosság hatásának bemutatására kerül sor, melyek részletes elemzése a kötet további fejezeteiben található (Hüse, 2017; Jóna, 2017; Kovács, 2017; Takács, Huszti és Hüse, 2017).

A nem szerepe

Az egészségmagatartás tekintetében nemi különbségek mutathatók ki, ugyanis a korábbi kutatások eredményei alapján a nőkre az egészségtudatosság magasabb foka jellemző (Husárová et al. 2015; Deeks et al. 2009).

Az egészségkárosító magatartás tekintetben is jelentős nemi különbségekről beszélhetünk. A magyarországi lakosság esetében a nőknek kevesebb, mint negyede, míg a férfiaknak egyharmada tartozik a rendszeresen dohányzók körébe (ELEF, 2014). Az Európai Lakossági Felmérés magyarországi adatai szerint az alkoholfogyasztás tekintetében is állnak fenn nem különbségek,

hiszen a nők több mint kétszer akkora arányban vallják magukat absztinensnek (40%), mint a férfiak (18%).

Európai kutatások is arra a következtetésre jutottak, hogy a dohányzás mértéke nagyobb a férfiak körében (pl. Pop et al. 2013). Ehhez hasonló tendenciák mutathatóak ki az alkoholfogyasztás tekintetében is, hiszen a férfiakra az alkoholfogyasztás nagyobb foka jellemző (pl. Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2008). A szerfogyasztás tekintetében is elmondható, hogy a férfiak körében nagyobb a szerfogyasztás és a szerfüggőség aránya (Becker és Hu, 2008). Fontos azonban megemlíteni, hogy a serdülőkorban tapasztalható különbségek nem szignifikánsak egyik rizikómagatartás tekintetében sem (pl. Itchley et al. 2016; Pitel et al. 2010). Emellett elmondható, hogy az életkorral csökken az egészségtudatosság egy bizonyos ideig (Husárová et al. 2015). Prepubertás korban még alacsonyabb a rendszeres dohányzás, alkoholfogyasztás és szerhasználat megjelenése és gyakorisága, azonban növekszik fiatal felnőttkorig s csak a középső felnőttkorban mutatható ki csökkenés (ELEF, 2014).

A stressz és reziliencia szerepe

Számos tényező befolyásolja a megküzdési folyamatot, amely tehát igen komplex. Befolyásoló tényezőként említhető a stresszor típusa, a személy aktuális mentálhigiénés állapota, a konvenciók (kulturális hagyományaink, elvárásaink, amelyeket elsősorban a család közvetít), az egyén önértékelése, az optimista vagy pesszimista beállítódás és a reziliencia (rugalmas ellenállási képesség) (Pataky, 2014).

Magatartási döntésinket jelentősen meghatározzák azok a megküzdési mechanizmusok, amelyeket a mindennapok során alkalmazunk, ezáltal az egészségmagatartásunkban is változásokat eredményeznek (Pluhár és Pikó 2003). Ha probléma adódik, amellyel szembe kell néznünk, mind a külső, mind a belső erőforrásaink mozgósítására szükség van ahhoz, hogy egyensúlyi állapotunkat képesek legyünk megtartani (Folkman et al. 1986). Az alkalmazott megküzdési módszer típusa attól függ, mi is az elsődleges célunk: ha közvetlenül a problémamegoldásra fókuszálunk, akkor problémaközpontú a megküzdésünk, míg ha az érzelmi egyensúly elérése az elsődleges célunk, úgy coping stratégiánk érzelemközpontú (Pluhár és Pikó, 2003).

A megküzdési stratégiák tekintetében a társas mechanizmusok, társas kapcsolatok, illetve a társas készségek megfelelő alkalmazása fontos szerepet kap (Helgeson, 1994). Kutatások alapján a családi kapcsolatok ápolása, illetve a kö-

zösségben tanúsított altruista magatartás hatékonyabb coping-módszerek alkalmazásával korrelál, ami adaptív a káros szenvedélyek megelőzésének tekintetében (Cuellar et al. 1995; Unger et al. 2002). Pikó és Keresztes (2010) vizsgálatukban két sajátos szociális coping-mechanizmus, nevezetesen a racionális, érzelmekkel szemben védekező, illetve a harmóniára törekvő, altruista megküzdési mód összefüggéseit vizsgálták a serdülők egészségmagatartásával. Eredményeik alapján a racionális, érzelmekkel szemben védekező, valamint a harmóniára törekvő, altruista megküzdés negatív kapcsolatban áll az egészségkockázati magatartás faktorral, míg pozitív kapcsolatban áll az egészségvédő faktorral; megerősítve a tényt, hogy a társas kapcsolatok hatékony kezelése és a társas kapcsolatokban fennálló harmónia segít megelőzni az egészségkárosító magatartásformák kialakulását, miközben egészségvédő magatartások fennmaradását is segíti, így a prevencióban kiemelkedő szereppel bírhat.

A stressz kapcsán a pszichoszomatikus tünetek megjelenéséről is érdemes beszélni. Ezek olyan pszichés problémák, melyek testi tünetekben nyilvánulnak meg, szintén az egészség mutatóiként foghatók fel (Kopp, 2001). Olyan tünetek sorolhatók ide, mint például fejfájás, alvási zavarok vagy krónikus fáradtság (Verbrugge és Asconi, 1987).

A nem dohányzó és alkoholt nem fogyasztó tanulók pszichés közérzete jobb a dohányzó, illetve alkoholt fogyasztó társaikkal összehasonlítva (Silva et al. 2007). White et al (2013) kutatása alapján a pszichés distressz a legerősebb prediktora (a társak szerfogyasztása mellett) a többszörös szerhasználatnak (vagyis az alkohol, nikotin és egyéb szer egyidejű használatának). Green et al. (2012) vizsgálatában a serdülő fiúk esetében mutatkozott szignifikáns kapcsolat a pszichés distressz és a szerfogyasztás, míg a lányok tekintetében nem volt szignifikáns kapcsolat kimutatható. Saban és Flisher (2010) serdülők szerfogyasztása és lelki betegsége közötti kapcsolatra vonatkozó metaelemzésében mutatott rá számos kutatás eredményeként a depresszió és a cigarettázás, valamint a szorongás és a cigarettázás, a szorongás és az alkoholfogyasztás között.

A stressz mellett a reziliencia szerepét fontos kiemelni. Ez „*egyfajta lelki edzettséget feltételez, s egyben felhívja a figyelmet a személyiségfejlődés egyedi mintázatainak széles spektrumára*" (Masten, 2001, idézi Pikó, 2010:12). Ez a pozitív pszichológiai szemlélet alapján felfogható fogalom, amely azt hangsúlyozza, hogy nem a problémamentesség, hanem a problémákkal való megküzdési képesség a cél (Hamvai és Pikó, 2009). A személyen belüli reziliencia faktorok magába foglalják a személy készségeit és karakterisztikumait (pl. önértékelés, empátia, öntudat), míg a környezeti reziliencia faktorok a személy családját, iskoláját és környezetét mint támogató kapcsolatokat tartalmazza (Stewart-Brown, 2006).

Kutatások eredményei alapján a rezílienciát támogató faktorok negatív kapcsolatban állnak a serdülőkori szerhasználattal. Vagyis a reziliencia protektív tényező, amely többszörösen hatva véd a negatív egészségügyi kimenetelektől vagy a szerhasználat kialakulásától (Windle, 2011). Goldstein et al. (2013) eredményei alapján a belső reziliencia negatív kapcsolatban áll a dohányzással és nikotinfüggőséggel, illetve a depresszióval. Eredményeik alapján ugyanez mondható el az alkoholfogyasztás tekintetében is, hiszen a magas rezíliencia az alkoholfogyasztás és a nagyivászat alacsonyabb mértékével korrelál. Vagyis levonható a kutatások alapján a következtetés, hogy a magas rezilienciával jellemezhető személyekre az alkoholfogyasztás, dohányzás és szerhasználat alacsonyabb foka jellemző.

A vallásosság szerepe a rizikómagatartásokban

A vallás/spiritualitás egészségre gyakorolt sokrétű hatása klinikailag igazolt (Mueller et al. 2001; Pikó 2005a). Azok, akik vallásosnak tartják magukat, kisebb arányban élnek káros szenvedélyekkel, tehát kisebb mértékben jellemző rájuk a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drogok használata. A vallásosság alapján kialakított értékrendbe nem tartozhat bele a „magas egészségkockázattal járó viselkedés", valamint fontos kontrollt jelent a szermentesség fenntartásában, illetve a szerfogyasztó magatartástól való tartózkodásban, az arról való lemondásban (Indries, 2005).

Kovács és Pikó (2010) kutatása alapján a vallásosság fontos protektív faktor a szerfogyasztás és más egészségkárosító magatartás kapcsán, amely növeli az egyének integritását, koherencia érzését, elégedettségét és jóllétét is, igazodva korábbi kutatások eredményeihez (Levin és Puchalski ,1997; Schlundt et al. 2008).

A szubjektív vallásosság is protektív faktorként tekinthető az egészségmagatartás tekintetében. A vallásosság olyan tényezőkkel korrelál, mint a hosszabb élettartam, jobb életminőség, alacsonyabb szorongás, depresszió és öngyilkosság, vagy hatékonyabb megküzdési stratégiák (Pikó és Kovács 2009). Továbbá a kutatások rávilágítottak arra is, hogy a vallásosság jobb mentális egészséggel, kevesebb mentális betegséggel, illetve jobb fizikai egészséggel is korrelál (Bonelli és Koening, 2013). Pikó (2012) a Szegedi Ifjúságkutatás (2010) során megállapította, hogy az alkoholfogyasztás prevalenciája és mértéke alacsonyabb azon fiatalok körében, akiknek az életében a vallás fontos szerepet játszik, akik biztosak a hitükben, és akik gyakorolják is a vallásukat, vagyis azok a fiatalok, akik magasabb spirituális jólléttel jellemezhetőek. Ezt az eredményt mutatták Allen és Lo (2010) eredményei is, amely szerint a vallásosság protektív faktor a nagyivászat, illetve az alkohollal kapcsolatos betegségek tekintetében. Egyéb hazai és nemzetközi kutatások is a vallásosság protektív szerepé hangsúlyozzák, hiszen számos

kutatás alapján a vallásos személyek között alacsonyabb gyakorisággal jelenik meg az alkohol-vagy drogfogyasztás, illetve alacsonyabb a dohányzás és a mentális problémák előfordulása (Aranda, 2008; Moksony és Hegedűs, 2006). Miller et al. (2000) eredményei is rámutattak arra, hogy a nem vallásos serdülők körében nagyobb az esélye bármilyen típusú szer fogyasztásának, például az alkohol vagy a drogok kipróbálásának és rendszeressé válásának.

Az egészségmagatartást befolyásoló kulturális és környezeti tényezők

Végül a kulturális és környezeti tényezők kerülnek megemlítésre Keeler és Kaiser (2010) modelljének struktúráját követve. Ezen belül is a szocio-ökonómiai státusz, a lakóhely típus hatásai kerülnek bemutatásra, melyet komplexen a kötetben Ludescher (2017) interjúelemzésen alapuló tanulmánya tárgyal.

Bolam et al. (2006) szerint a környezet több tényező okán is hathat a rizikómagatartások kialakulására:

- az azonos szociális identitású emberek megbeszélik egymással egészségi problémáikat és tapasztalataikat;
- az emberek azonosulnak azzal a környezettel, amelyben élnek, vagyis a környezet a stresszhatásokon és megküzdési mechanizmusokon keresztül hat az egészségünkre
- a szociális tőke és az egészség terén fennálló földrajzi egyenlőtlenségek is összefüggnek a szociális identitással, ami az egészségmagatartásra is hatással van.

A szocioökonómiai státusz hatása

Az egészségmagatartásra a család szocioökonómiai státusza is nagy hatással bír, ám az ezzel kapcsolatos kutatási eredmények ambivalensek. A szülők iskolai végzettsége negatívan hat a gyermekek alkoholfogyasztási szokásaira: a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekei körében nagyobb az alkoholfogyasztás és nagyivászat mértéke az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekeivel összehasonlítva (Pikó és Fitzpatrick, 2007). Mindezt a szerfogyasztás tekintetében is kimutatták, hiszen korábbi kutatások eredményi alapján a magasabb szocioökonómiai háttérrel jellemezhető családok gyermekei között nagyobb a szerfogyasztás prevalenciája (Humensky, 2010). Egyes

kutatások eredményei szerint azonban a magas SES védőfaktor a szerfogyasztás ellen (Lemstra et al. 2008).

A szubjektív anyagi helyzet és a rizikómagatartások megjelenése és gyakorisága között szignifikáns kapcsolat mutatható ki (Singh-Manoux et al. 2005). Az önmagukat alsó és alsó-középosztályba soroló fiatalok gyakoribb tünetképzésről számolnak be és egészségüket is rosszabbnak ítélik meg, ami korábbi vizsgálatokkal szinkronban van (Erginoz et al. 2004). Kevésbé jellemző rájuk a fizikai aktivitás is, ugyanakkor szintén kevésbé fogyasztanak alkoholt és marihuánát. Ezzel szemben a szülők iskolai végzettsége inverz módon függ össze a fiatalok alkoholfogyasztásával, ami a magasabb társadalmi rétegűek gyakoribb szerfogyasztásával szinkron eredmény (Tuinstra et al. 1998). Ez részben a jobb anyagi háttérrel, a több zsebpénzzel, részben a liberálisabb neveléssel magyarázható. A szülők alkalmazási minőségét tekintve ki kell emelni a munkaerőpiaci státuszt. Úgy tűnik, meghatározó a szülők inaktív státusza, azaz munkanélkülisége vagy nyugdíjas helyzete, amely gyakoribb tünetképzéssel és az egészség rosszabb érékelésével, ugyanakkor ritkább szerfogyasztással jár együtt. A felnőttek munkanélkülisége és rosszabb egészségi állapota közötti kapcsolat régóta igazolt, úgy tűnik, mindez kihat gyermekeik pszichikai egészségére is. Az anya háztartásbeli helyzete kevésbé hat ilyen módon.

A lakóhely hatása

A lakóhely típusa – amely szintén kapcsolatba hozható a SES státusszal - is nagy hatással bír, hiszen a lakókörnyezet áthatja mindennapi életünket, így egészségtudatosságunkat is formálja. A környezet meghatározásához *„tágabb értelem hozzátartozik az adott hely kultúrája is, amit nagyrészt azok az emberek alakítanak, akik egy adott területen tartósan együttélnek, hiszen a térbeli helyhez kötöttségen kívül meghatározott társadalmi folyamatok, viselkedésformák, szokásrend és szociális kontroll is összeköt, s ezáltal elkülönít más lakókörnyezetektől”* (Hou és Myles 2005, idézi Balázs et al. 2010:160). Ennek hatása különösen a káros szenvedélyek tekintetében jelentős.

A kutatások zöme azt állítja, hogy a hátrányos szociális helyzettel és alacsony társadalmi státussal jellemezhető városrészben élő, szegregálódott fiatalok körében magasabb a rizikómagatartások megjelenési aránya (pl. Daw et al. 2015; Dékány et al. 2010), vagyis az alacsony SES státusz is rizikófaktor az egészségkockázati magatartások tekintetében. A rossz szociális környezet együtt jár a magasabb dohányzási rátával, illetve az alacsonyabb leszokási rátával is (Stead et al. 2001).

Emellett a lakástípus tekintetében elmondható, hogy a káros egészség-magatartási formák aránya a bérlakásban és a lakótelepi öröklakásban élőknél magasabb a családi, kertes házban élőkkel összehasonlítva, amely természetesen kapcsolatban áll a szocioökonómiai státusszal (Keresztes et al. 2006). Azok, akik hátrányos szociális helyzettel és alacsony társadalmi státussal jellemezhető városrészben élnek, gyakran szegregálódnak, elszigetelődve a magasabb társadalmi osztályoktól, amely szintén negatív hatással bír az egészségmagatartásra nézve.

Vannak olyan területek is, ahol a társadalmi hátrányok halmozódnak: ezekre elhanyagolt lakókörnyezet, bűnözés, alkohol- és drogfogyasztás, antiszociális viselkedés, és beszűkült életkilátások jellemzőek. Alapvetően elmondható, hogy a szociális helyzet és az egészségi állapot többszörösen kedvezőtlenül befolyásolja egymást (Fitzpatrick és LaGory, 2000).

Összegzés

Az egészségtudatosság fontos szerepet játszik életünkben. Fontos, hogy megfelelő életvitelt éljünk, hiszen a helyes életmód segít az optimális egészségi állapot megőrzésében és a krónikus betegségek megelőzésében (Conner, 2005). A serdülőkor egy kritikus időszak, ekkor a legmagasabb rizikómagatartások gyakorisága, miközben az egészségvédő magatartás alacsonyabb mértéke jellemző (Lohaus et al. 2009).

A család és a szülők szerepe serdülőkorban még mindig jelentős, hiszen – bár a gyerekek egyre inkább kortársaik felé fordulnak – a család mintegy támogató bázisként jelen van a serdülő életében (Kovács és Pikó, 2009). Ez azonban a családszerkezet válságával és megbomlásával nem tud teljesülni, amely komoly stressz forrást jelent a gyermek számára, így növelheti az egészségkárosító magatartások megjelenését, azok kipróbálását, súlyosabb esetben hosszú távú fennmaradását is (Bramlett és Blumber, 2007).

A rossz viselkedésminták, a hátrányos szociális helyzet, az alacsony társadalmi státuss növeli annak esélyét, hogy az adott serdülő veszélyes viselkedésbe, drog-használatba, alkoholfogyasztásba, dohányzásba kezdjenek (Graczyk et al. 2000; Stead et al. 2001; OEI, 2007; Dékány et al. 2010; Daw et al. 2015).

Felhasznált irodalom

1. Allen, T. M. és Lo, C.C. (2010): Religiosity, spirituality, and substance abuse. *J. DrugIssues, 40,* 433–459.

2. Aranda, M.P. (2008): Relationship between religious involvement and psychological well-being: A social justice perspective. *Health and Social Work, 33*(1), 9-22.
3. Aronowitz, T., és Morrison-Beedy, D. (2004): Resilience to risk-taking behaviors in impoverished African American girls: The role of mother–daughter connectedness. *Research in Nursing és Health, 27*, 29−39.
4. Balázs M. Á., Pikó B., Dékány K. és Pluhár Zs. (2010): Lakóhely és a lakókörnyezet: kockázat vagy védelem? In: Pikó B. (szerk.) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban.* Budapest: L'Harmattan Kiadó, 200–210.159-187.
5. Balogh E., Hüse L. (2017): Az iskolai közérzet és a rizikómagatartás egyes aspektusainak összefüggései. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 91−112.
6. Bandura, A. (1986): S*ocial foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
7. Barrett, A. E. és Turner, J. (2006): Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the raltionship. *Addiction, 101,* 109-120.
8. Baum A., Krantz, D. S. és Gatchel, R. J. (1997): *An introduction to health psychology.* McGraw- Hill, New York.
9. Becker, J. B. és Hu, M. (2008): Sex Differences in Drug Abuse. *Front Neuroendocrinol. 29*(1), 36–47.
10. Berge, J. M., MacLehose, R. F., Meyer, C., Didericksen, K., Loth, K. A. és Neumark-Sztainer, D. (2016): He said, she said: examining parental concordance on home environment factors and adolescent health behaviors and weight status. *Journal of the Academy of nutrition and Dietetics, 116* (1), 46-60.
11. Bernat, D. H., és Resnick, M. D. (2006): Healthy youth development: Science and strategies. *Journal of Public Health Management Practice*, S10−S16.
12. Blum, R. W., McNeely, C., és Nonnemaker, J. (2002): Vulnerability, risk, and protection. *Journal of Adolescent Health*, 31, S28−S39.
13. Bolam, B., Murphy, S. és Gleeson, K. (2006): Place-identity and geographical inequalites in health: A qualitative study. *Psyhology and Health, 21*, 399–420.
14. Bonelli, R. M. és Koenig, H.G. (2013): Mental disorders, religion and spirituality 1990–2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health, 52*(2):657–73.
15. Bonnel, C., Allen, E. és Strange, V. (2006): Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conceptions. Journal of Epidemiology és Community Health, *60,* 502-506.

16. Bourdieu, P. (1980): Le Capital Social. Notes Provisoires. *Actes de la recherche ensciences sociales,* 31, 2-3.
17. Borowsky, I. W., Ireland, M., és Resnick, M. D. (2001): Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics,* 107, 485−493.
18. Bramlett, M. D. és Blumsberg, S. J. (2007): Family structure and children's physical and mental health. *Health Affairs, 26* (2), 549-558.
19. Brassai, L. és Pikó, B. (2005): Szerhasználat és családi tényezők viszonya középiskolásoknál. *Addictologica Hungarica, 4* (1), 7-29.
20. Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
21. Browning, C.R. et al. (2015): Neighborhoods and adolescent health-risk behavior: an ecological network approach. *Social Science és Medicine,* 125, 163-172.
22. Byrnes, J. P. (2002): The development of decision-making. *Journal of Adolescent Health, 31,* 208−215.
23. Cauffman, E. és Steinberg, L. (2000): (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences és the Law, 18*, 741−760.
24. Coleman, J. S. (1988): Social Capital in the Creation of the Human Capital. *Amerian Journal of Sociology,* 94, 95-120.
25. Conner, M. (2005): *Health behaviours.* http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/conner2002.pdf. Utolsó látogatás: 2017. április 30.
26. Cuellar, I., Arnold, B. és Gonzales, G. (1995): Cognitive referents of acculturation: Assessment of cultural constructs in Mexican Americans. *Journal of Community Psychology, 23,* 339–356.
27. Daw, J., Margolis, R. és Verdery, A. M. (2015): Siblings, friends, course-mates, club-mates: How adolescent health behavior homophily varies by race, class, gender, and health status. *Social Science és Medicine, 125,* 32-39.
28. Dékány, K., Balázs, M. Á. és Pikó, B. (2010): A lakóhely és a szülői védőfaktorok jelentősége a serdülőkori rizikómagatartások gyakoriságában. *Magyar Epidemiológia,* 7, 95-100.
29. Deeks, A., Lombard, C., Michelmore, J. és Teede, H. (2009): The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health, 9*(1), 213.
30. ELEF (2014): Európai lakossági felmérés, 2014. *Statisztikai tükör 2015/29,* 1-9.
31. Elekes, Zs. (szerk.) (2007a): *Egy változó kor ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon, ESPAD 2007.* L'Hartmann, Budapest.
32. Elekes, Zs. (2007b): Serdülőkori fiatalok alkoholfogyasztása az ESPAD – kutatások eredményei alapján. In: Demetrovics, Zs., Urbán, R. és

Kökönyei, Gy. (szerk.),: Iskolai egészségpszichológia. L'Harmattan, Budapest, 216-242.
33. Engle, P. L., Castle, S. és Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43, 621-635.
34. Bolam, B., Murphy, S. és Gleeson, K. (2006): Place-identity and geographical inequalites in health: A qualitative study. *Psyhology and Health, 21*, 399-420.
35. Erginoz, E. et al. (2004): Perceived health status in a Turkish adolescent sample: Risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics, 163*, 485-494.
36. Erikson, E. H. (1963): *Childhood and society*. Norton, New York.
37. Faucher, M. A. (2003). Factors that influence smoking in adolescent girls. Journal of *Midwifery and Women's Health, 48,* 199−204.
38. Fitzpatrick, K. M. (1997): Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior, 38,* 131-148.
39. Fitzpatrick, K. M., és LaGory, M. (2000): *Unhealthy places: The ecology of risk in the urban landscape*. New York: Routledge.
40. Ford, J. A. (2009): Nonmedical prescription drug use among adolescents: The influence of bonds to family and school. *Youth és Society, 40,* 336–352.
41. Fucskó M. (2017): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartása. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 61−72.
42. Gibbons, F. X. et al. (1998): Cognitive antecedents to adolescent health risk: Discriminating between behavioral intention and behavioral willingness. *Psychology and Health, 13*, 319-339.
43. Gilvarry, E. (2000): Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 55-80.
44. Goldstein, A. L., Faulkner, B., Wekerle C. (2013): The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse és Neglect, 37,* 22-32.
45. Graczyk, P. A. et al. (2000): Criteria for Evaluating the Quality of School-Based Social and Emotional Learning Programs. In: Bar-On, R. és Parker, J. D. A. (Eds.), *The Handbook of emotional intelligence.* First Edition, John Wiley és Sons, 89-410.
46. Green, C. A. és Pope, C. R. (2000) Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *Am J Health Promot*, 15, 29-34.
47. Green, K. et al. (2012): Interrelationship of substance use and psychological distress over the life course among a cohort of urban African Americans. *Drug And Alcohol Dependence, 123*(3), 239-248.

48. Greenberger, E., és Sorensen, A. B. (1974): Toward a concept of psychosocial maturity. *Journal of Youth and Adolescence, 3, 329*−358.
49. Griesbach, D., Amos, A. és Currie, C. (2003): Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science és Medicine, 56,* 41-52.
50. Hamvai, Cs. és Pikó, B. (2009): Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: A pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia, 108*(1), 71–92.
51. Hair, E. C. et al. (2008): The continued importance of quality parent–adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 18,* 187−200.
52. Harland, P. et al. (2002): Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 11,* 176-184.
53. Harrell, J. S. et al. (1998): Smoking initiation in youth: The roles of gender, race, socioeconomics, and developmental status. *Journal of Adolescent Health, 5*, 271−279.
54. Harris, D. M. és Guten, S. (1979): Health protecting behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour, 20,* 17–29.
55. Helgeson, V.S. (1994): Relation of agency and communion to well being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin, 116*, 412–428.
56. Hodder, R. K. et al. (2017): Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysisReview Article. *Preventive Medicine, In Press*, Accepted Manuscript, Available online 6 April 2017.
57. Hou, F. és Myles, J. (2005) Neighbourhood inequality, neighbourhood affl uence and population health. *Social Science and Medicine, 60,* 1557–1569.
58. Humensky, J. L. (2010): Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5*(19), 1-10.
59. Husárová, D et al. (2015): Age and Gender Differences in Prevalence of Screen Based Behaviour, Physical Activity and Health Complaints Among Slovak School-Aged Children. *Central European Journal Of Public Health, 23*(Suppl), S30–S36.
60. Huszka, P. és Lukács, R. (2014): A Study of Health Behaviour Among Students. *Tér-Gazdaság-Ember, 2*(4), 73-92.
61. Huszti É. és Takács P. (2017): Kapcsolati faktorok és rizikómagatartás. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 113−126.
62. Huszti, É. (2014): Társas kapcsolatok Nyíregyházán. *Acta Mediciane et Sociologica*, 5(12-13), 143-164.

63. Hüse L. (2017): Vallásosság, vallásos kapcsolatok, és ezek összefüggései a rizikómagatartással. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 127−136.
64. Indries, K. (2005): V*allásosság. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003. Kutatási jelentés.* Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
65. Itchley, J. et al. (2016): *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School-Aged Children (Hbsc) Study: International report from the 2013/2014 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7).
66. Järvinen, M. és Østergard, J. (2009): Governing adolescent drinking. *Youth és Society, 40 (3),* 377–402.
67. Jessor, R. (1991): Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597−605.
68. Jóna Gy. (2017): A szakellátásban és telepi körülmények között élő fiatalok támogató kapcsolathálózata – összehasonlító reziliencia vizsgálat. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 149−160.
69. Karvonen, S. et al. (2001): Lifestyle, social class and health-related behaviour. A cross-cultural comparison of 15 year-olds in Glasgow and Helsinki. J Youth Stud, 4: 393-413.
70. Keeler, H. J. és Kaiser, M. M. (2010): An Integrative Model of Adolescent Health Risk Behavior. *Journal of Pediatric Nursing 25,* 126-137.
71. Kendler, K. S. et al. (1996): Irish study on high-density schizophrenia families: field methods and power to detect linkage. *Americal Journal of Medical Genetics, 67*(2), 179-190.
72. Keresztes, N., Pluhár, F. Zs. és Pikó, B. (2006): Fiatalok életmódja és egészsége lakóhelyük tükrében. *Új Pedagógiai Szemle, 2006/6*.
73. Kopp, M. (2001): Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In: Buda B., Kopp M., és Nagy E. (szerk.) Magatartástudományok. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 23–46.
74. Kovács, E. és Pikó, B. (2009): A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 10 (4),* 223.237.
75. Kovács K. (2017): A sportolás és rizikómagatartás összefüggései a társadalom perifériáján élő fiatalok körében. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 137−148.

76. Kun, Á. (2005): Mentális egészség és egészségmagatartás a társas tényezők tükrében. In: Münnich Á. (szerk.): *A mentális egészséget és egészségmegőrzést befolyásoló tényezők.* Didakt Kft., Debrecen.
77. Kuntsche, E. N. és Silbereisen, R. K. (2004): Parental closeness and adolescent substance use in single and two-parent families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology, 63,* 85–92.
78. Horwath, J. et al. (2008) Religion, beliefs and parenting practices. A descriptive study. Joseph Rowntree Foundation, UK. http://equalityanddiversity.net/docs/faith-parenting-youth.pdf. Utolsó látogatás: 2017. április 30.
79. Láczay M., R. Fedor A., (2017): A szabolcs-szatmár-beregi fiatalok bizalmi kapcsolatainak bemutatása kockázati tényezők elemzése alapján. Prediktorok és protektorok egy vizsgálat adatbázisának több dimenziós elemzésében. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 73−90.
80. Lerner, R. M., és Miller, J. R. (1993): Integrating human development research and intervention for America's children: The Michigan state university model. *Journal of Applied Developmental Psychology, 14,* 347−364.
81. Lemstra, M. et al. (2008): The Role of Economic and Cultural Status as Risk Indicators for Alcohol and Marijuana Use Among Adolescents. *Paediatrics and Child Health, 14*(4), 225–230.
82. Levin, J.S. és Puchalski, C.M. (1997): Religion and spirituality in medicine: Research and education. *Journal of the American Medical Association, 278,* 792–793.
83. Lewin, K. (1951): Field theory in the social sciences: Selected theoretical papers. New York: Harper.
84. Loewenstein, G. F. et al. (2001): Risk as feelings. *Psychological Bulletin,* 127, 267−286.
85. Lohaus, A., Vierhaus, M. és Ball, J. (2009): Parentig styles and healthrelated behaviour in childhood and early adolescence: results of a longitudinal study. *The Journal of Early Adolescence,* 29, 449-475.
86. Ludescher G. (2017): Rizikó- és protektív tényezők a szegregátumban: az élvezeti szerek használatának mérése kvalitatív módszerrel. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 199−216
87. Magyar Ifjúság Kutatás (2016): |*Ezek a mai magyar fiatalok!* http://www.ujnemzedek.hu/sites/default/files/magyar_ifjusag_2016_a4_web.pdf. Utolsó látogatás: 2017. április 29.

88. Markos V., Szoboszlai K. (2017): Személyes célok és reziliencia. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 187−198.
89. Masten, A. S. (2001): Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist, 56,* 227–238.
90. Mead, G. H. (1934): *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
91. Mikulán, R., Keresztes, N. és Pikó, B. (2010): A sport mint védőfaktor: fizikai aktivitás, egészség, káros szenvedélyek. In: Pikó, B. (szerk.): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan, Budapest. pp. 115-130. http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok_11_PikoB_konyv.pdf. Utolsó látogatás: 2017. április 29
92. Miller, L., Davies, M. és Greenwald, S. (2000): Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 1190-1197.
93. Millstein, S. G. (2003): Risk perception: Construct development, links to theory, correlates and manifestations. In D. Romer (szerk.): *Reducing adolescent risk: Towards an integrated approach.* Thousand Oaks, CA: Sage Publishers, 35−43.
94. Moksony, F. és Hegedűs, R. (2006): Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: A vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon. *Szociológiai Szemle,* 16(4), 3-18.
95. Mueller, P.S., Plevak, D.J. és Rummans, T.A. (2001): Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. Mayo Clinic Proceedings, 76(12), 1225- 1235.
96. Muttarak, R. et al. (2013): Why do smokers start? *Eur J Cancer Prev*, 22(2), 181-186.
97. Németh, Á. (szerk.) (2007): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az iskoláskorú gyermekek felmérésének Nemzeti jelentése.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
98. Németh, Á. és Költő, A. (szerk) (2011): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf. Utolsó látogatás: 2017. április 29.
99. Nicholson, J. K., Lindon, J. C. és Holmes, E. (1999): 'Metabonomics': Understanding the metabolic responses of living systems to pathophysiological stimuli via multivariate statistical analysis of biological NMR spectroscopic data. *Xenobiotica, 2*9**,** 1181-1189.

100. Nurmi, J. E. (2005): Thinking about and acting upon the future: Development of future orientation across the lifespan. In A. Strathman, és J. Joireman (szerk.): *Understanding behavior in the context of time: Theory, research, and application*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 31-57.
101. OEI – Országos Egészségfejlesztési Intézet (2007): *Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció*. OEI, Budapest. http://mek.oszk.hu/08100/08128/08128.pdf. Utolsó látogatás: 2017. április 30.
102. Pataky, N. (2014): Megküzdés és tehetség. In: Fülöp Márta (szerk): *Stressz, megküzdés, versengés konfliktusok.* Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, 67-119.
103. Pikó, B. (2003): Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány,* 11, 1381.
104. Pikó, B. (2005a): Vallásosság, egészség és káros szenvedélyek az ifjúság körében. In: Pikó, B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 200-210.
105. Pikó, B. (2005b): Középiskolás fiatalok szabadidő-struktúrája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. *Szociológiai Szemle, 2,* 88-99.
106. Pikó, B. (2005c): *Lelki egészség a modern társadalomban.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
107. Pikó, B. (2007a): Egyenlőtlenségek vizsgálata a serdülők és az idősek egészségi állapotában mint szociológiai kihívás. *Szociológiai Szemle*, 17(1-2), 99-108.
108. Pikó, B. (2007b): A serdülőkori egészségmegtartás pozitív pszichológiai megközelítése. In: Demetrovics, Zs., Urbán, R. és Kökönyei Gy, (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia*. L'Harmattan, Budapest, 73-90.
109. Pikó, B. (2010): Szegedi Ifjúságkutatás 2008, 2010. In: Pikó B. (szerk.): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan, Budapest, 39-54. http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok_11_PikoB_konyv.pdf. Utolsó látogatás: 2017. április 29.
110. Pikó, B. (2012): *Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó- és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében.* Szeged. [Disszertáció].
111. Pikó, B. és Fitzpatrick, K. M. (2007): Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health, 17*, 353-360.
112. Pikó B. és Keresztes N. (2010): A serdülők egészségmagatartása két szociális coping-mechanizmus tükrében. In. Pikó B. (szerk): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 103-115.

113. Pikó B. és Kovács E. (2009): Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata. *Orvosi Hetilap, 150*(41), 1903-1908.
114. Pitel, L. et al. (2010): Gender differences in adolescent health-related behaviour diminished between 1998 and 2006. *Public Health, 124*, 512-518.
115. Pluhár Zs. és Pikó B. (2003): A sport előfordulása és esetleges preventív hatása fiatalok körében. *Magyar Sporttudományi Szemle, 1,* 26-29.
116. Pop, O. M. et al. (2013): Gender differences in attitudes towards smoking among Romanian adolescents: the role of smoking status: Oana Maria Pop. Eurpoean *Journal of Public Health, 23*(1). https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt123.176
117. Pusztai, G. (2015): Tőkeelméletek az oktatáskutatásban. In: Varga, A. (szerk.): *A nevelésszociológia alapjai*. Bolko-Print Nyomda, Pécs, 137-160.
118. Rew, L., és Horner, S. D. (2003): Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing, 18,* 379−388.
119. Saban, A. és Flisher, A. J. (2010): The Association Between Psychopathology and Substance Use in Young People: A Review of the Literature. *Journal Of Psychoactive Drugs*, *42*(1), 37-47.
120. Schlundt, D.G. et al. (2008): Religious affi liation, health behaviors and outcomes: Nashville REACH 2010. *American Journal of Health Behavior, 32*(6), 714–724.
121. Sik, E. (2012): Doomed to failure – with some chance to success: Migration statistics in the 21st century. Presentation at the SEEMIG Launching Conference: 'Migration, demography and labour markets. Long term processes and linkages', 19-20 September 2012, Bratislava, Slovakia.
122. Silva, R. et al. (2007): Psychological well-being and adolescence: associated factors. / Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Cadernos De Saúde Pública*, *23*(5), 1113-1118.
123. Singh-Manoux, A., Marmot, M.G. és Adler, N.E. (2005): Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine, 67,* 855-861.
124. Stead, M. et al. (2001): „It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health and Place, 7,* 333-343.
125. Steinberg, L., és Cauffman, E. (1996): Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making. *Law and Human Behavior, 20*, 249-272.
126. Stewart-Brown, S. (2006): *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the*

effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
127. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies (2008): *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings.* Rockville, MD: 2008.
128. Székely, A., Susánszky, É. és Ádám, Sz. (2013): Fiatalok kockázati magatartása. In: Székely, L. (szerk.): *Magyar Ifjúság 2012*. Kutatópont, Budapest,179-210.
129. Takács P., Huszti É., és Hüse L. (2017): Stressz, anómia és a rizikómagatartás. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 161−186.
130. Tényi, J. és Sümegi, Gy. (1997): *Egészségfejlesztés – egészségnevelés*. POTE. Pécs.
131. Tuinstra, J. et al. (1998): Socio-economic differences in health risk behavior in adolescence: Do they exist? *Social Science and Medicine, 47*, 67-74.
132. Tusaie, K., Puskar, K., és Sereika, S. M. (2007): A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 39*, 54-60.
133. Ungar, M.T. (2000) The myth of peer pressure. *Adolescence,* 35, 167-180.
134. Unger, J. B. et al. (2002): Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research és Theory, 10*, 257–279.
135. Valadez-Meltzer, A. et al. (2005): Will I be alive in 2005? Adolescent level of involvement in risk behaviors and belief in near-future death. *Pediatrics, 116*(1 (Electronic)), 24-31.
136. van Bree, R. J. H. et al. (2015): Habit as mediator of the relationship between prior and later physical activity: A longitudinal study in older adults. *Psychology of Sport and Exercise, 19,* 95-102.
137. Wadsworth, M. et al. (1990): Children of Divorced and Separated Parents: Summary and Review of Findings from a Long-Term Follow-Up Study in the UK. *Family Practice, 7(2)*, 104-109.
138. Verbrugge, L.M. és Asconi, F.J. (1987): Exploring the iceberg: Common symptoms and how people care for them. *Medical Care, 25*, 539-569.
139. White, A. et al. (2013): The topography of multiple drug use among adolescent Australians: findings from the National Drug Strategy Household Survey. *Addictive Behaviors*, *38*(4), 2068-2073.
140. Wight, D., Williamson, L. és Henderson, M. (2006): Parental influences on young people's sexual behaviour: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescence, 29,* 473-494.

141. Windle, G. (2011): What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21,*152-169.
142. Zsadányi, Zs. (2012): A drogfogyasztás alakulása Magyarországon. A drogfogyasztás faktorai. *Mindennapi pszichológia.* http://www.mipszi.hu/cikk/130309-drogfogyasztas-alakulasa-magyarorszagon. Utolsó látogatás: 2017. április 29.

A fiatalok rizikómagatartására vonatkozó hazai nagymintás kutatások eredményeinek áttekintése

Horváth Cintia

Bevezetés

Ez a fejezet a magyarországi fiatalok rizikómagatartásának feltárására irányuló nagymintás, sztenderdizált vizsgálatok eredményeit mutatja be, egy olyan szűrőn keresztül, amelynek legfőbb vezérelve, hogy a társadalmi periférián élő fiatalok rizikómagatartásának megismerésére fókuszáló jelen kutatásunk adatainak összehasonlíthatóságát tegye lehetővé. E célt szem előtt tartva a három legismertebb kutatássorozat – ESPAD, HBSC, Magyar Ifjúság – legfrissebb eredményei mellett egy, a nagyközönség előtt bizonyára nem annyira ismert, de lokálisan jelentős kutatás, a „Nyíregyháza Ifjúsága 2015" eredményeit is bemutatom.

Az ESPAD vizsgálatok

Az ESPAD vizsgálatok (European School Surveyon Alcohol and other Drugs) célja, hogy a fiatalok rizikómagatartásáról nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön össze. A felmérések négyévente ismétlődnek, az első adatfelvételre 1995-ben került sor. A fiatalok dohányzás, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai mellett a felmérés során feltérképezik az ezek mögött álló egyéb tényezők egy részét is. A programnak fontos célja, hogy felmérje a fiatalok fogyasztási szokásaiban történő változásokat, és ezeket az adatokat, trendeket összemérje a más országokban tapasztaltakkal (Elekes, 2016). Az adatfelvétel csak a normál, nappali tagozatos iskolai képzésben résztvevő, a 16. életévüket betöltött fiatalokra terjedt ki. A 2015-ös hazai ESPAD vizsgálat 8569 fő lekérdezésével valósult meg, mindhárom középiskola-típus nagyjából arányos bevonásával.

A *dohányzás* tekintetében az ESPAD kutatások csak a cigaretta használatára terjedtek ki. A hazai diákok jelentős része (72,4%) úgy véli, hogy elég könnyen vagy nagyon könnyen tudna cigarettát szerezni, ha akarna. A 2015-ben megkér-

dezett 9-10. évfolyamosok 62,5 százaléka legalább egyszer kipróbálta már a cigarettát az élete során. A lányok és fiúk között nincs különbség az élete során legalább egyszer cigarettát kipróbálók körében, ugyanakkor a fiúk gyakrabban dohányoznak, mint a lányok. A diákok 35,5%-a dohányzott a kérdezést megelőző hónapban. A fiúknál a napi dohányzók aránya 26,8% volt, még a lányoknál 21,7%.

Az első cigaretta elszívásának átlagos életkora 13,3 év. A tendencia azt mutatja, hogy minél nagyobb az iskolai végzettsége a tanulónak, annál kisebb az alkalmi dohányzók és a napi rendszerességgel cigarettát szívók aránya: tehát a gimnáziumokban dohányoznak a legkevesebben. Az iskola székhelyét és a családok lakóhelyét vizsgálva, azt az adatok kapták, hogy a kisebb városokban és községekben elterjedtebb a dohányzók aránya, mint Budapesten.

A családi viszonyokat vizsgálva, kimutatták, hogy a mozaik és csonka családban nevelkedett fiatalok között többen dohányoznak napi rendszerességgel, mint a teljes családban nevelkedett tanulók.

	Dohányzott az életében (%)	Dohányzott az előző hónapban (%)	Napi dohányzó (%)	Napi dohányzás kezdete (életkor)
Az iskola típusa				
gimnázium	52,3	23,6	11	14,85
szakközépiskola	66,1	37	255	14,45
szakiskola	75	53	45,5	14,3
Az iskola székhelye				
Budapest	60,8	33,8	22	14,6
vidék	62,8	35,9	25,1	14,45
Lakóhely				
Budapest	60,5	34,9	24,5	14,69
város	61,5	32,9	20,9	14,53
község	63,1	37,1	26,8	14,41
Családszerkezet				
teljes család	58,3	3,7	19,4	14,61
moziaik család	68,2	4,5	30	14,48
csonka család	68,3	40,9	30,6	14,46
nincs édes szülő	72,7	49,4	40,6	13,92

Apa iskolai végzettsége				
Kevesebb mint érettségi	65,8	39,1	28,9	14,41
értettségi	62,5	34,4	21,8	14,57
felsőfok	54,7	26,7	14	14,8
nem tudja, nincs apja	62	37,3	28,8	14,4

Anya iskolai végzettsége				
Kevesebb mint érettségi	66,4	40	30,5	14,44
értettségi	63,7	35,3	23,2	14,54
felsőfok	54,5	27,6	14,9	14,74
nem tudja, nincs anyja	62	35,7	26,1	14,04
Szubjektív anyagi helyzet				
legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	62,1	36	23,8	14,53
átlagos, vagy valamivel jobb az átlagnál	61,5	34	23,3	14,53
átlag alatti	68,6	40,8	29,3	14,29
összesen	62,5	35,5	24,4	14,48
(N)	4152	2361	1621	

1. táblázat. A dohányzás főbb mutatói társadalmi változók szerint a 9-10. évfolyamon

A középiskola típusa nagymértékben befolyásoló tényező az *alkoholfogyasztásban* is. A gimnáziumokban tanuló diákok alacsonyabb arányban részegednek le, vagy számítanak nagyivónak, mint a szakiskolások. A vidéki iskolákban gyakoribb a lerészegedés, mint a fővárosban, azonban Budapesten tanuló diákok körében az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége nagyobb. A családi viszonyokat vizsgálva kimutatták, hogy a mozaik- és csonkacsaládban nevelkedett fiatalok között több a nagyivó és a lerészegedés, valamint a fogyasztott mennyiség is nagyobb, mint az ép családban nevelkedett tanulók esetében. A diákok többsége úgy véli, hogy annak ellenére, hogy fiatalkorúak, könnyen tudnának alkohol tartalmú ital szerezni, ha akarnának, annak ellenére, hogy az, jogilag nem megengedett.

	Ivott az előző hónapban (%)	Volt nagy ivás az előző hónapban (%)	Volt részeg az előző hónapban (%)	Utolsó fogyasztás átlagos mennyisége (ml/fő)
Az iskola típusa				
gimnázium	59,4	37,7	18,1	69,3
szakközép-iskola	62,5	45,8	22,8	81,5
szakiskola	61,2	59,0	28,4	95,8
Az iskola székhelye				
Budapest	60,1	41,4	21,9	79,7
vidék	61,0	46,7	22,3	79,2
Lakóhely				
Budapest	60,6	44,2	23,0	78,9
város	62,3	44,3	21,6	78,7
község	60,1	47,1	22,3	79,8
Családszerkezet				
teljes család	59,8	42,9	20,3	76,3
moziaik család	63,8	49,6	22,4	82,6
csonka család	63,0	48,4	26,3	84,0
nincs édes szülő	59,4	54,4	27,4	92,9
Apa iskolai végzettsége				
Kevesebb mint érettségi	59,1	47,3	22,8	81,3
értettségi	63,6	48,2	23,2	81,3
felsőfok	62,9	38,9	19,7	73,0
nem tudja, nincs apja	55,9	42,9	21,3	75,6
Anya iskolai végzettsége				
Kevesebb mint érettségi	57,9	48,6	22,5	80,4
értettségi	63,4	46,9	24,2	82,8
felsőfok	62,6	39,5	19,0	73,7
nem tudja, nincs anyja	53,9	39,9	20,8	77,0
Szubjektív anyagi helyzet				
legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	63,3	50,8	24,9	86,1
átlagos, vagy valamivel jobb az átlagnál	60,1	43,6	20,5	76,3
átlag alatti	60,9	45,4	26,4	91,2
összesen (N)	60,8 (4013)	45,6 (3038)	22,2 (1454)	79,7

2 táblázat. Az alkoholfogyasztás főbb mutatói társadalmi változók szerint a 9-10. évfolyamon

A *drogfogyasztás* mutatói is eléggé elgondolkodtatók. A 9-10. évfolyamos tanulók 19,5 százaléka fogyasztott életében legalább egyszer valamilyen szert. Ez az érték nemek szerint eltérő (fiúk 22,1%, lányok 16,8%). A célcsoport nem rendszeresen fogyaszt kábítószert, többnyire ez néhány alkalomra korlátozódik, viszont a megkérdezettek egyötöde 20-nál több alkalommal próbált ki valamilyen tudatmódosító szert. A próbálkozók aránya a megkérdezettek 60%-a.

A szerhasználat legjellemzőbb a Budapesten élő, szakiskolában tanuló fiúkra, akik egyszülős családban élnek. A kutatás kimutatta, hogy a szülők iskolai végzettsége és anyagi helyzete nem mérvadó a fiatalok szerhasználati szokásaiban. A desingner drogok előfordulása sokkal jellemzőbb a fiúk körében, viszont az orvosi javallat nélküli gyógyszerhasználat inkább lányoknál gyakoribb.

A HBSC vizsgálatok

Magyarország tagja az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló kutatás nemzetközi hálózatának, amely a Healt Behaviour in School-aged Children (HBSC) négy évente ismétlődő vizsgálatát végzi, immár 45 országban. A HBSC 1985 óta úttörő a nemzetek közötti vizsgálatban, ahol a fiatalok mentális egészségét, egészség- és kockázati magatartását és az ezekkel összefüggő pszichoszociális tényezőket vizsgálja. A vizsgálatot országosan reprezentatív felmérésekkel végezték, az 5., 7., 9., 11. osztályos tanulók körében. Jelen tanulmány a 2014-es adatfelvétel hazai eredményeire támaszkodik (Németh és Köllő, 2014).

A HBSC 2014-es felmérése szerint a *dohányzás* kipróbálásának gyakorisága az életkorral meredeken emelkedik. A nemek közti eltérés nem jelentős. A kortárshatás erőteljesnek tűnik: a fiatalok 23 százaléka állítja azt, hogy szinte mindegyik barátja dohányzik, illetve a serdülők 2/3-ának van olyan barátja aki dohányzik.

Nem	5.évf. (%)	7.évf. (%)	9.évf. (%)	11.évf. (%)
Fiúk	6,2	22,9	45,2	59,1
Lányok	5,0	20,3	46,4	62,2

Forrás: HBSC Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 2014. évi felmérés

3. táblázat. A dohányzást már kipróbált tanulók aránya nem és évfolyam szerint

A HBSC kutatásban azokat a diákokat tekintették *alkohol*-kipróbálónak, akik bármely alkoholfajtára a „soha nem próbált" választól eltérőt adott. 2014-es felmérés azt mutatta, hogy a diákok 2/3-a fogyasztott már szeszesitalt életében. Az életkor növekedésével egyenes arányban növekszik az alkohol kipróbálásának az aránya.

Míg az 5. évfolyamos diákok negyede, addig a 11. osztályban szinte mindenki fogyasztott már alkoholt életében.

A részegségek száma jól jellemzi a szeszesitalok fogyasztásának módját. 2014-ben a megkérdezett tanulók 41,9 százaléka volt már berúgva, ezen belül majdnem harmaduk legalább kétszer is volt részeg életében. A diákok körében a „nagyivás" már nem annyira jellemző, mint amit az előző kutatási hullámokban mértek, viszont a megkérdezettek 14,3 százaléka azt válaszolta, ha szeszesitalt fogyaszt, akkor öt vagy több italt is megiszik. Jelentős kapcsolat tárható fel az évfolyam és a részegség/nagyivás között. A fiúk és a lányok közötti különbség 9 és 11. osztályban mutatkozik meg, a korábbi évfolyamokban a nemek között nincs jelentős eltérés.

A kortársak hatása ismét jelentősnek tűnik. Az utóbbi három kutatási hullám tapasztalatai szerint a havonta, vagy annál gyakrabban alkoholt fogyasztó fiatalok kétharmada arról számolt be, hogy a barátai többsége vagy mindegyike úgyszintén fogyaszt alkoholt. Megfigyelhető, hogy minél több barátról mondják, hogy fogyaszt alkoholt, annál nagyobb az esély arra, hogy maga a válaszadó is kipróbálta már az alkoholt, vagy akár arra, hogy maga a megkérdezett is volt már részeg. Azon tanulók körében, akiknek sok barátja iszik szeszesitalt, a kipróbálók aránya nagyon magas, több mint 90%. A valamilyen rendszerességgel alkoholt fogyasztó diákok jelentős többsége másokkal együtt iszik (83,7%).

A 2014-es felmérésben részt vevő 9 és 11. osztályos tanulók közel negyede már kipróbált *tiltott szereket és drogokat*, vagy legalábbis egyikét. A válaszadók 20,1 százaléka fogyasztott illegális szert, illetve 9,1 százaléka visszaélésszerűen fogyasztott legális szereket. Afelmérések azt mutatják, hogy rendszeresen fogyasztó tanulók barátainak nagy többsége ugyancsak fogyaszt kannabiszt. Ezzel szemben a soha nem fogyasztó tanulók több mint 60 százaléka számolt be arról, hogy egyik barátja sem, majdnem 30 százaléka pedig azt állította, hogy csak kevés barátja fogyaszt drogot.

Magyar Ifjúság kutatások

A magyarországi nagymintás ifjúságkutatások legátfogóbb tagja a Magyar Ifjúság vizsgálatsorozat. Bár 2016-ban az ötödik hulláma is elkészült, a publikált és elemezhető adatok legfrissebbike az ezt megelőző, 2012-es vizsgálatból származik, így ebben a fejezetben is azt tárgyaljuk. A korábbi évekhez hasonlóan a 2012-es vizsgálat is a 15-29 évesekre reprezentatív mintán, 8.000 fő megkérdezésével zajlott. A legfontosabb eredményekből készült gyorsjelentést 2012 végén mutatta be a kutatást vezető Kutatópont, és a 2013 őszén megjelentetett tanulmánykötettel a

mélyebb, értelmező elemzés is hozzáférhetővé vált az érdeklődő közönség számára (Székely, 2013). A kutatók a Magyar Ifjúság kutatását nem egészségkutatásnak, hanem átfogó, minden jelentős témát felölelő ifjúságkutatásnak szánták, a rizikómagatartással kapcsolatosan jelentős eredmények születtek, amelyek nem csupán további vizsgálatok vonatkozási pontjaként szerepelhetnek az ESPAD és a HBSC mellett, de olyan mélyebb elemzésekre is alkalmat ad, mint amilyen a megélt negatív életesemények és a rizikómagatartás összefüggései (Hüse, Huszti és Takács, 2016).

A négyévente megismételt ifjúságkutatás eredményei jól kirajzolják a magyar fiatalok *dohányzási* attitűdjeinek változását. A 2000-es felmérésben a dohányzók aránya a fiatalok körében 38 százalék, 2004-ben a cigarettázók aránya 59 százalékra nőtt, majd 2008-ra lecsökkent (45%), sőt, 2012-ben még jelentősebb csökkenés következett be (36%). Ez idő alatt az elszívott cigaretta mennyisége is csökkent a férfiak esetében, míg a nőknél stagnált, illetve 2012-re kissé megnőtt. A dohányzást átlagosan 15 évesen próbálják ki először a fiatalok, nemek tekintetében az eltérés jelentéktelen. Ebben az elmúlt 12 év során nincs jelentős változás (Susánszky, Szántó és Székely, 2012).

	2000	**2004**	**2008**	**2012**
Férfi	15,3	14,3	13,6	13,9
Nő	11,1	11,4	11,2	12,1
	N=2716	N=2834	N=2458	N=2351

4. táblázat. A dohányzók által átlagosan elszívott cigaretta száma (szál)

A fiatalok *alkoholfogyasztásának* adatait is nyomon követhetjük a felmérésből. Az első felmérésen a fiatalok csaknem fele (41%) még absztinensnek vallotta magát, ez az arány négy év múlva már 24 százalékra csökkent, sőt, 2008-ban már csak a fiatalok ötöde nyilatkozta azt, hogy nem fogyaszt alkoholt. A trend 2012-ben megfordult, a válaszadók közel harmada nem fogyasztott szeszes italt. Férfiak és nők tekintetében jelentős az eltérés mind a négy vizsgálati évben: a férfiakra a napi vagy a heti fogyasztási gyakoriság jobban jellemző, mint a nőkre.

Az ittaságra vonatkozóan 2004-től vannak adatok. Ekkor a férfiak 47 százaléka, míg a nők 18 százaléka válaszolta, hogy előfordult vele az elmúlt évben, hogy berúgott. Négy év múlva ez az arány észlelhetően megnőtt (férfiak 56%, nők 29%). A fiatal férfiak 2012-ben szintén gyakrabban fogyasztanak szeszes italt úgy, hogy be is rúgtak (45%, az elmúlt évben legalább egyszer), mint a fiatal nők (21%), de ezek az adatok a négy évvel korábbi vizsgálathoz képest csökkenést mutatnak. Ugyanebben az évben a napi alkoholfogyasztás csekély mértékű, de jellemzően inkább a férfiak (2%), mint a nők körében (1% alatt) fordul elő.

Kábítószerkipróbálására és használatára 2000, 2008 és 2012-ben tettek fel kérdéseket. 2000-ben csak a kipróbálásra kérdeztek rá, míg 2008-ban és 2012-ben a kipróbálás mellett a használatra és annak az elmúlt évre vonatkozó gyakoriságát is vizsgálták.

A drog kipróbálás életprevalenciáját vizsgálva azt láthatjuk, hogy 2008-ban kiemelkedik azok a fiatalok aránya, akik kipróbálták a kábítószert, azaz 2000-hez összemérve mind a férfiak, mind a nőket tekintve duplájára emelkedett az arány. Ezt követően, akárcsak az alkoholfogyasztás esetében, a drogfogyasztással kapcsolatosan is csökkenést mértek a kutatók (Susánszky, Szántó és Székely 2012).

	2000	**2008**	**2012**
Férfi	8	17	9
Nő	5	10	5
Együtt	7	13	7
	N=7718	N=7142	N=7724

Forrás: Negyedszázad - Magyar ifjúság 2012, rizikómagatartás adatbázisának elemzése

5. táblázat. A kábítószer kipróbálás életprevalenciája (%)

Nyíregyháza Ifjúsága 2015 és a szegregátumokban élők egészségkutatása

A helyi ifjúságkutatások köréből kiemelkedik a „Nyíregyháza ifjúsága 2015" c. kutatás (Huszti, Takács és Hüse, 2016), mely kitér a fiatalok egészség-kockázati magatartásának vizsgálatára is (Hüse, 2016). A nyíregyházi kutatás kérdőíve a Magyar Ifjúság 2012 vizsgálatának kérdőívén alapult, az elemzések ennek eredményeire reflektáltak. A felmérés két korosztályt vizsgált (15-18 és 19-29 évesek), összesen 733 fő vett részt a vizsgálatban. Egészség- és rizikómagatartást tekintve a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a drogfogyasztást egyaránt vizsgálja.

A szegregátumokban élők egészségkutatását az Evangélikus Roma Szakkollégium hallgatói valósították meg 2015-ben. A Kutatás célja a megyei roma lakosság egészségmagatartásának, rizikómagatartásának feltárása volt, továbbá hozzájárulás a helyi egészségprogramok helyzetfeltárásához, ezáltal a helyi programok sikerességéhez, valamint a hátrányos helyzetűek, ezen belül kiemelten a romák egészségi állapotának javulásához (Hüse és Pénzes, 2015).

A dohányzásra vonatkozó adatok alapján látható, hogy a nyíregyházi 15-18 évesek 57 százaléka soha nem cigarettázott, míg a 19-29 évesek esetében ugyanez az arány 37,7 százalék. A fiatalabb korosztály 16,7 százaléka, a felnőtt korcsoport 28,5 százaléka napi rendszerességgel szív cigarettát. A telepi roma fiatalok 66,7

százaléka már elszívott életében legalább egy szál cigarettát, 41,9 százalékuk a megkérdezés idején is aktívan dohányzott.

Nyíregyháza ifjúságára az országos adatoknál erőteljesebben jellemző az *alkoholfogyasztás*. Különösen a középiskolás almintára jellemző a gyakori ivás, több mint ötödük legalább hetente egyszer iszik valamilyen alkoholtartalmú italt, akik egytizede (2,1%) naponta iszik. A fiatal felnőttek nagyobb arányban isznak (89,5 százalékuk fogyasztott a lekérdezést megelőző 12 hónapban alkoholt), de az ivás intenzitása kisebb. A gyakran lerészegedők aránya is magas a 15-18 évesek esetében (a minta 10,9 százaléka legalább hetente részegségig iszik), de a fiatal felnőttek körében is jelen van egy magas rizikójú, „részeges" csoport (5,3%).

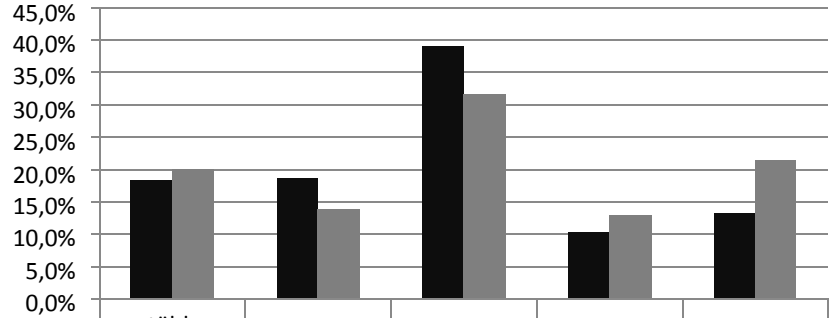
	Kor	**szinte naponta**	**heti 1-2 alkalom**	**havonta néha**	**1-2 havonta**	**ritkán**	**egyszer sem**
alkohol fogyasztása	**15-18**	2,1	20,0	20,8	10,0	19,6	21,2
	19-29	0,8	17,4	22,7	17,0	12,5	10,5
sör	**15-18**	3,3	16,7	20,0	12,9	13,3	26,7
	19-29	2,3	16,4	21,3	11,9	11,7	18,9
bor	**15-18**	2,5	12,9	19,2	15,0	12,1	30,8
	19-29	1,2	12,7	22,4	14,4	10,7	20,7
tömény	**15-18**	1,7	13,3	15,0	11,7	13,8	35,8
	19-29	1,0	12,1	18,3	14,8	12,8	21,0
5 v. több ital	**15-18**	2,9	9,2	12,9	10,4	12,5	43,3
	19-29	1,4	4,5	12,3	9,7	14,6	33,3
részeg	**15-18**	2,1	8,8	9,6	10,4	13,8	45,8
	19-29	1,4	3,9	8,4	10,3	22,8	33,1
szerencsejáték	**15-18**	2,9	5,4	7,5	8,3	14,6	51,2
	19-29	2,3	8,8	14,0	9,0	12,3	31,8

Forrás: Nyíregyháza Ifjúsága 2015.

6. táblázat. Alkoholfogyasztás és szerencsejáték gyakorisága az elmúlt egy évben, Nyíregyháza (%)

A telepi megkérdezettek fele legalább egyszer már berúgott életében, ezen belül a minta egytizede számára a részegség visszatérő élménnyé vált. Ugyancsak 10 százalékos a rendszeres, azaz a heti, valamint a napi alkoholfogyasztók aránya is.

A felmérések tanulsága szerint a fiatalok őszintébben beszélnek arról, hogy a barátaik fogyasztanak-e alkoholt, dohányt, és különösképpen drogot, minthogy saját maga fogyasztásáról számolna be. A nyíregyházi megkérdezettek harmadának van egy vagy több droghasználó ismerőse: a 19-29 évesek körében nagyobb arányban fordul elő az ilyen barát vagy ismerős (20%), mint a 15-18 éveseknél.

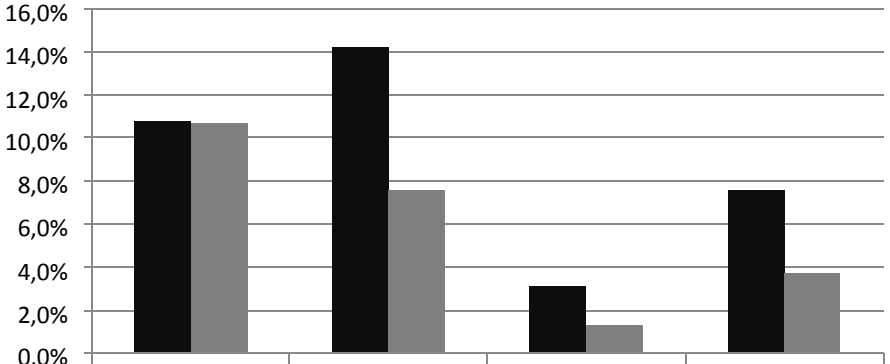


	több ismerőse	egy ismerőse	nincs	nem tudja	nem válaszolt
15-18	18,3%	18,8%	39,2%	10,40%	13,30%
19-29	20,0%	13,9%	31,7%	12,90%	21,50%

Forrás: Nyíregyháza Ifjúsága 2015.

1. ábra. A kábítószer-használó barátok, ismerősök száma szerint képzett kategóriák, Nyíregyháza (%)

Ahogy várható volt, a megkérdezettek kis számban jelezték a vonatkozó kérdésekkel kapcsolatban azt, hogy maguk is fogyasztanának kábítószert. A legelterjedtebb drogok elismert fogyasztásáról a 2. ábra árul el adatokat. A drogfogyasztó barátok és ismerősök hatása nagy, ugyanis, ha több ilyen ismerőssel rendelkezik a megkérdezett, nagyobb valószínűséggel fogyasztja a négy legelterjedtebb drog valamelyikét saját maga is, mint ha csak egy ilyen barátja vagy ismerőse van. Azok aránya pedig, akik maguk drogfogyasztók, de nem tudnak ilyen ismerősről, egészen elenyésző azon drogfogyasztók arányához képest, akik egy vagy több drogfogyasztó ismerőssel is jellemezhetők.



	altató, nyugtató	marihuana	hallucinogének	gyógyszer +alkohol
fiú	10,8%	14,2%	3,1%	7,6%
lány	10,7%	7,6%	1,3%	3,7%

Forrás: Nyíregyháza Ifjúsága 2015.

2. ábra. Az elterjedtebb drogok fogyasztásának aránya nemek szerint, Nyíregyháza (%)

Összegzés

A dohányzás az elkerülhető és korai halálozás hátterében meghúzódó legjelentősebb kockázati tényező. Európában Magyarországon a legmagasabb a tüdőrák (a dohányzással leginkább összefüggésbe hozható betegség) okozta halálozás, ez továbbra is emelkedik. A dohányzással összefüggésbe hozható halálozás országon belüli differenciálódása meglehetősen nagy. Az ESPAD kutatás is mutatja, hogy a fiatalok körében még mindig elterjedt a dohányzás. 2015-ben a megkérdezett fiatalok 62,5%-a legalább egyszer már kipróbálta, egynegyedük pedig napi rendszerességgel szív cigarettát. Elmondásuk szerint igen könnyen tudnak cigarettát beszerezni, ha akarnak. A kutatás kimutatta, hogy az alacsonyabb presztízsű szakiskolákba járó, községekben, és átlag alatti anyagi körülmények között élő diákok, akiknek a szülei alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek és akiknek nincs jelen mindkét édes szülő a mindennapi nevelésben gyakrabban dohányoznak, mint társaik. 2015-ben azonban többen vélik úgy 2011-es adatokhoz képest, hogy az alkalmi és a rendszeres dohányzás veszélyes, tehát a veszélytudat csökkent a fiatalok körében. A HBSC kutatássorozatában jól látható, hogy a dohányzás kipróbálás gyakorisága az életkorral meredeken

emelkedik. Az 5. évfolyamos lányok tekintetében 2014-ben kiugróan alacsony a kipróbálási arány 5,0%, a 11. évfolyamban 2002-ben pedig a legmagasabb 76,7%. Az 5. évfolyamos fiúk dohányzás kipróbálást illetően szintén a 2014-es kutatásban láthatjuk alacsonynak az értéket, 6,2% míg a 11. évfolyam tekintve 2010-ben a legkiemelkedőbbnek, 76,0%. A fiatalok első cigaretta kipróbálása függ az iskolai korcsoporttól. Megfigyelhető, hogy a fiúk kicsivel hamarabb próbálják ki, mint a lányok. Látható továbbá, hogy az a fiatal, akik rendszeresen dohányzik, annak a barátai többsége is dohányzik.

A kutatásokból jól látszik, hogy Magyarországon is egyre korábban kezdenek inni a fiatalok. Nem isznak többet, mint más országokban, a probléma inkább az, hogy inkább tömény italokat fogyasztanak, és gyakoribb a mértéktelen hétvégi alkoholfogyasztás is. A 9-10. évfolyamos magyar fiatalok nagy többsége fogyaszt rendszerességgel alkoholt a 2015. évi ESPAD kutatás szerint. A felmérést megelőző hónapba a megkérdezettek fiatalok több mint fele hat vagy annál több alkalommal fogyasztott valamilyen alkoholos italt. Nemek szerint a fiúkra jellemzőbb a gyakori alkoholfogyasztás, és többnyire tömény italt formájában. A fiatalok alkoholfogyasztása meghaladja a felnőttekét! A kérdezést megelőző hónapban 22.2% volt a lerészegedők aránya a fiatalok körében és 45.5%-uk fogyasztott öt vagy annál több italt egy alkalommal. Az iskolai végzettség tekintetében itt is az a tendencia mutatkozik, mint a dohányzási szokásoknál, tehát a gimnáziumba járók fiatalok közül kevesebben fogyasztanak alkoholt, mint a szakiskolás tanulók körében. A magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei ritkábban fogyasztanak alkoholt. A HBSC felmérései azt mutatják, hogy a 2002-es vizsgálat idején a fiúk 60%, míg a lányok 40% fogyasztott már alkoholt. Ez a szeszesital fogyasztás növekedett: 2006-ban már a megkérdezett fiúk 75%-a, a lányok több mint 50%-a már kétszer is volt berúgva. A következő felmérésben ezek az adatok még tovább nőttek 11. osztályos fiúk ugyanúgy 75%-a, a lányok több mint 50%-a kétszer vagy annál többször is volt már berúgva. 2014-ben viszont csökkent, a megkérdezettek 41,9% volt már részeg és harmada már kétszer is. 2002-ben az első részegség 14,3 évesen történt, majd a későbbiekben ez változott 13 évesre.

A Magyar Ifjúság felmérés-sorozat 2004-es és 2008-as kutatásában megfigyelhető, hogy a társadalmi és kulturális tényezők változásai csökkenthetik a kábítószer kipróbálás átlagéletkorát. Az adatok arra mutatnak rá, hogy a 15-29 évesek között növekszik a nemek közötti eltérés. Ugyanis 2000-ben a férfiak 1,5-ször nagyobb arányban próbálták ki a kábítószereket, mint a nők, ez az arány a kétszeresére növekedett 2012-re. Az ESPAD kutatói is megfigyelték, hogy a 90-es évektől a szerhasználat dinamikusan növekedett. Emellett számos fiatal véli úgy, hogy a kannabisznak, az LSD-nek, a hallucinogéneknek és a diszkó drogoknak pozitív hatásai vannak (javítja hangulatot, ellazítanak, élvezetesebbé teszik a partizást, szórakozást). A legelterjedtebb tudatmódosító szer továbbra

is a marihuána, második helyen pedig az új pszichoaktív szerek, pl. a szintetikus kannabinoidok csoportja áll.

A „Nyíregyháza ifjúsága 2015" kutatás eredményeit a középiskolás korosztály, illetve a fiatal felnőttek csoportjának rizikómagatartását vizsgáló tanulmány tapasztalatai szerint a helyi fiatalok több ponton súlyosabban veszélyeztetik önmaguk egészségét, mint a korábbi, 2007-es adatfelvétel alapján kirajzolódó képben (Huszti, Hüse és Koltai 2008; Murányi, Horváth és Hüse, 2008). Az újabb országos átlagokhoz képest is jelentősebb az alkoholfogyasztásuk, erőteljesebben dohányoznak, és többeknek van drogfogyasztó baráti köre, mint amennyien erről az országos felmérésekben beszámoltak.

Irodalomjegyzék

1. Elekes Zs. (szerk.) (2016): Európai iskolavizsgálat az alkohol-és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények. Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi és Nemzetközi Kapcsolatok Kar Szociológia és Társadalompolitika Intézet, Budapest. http://www.hbsc.org/ látva: 2017.04.05.
2. Németh Á., Köllő J. (2014): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, Budapest.
3. Székely L. [szerk.] (2013): Magyar Ifjúság 2012 tanulmánykötet. Kutatópont, Budapest.
4. Huszti É., Hüse L., Koltai J. (2008): A rizikómagatartás szocio-kulturális háttere serdülők körében. In: Murányi I. [szerk.]: Kelet-magyarországi középiskolások egészségmagatartása. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen. 61-112.
5. Huszti É., Takács P., Hüse L. (2016): A „Nyíregyháza ifjúsága 2015" kutatás módszertana. *Acta Medicinae et Sociologica* Vol. 7. No. 20-21: 211-256. 10.19055/ams.2016.7/20-21/11
6. Hüse L. (2016): A fiatalok rizikómagatartása Nyíregyházán. *Acta Medicinae et Sociologica*Vol. 7. No. 20-21: 131-153. 10.19055/ams.2016.7/20-21/7
7. Hüse L., Huszti É., Takács P. (2016): A gyermekvédelem peremén ¬ Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására. *Metszetek* Vol. 5. No. 4: 80-108. DOI 10.18392/METSZ/2016/4/5
8. Hüse L., Pénzes M. (2015): Egészség, telepi körülmények között. Szakkollégiumi Tudástár 2. ERSZK, Nyíregyháza. http://www.mek.oszk.hu/14900/ 14925/ index.phtml

9. Murányi I., Horváth R., Hüse L. (2008): Nyíregyházi fiatalok drogfogyasztásának és szubjektív jóllétének jellemzői. *A Vörös Postakocsi* IV/4: 41-49.
10. Susánszky É., Szántó Zs., Székely A. (2012): Egészségügyi helyzetkép: kockázati magatartások. In: Nagy Á., Székely L. [szerk]: Negyedszázad – Magyar Ifjúság 2012. Kutatópont. Budapest.

A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartása

Fucskó Mónika

Bevezető gondolatok

A tanulmány „A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárása" kutatás eredményeit mutatja be és elemzi. A vizsgálat központi témája a gyermekek és fiatal felnőttek rizikómagatartásainak felmérése, ezen magatartásformák összehasonlítása. A rizikómagatartások mérése kiterjed a dohánytermékek, az alkohol, valamint a különböző drog típusok használatára, továbbá a veszélyeztetett fiatalok baráti körében jellemző használatra.

Az egyének egészségtudatosságára számos tényező hatással van, ezek lehetnek interperszonális (mint pl. fizikai aktivitás), valamint a környezet felől érkező hatások (a családi normák). Ebben a rendszerben jelennek meg az egyén életében a káros hatású szenvedélyek, illetve az egészségkárosító magatartásformák elkerülésére irányuló tevékenységek. A rizikómagatartások tekintetében a különböző társadalmi és kulturális tényezőknek igen hangsúlyos szerepe van. Jelentős hatással bír a társas környezet, mely alapvetően meghatározhatja az egyén egészségtudatos viselkedéshez fűződő viszonyát (Kovács és Szigeti, 2017).

Jelen tanulmány ezért is terjed ki a baráti kapcsolatok vizsgálatára a szokásait és hatásait a rizikómagatartások szempontjából elemezve.

1. Baráti kapcsolatok rizikómagatartásának mérése

Ebben a fejezetben a kérdőív Rizikómagatartások (III.3) fejezet első kérdésének vizsgálatára kerül sor, mely a kérdezett személy véleményén alapszik. A barátok dohányzási, alkoholfogyasztási, alkohol fogyasztásának gyakorisági, kábítószer használati szokásaira kíváncsi aszerint, hogy a megkérdezett személy szerint hány barátja fogyasztja az alábbiakban felsorolt termékeket. A kérdések értékelésére az alábbi szempontok szerint került sor:

1. Telepszerű körülmények között élő fiatalok, valamint intézményben élők vizsgálata,
2. korosztály szerinti besorolás szerint a 18 évnél fiatalabb gyermekek válasza, illetve a 18. életévét betöltött fiatalok válaszai alapján,
3. a lakóhely és életkori megoszlások alapján négy kategóriába sorolt csoportok vizsgálata, telepen élő 18 év alatti gyermek, telepen élő 18 év feletti fiatal, intézményben élő 18 év alatti gyermek, valamint intézményben élő 18 év feletti fiatal.

A barátok dohányzási szokásait vizsgálva a telepi fiatalok esetében a legnagyobb arányban a mindegyik kategóriát választottak a megkérdezettek, mely szerint 30,2 %-nak mindegyik barátja dohányzik, míg az intézményben élő fiatalok esetében a legnagyobb arányban (24,8%) a barátainak többségét jelölte meg válaszában. A lakóhely szerinti vizsgálatban a legnagyobb különbség az egyik barát sem dohányzik kategóriában található, mely szerint a telepszerű körülmények között élő fiatalok baráti körében fele akkora azon baráti fiatalok aránya, akik nem dohányoznak (12,2%), mint az intézményi fiatalok estében, ahol ez az arányszám 23,0%.

A korcsoporti eredményeket tekintve a 18 év alatti gyermekek barátainak mindösszesen 19%-a nem dohányzik, míg a 19 éves, felnőtt korú fiatalok esetében ez már csak 5,5%.

Összevetve a barátok dohányzási szokásait jól látható, hogy a felnőtt korú fiatalok baráti tarságában kétszer nagyobb a dohányosok aránya, miszerint a 18 év alattiaknál, ahol 20%-a jelezte, hogy minden barátja dohányzik (N:121), míg a felnőtt fiatalok esetében ez az arány már 42,3% (N: 115).

Az adatok elemzése révén tehát jól látható, hogy a legnagyobb arányban a telepszerű körülmények között élő felnőtt korú fiatalok baráti köre dohányzik, mely 43%-os arányt mutat, miszerint a fiatalok barátainak megközelítőleg majdnem a fele dohányzik.

Az alkohol fogyasztás esetében a legmagasabb arány az „egyik barát sem fogyaszt alkoholt" kategória mutatja, a telepi körülmények között élőknél is a legmagasabb 31,2%, valamint a szakellátásban élő fiatalok esetében is ez mutatja a legnagyobb arányt 38,7%-kal. A legcsekélyebb mértékű azon fiatalok aránya, akiknek minden barátja fogyaszt alkoholt, ez a telepen élők esetében 12,9%, az intézményi fiataloknál összesen 5,4%. Hasonló eredményt találunk a korcsoportonkénti vizsgálat esetében, ahol a legmagasabb arány szintén az egyik barátja sem fogyaszt alkoholt kategória, mely a 18 év alatti gyermekek esetében 38,1%, a felnőttek esetében is 21,5%. A minden barátom fogyaszt alkoholt kategória mutatja ebben az esetben is a legalacsonyabb arányszámot, amely a 18 év alatti gyermekeknél 8,8%, míg a felnőtt korú fiataloknál 16,3%.

A barátok alkoholfogyasztási szokásait vizsgálva látható, hogy a legnagyobb arányszámban a megkérdezettek esetében egyik barát sem fogyaszt alkoholt, a

gyermekkorú telepen élőknél ez 37,4%-os, a felnőtt korú telepen élő felnőtteknél is 22,1%-os, a kiskorú szakellátásban élőknél szintén igen magas 40%-os arányszámot mutat. A legnagyobb arányban a felnőtt korú telepen élő felnőttek barátai fogyasztanak alkoholt, ahol a megkérdezettek 16,7%-a válaszolta, hogy minden barátja iszik alkoholt.

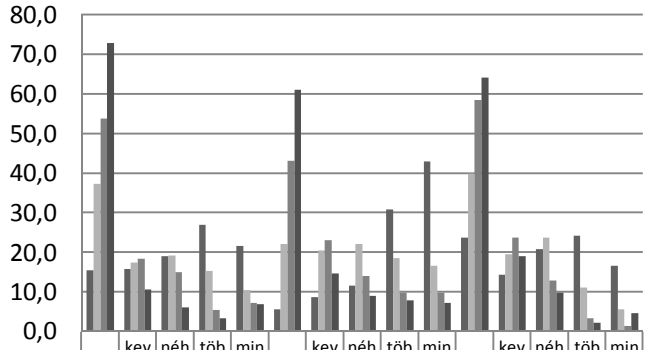
Az alkohol fogyasztásának további mutatószáma a lerészegedések aránya heti megoszlásban. A következő kérdés ennek megfelelően a lerészegedések heti megoszlására kérdezett rá a barátokat vizsgálva.

A telepszerű körülmények között élő fiatalok megközelítőleg felének barátainál nem jellemző a heti egyszeri vagy akár többszöri lerészegedés (49,4%), míg az intézeti fiatalok esetében ez a kategória a legmagasabb 59%. A legalacsonyabb kategóriát a telepen élő fiatalok esetében a „barátok többsége" kategória mutatja (8,3%), míg az intézetben élő fiataloknál a „mindegyik barát" kategóriája a legkevesebb, mindösszesen 1,4%-os. Az alkohol fogyasztási szokásokat vizsgálva a korcsoporti megoszlás is hasonló megoszlásokat mutat, mely szerint a 18 év alatti gyerekek esetében a barátok többsége, azaz 55,4%-nál egyikük sem fogyaszt alkoholt, míg hasonló megoszlást mutat a felnőtt fiatalok eredménye 43,9%-al. A legkevesebb azon megkérdezettek aránya, akiknek a barátainak többsége részegségig iszik hetente legalább egyszer, a gyermekek esetében ez 4,6%, a felnőtteknél a mindegyik barát részegedik le hetente 9,6%-os arányt mutat.

A barátok heti rendszerességű lerészegedése esetében a gyermekkorú, telepen élő megkérdezettek aránya mutatja a legmagasabb számot 53,8%-kal (N:201), továbbá a szakellátás gyermekeinek barátai körében is igen magas azoknak az aránya, akiknek egyik barátja sem részegedik le (58,6%, N:126). A telepen élő gyermekek közül mindemellett nagyobb az arány azok között, akiknél mindegyik barát lerészegedik (7,2%).

A barátok drog használati szokásait vizsgálva a lakóhely szerinti megoszlás tekintetében igen nagy arányú a telepen élő gyermekek esetében azok aránya, akiknek egyik barátja sem használt kábítószert (68,2%), de a szakellátásban élők esetében is ez a kategória a legnagyobb arányú (65,3). A legkisebb arányszámot ebben az esetben is a mindegyik barát kategória mutatja a telepen élők esetében 6,9%-os, a szakellátásban élőknél 4,5%-os. A korcsoporti eredményeket vizsgálva ebben az esetben is azok aránya a legmagasabb, akiknek egyik barátja sem használt kábítószert gyermekeknél a megkérdezettek 69,8% (N: 422), a felnőtt korúaknál 62,1% (N:169). A legalacsonyabb továbbra is azoknak a száma, akiknek barátaik többsége, vagy mindegyik barátja fogyasztott már drogot, ez gyermekeknél 3,0%, felnőtteknél 7,0%.

A kábítószer használatot vizsgálva a barátok körében a legmagasabb arányban a gyermekkorú megkérdezettek esetében azok száma, ahol egyik barát sem használt még kábítószert, akik telepen élnek 73,0%-ban, míg a szakellátásban élők esetében is a gyermekeknél a legmagasabb ez a szám, 64,2%.



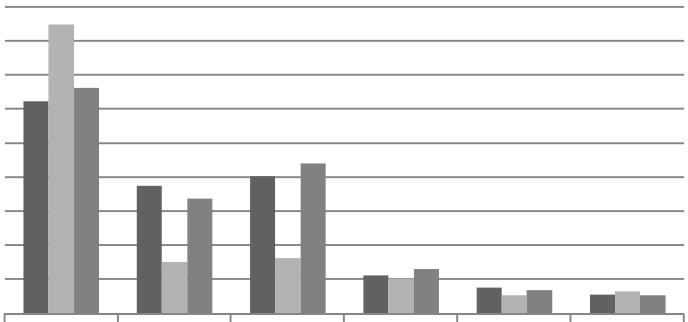
	egy sem	kevesen	néhányan	többség	mindegyik	egy sem	kevesen	néhányan	többség	mindegyik	egy sem	kevesen	néhányan	többség	mindegyik
	telepi 18 és alatta					telepi 19 és fölötte					szakellátás 18 és alatta				
cigarettázik	15,5	15,8	19,1	27,0	21,6	5,7	8,7	11,7	30,9	43,0	23,7	14,4	20,9	24,2	16,7
iszik alkoholt	37,4	17,4	19,2	15,4	10,5	22,1	20,5	22,1	18,6	16,7	40,0	19,5	23,7	11,2	5,6
lesz részeg hetente egyszer vagy többször	53,8	18,5	15,1	5,4	7,2	43,2	23,1	14,0	9,8	9,8	58,6	23,7	13,0	3,3	1,4
használt valamilyen kábítószert	73,0	10,7	6,1	3,3	6,9	61,1	14,7	9,1	7,9	7,2	64,2	19,1	9,8	2,3	4,7

1. ábra: A barátok rizikómagatartásainak összesítése.

2. Dohányzási szokások a megkérdezettek körében

A következő kérdésekben már a saját fogyasztáson van a hangsúly, mely az első kérdéskörnél (kérdőív 35. kérdés) a dohányzási szokásokat vizsgálja, az elszívtál-e már legalább egy cigit kérdéssel. A saját dohányzási szokások vizsgálata esetében a legmagasabb arányszámot a telepen élő fiatalok mutatták, akiknek 71,4%-a saját bevallása szerint dohányzik, míg az intézményben élő fiatalok 66,8%-a vallotta ugyanezt. A korcsoportokat tekintve a felnőtt korúak dohányzása mutat magasabb arányt, akik esetében 84,8%-os a dohányzási arány, a kiskorúak esetében mindösszesen 36,2%-os a nem dohányzók aránya.

A dohányzási szokásokat vizsgálva a legmagasabb arányban a telepszerű körülmények között élő felnőtt korú fiatalok dohányoznak a legmagasabb arányban, 84,8%-uk válaszolt a kérdésre igennel. A barátok dohányzási szokásaival összefüggésben szintén a telepen élő felnőttek barátai a legnagyobb arányban dohányzók (43% mindegyik barát).

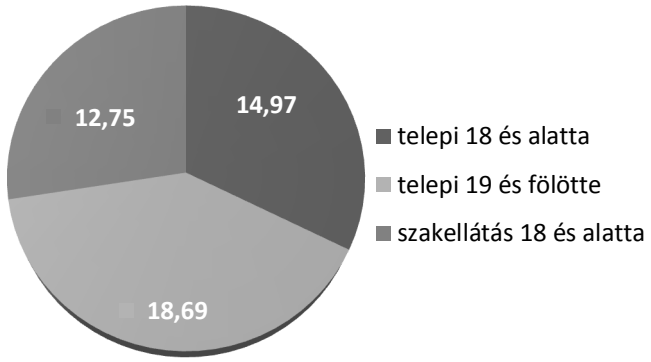


	dohányzik igen	dohányzik nem	sohasem dohányoztam, most sem dohányzom	régen dohányoztam, de már leszoktam	ritkábban, mint hetente	hetente legalább egyszer, de nem minden nap
telepi 18 és alatta	62,4%	37,6%	40,4%	11,2%	7,6%	5,6%
telepi 19 és fölötte	84,8%	15,2%	16,3%	10,2%	5,3%	6,4%
szakellátás 18 és alatta	66,2%	33,8%	44,0%	13,0%	6,8%	5,3%

2. ábra: A megkérdezettek dohányzási szokásai.

A kérdőív következő kérdése a dohányzási szokásokat tekintve a gyakoriságot vizsgálja (36. kérdés). A lakóhelyet vizsgálva a telepen élők 46,3%-os arányban vallották azt, hogy napi rendszerességgel dohányoznak, míg a szakellátásban élők 43,5%-a sohasem dohányzott és most sem dohányzik. A korosztályi megoszlást vizsgálva a felnőtt korúak 61,3%-a dohányzik jelenleg is. Az eredményeket összehasonlítva a Nyíregyházán 2015-ben lezajlott kutatással az adatok azt mutatják, hogy a telepszerű körülmények között élő fiatalok napi szintű dohányzása (46,3%) többszörösen meghaladja a városi fiatalokét (17,6% naponta dohányzó), (Hüse, 2015).

Összességében a dohányzási szokásokat vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a legmagasabb arányban a telepen élő felnőttek dohányoznak, 61,7% -uk vallotta azt, hogy dohányzik. A dohányzás gyakoriságát vizsgálva a napi fogyasztást meghatározva az eredmények azt mutatják, hogy a telepen élők (17,18 szál/nap), a felnőtt korúak (18,62 szál/nap), és összességében a telepen élő felnőttek (18,69 szál/nap) fogyasztanak dohány terméket, míg a legkisebb arányban a szakellátásban élő kiskorúak dohányoznak.



3. ábra: A megkérdezettek dohányzási gyakorisága.

3.Az alkohol fogyasztási szokások a megkérdezettek körében

A következő kérdéskör a megkérdezettek alkoholfogyasztásával kapcsolatosan arra kíváncsi, hogy az adott személy hányszor volt már részeg állapotban. Az adatokat tekintve jól látható a lakóhelyeket vizsgálva a telepen élők 33,7%-a soha nem volt részeg, míg ez az arány a szakellátásban élőknél 48,4%-os. A 18 év alatti gyerekek esetében a 45,4%-uk soha nem volt még részeg, míg a felnőtt korúaknál 23,6% már több mint 2-3-szor ivott lerészegedésig, és több mint tízszer volt részeg a 22,1%.

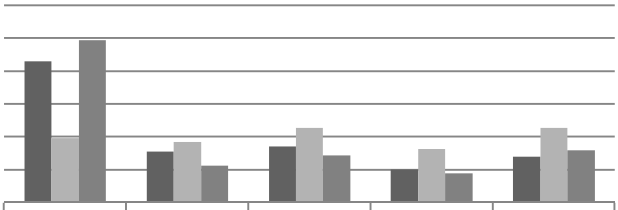
Az összes megoszlást tekintve a legnagyobb azoknak az aránya, akik soha nem voltak részegek (telepen élő gyerekek 43,1%), szakellátásban élő gyerekek (49,5%). A legtöbbször voltak részeg állapotban a telepen élő felnőtt korúak (22,7% 2-3-szor).

Az alkohol fogyasztásának gyakorisága esetében (38. kérdés) a szakellátásban élők 54,1%-a soha nem iszik bevallása szerint, míg ez az arány a telepen élőknél 40,6%-os. A korcsoportok tekintetében ugyanaz az arányszám alakult ki a gyerekek és felnőttek esetében is, de míg a gyerekek 47,8%-a soha nem iszik, addig a felnőttek 47,8%-a ritkán, de nem havonkénti gyakorisággal fogyaszt alkoholt.
Az alkohol fogyasztás tekintetében elmondható, hogy a telepen és a szakellátásban élő gyerekek is azt vallották a legnagyobb arányban, hogy soha nem isznak

(43,9% telepi és 55,4% szakellátásos), míg a telepen élő felnőttek legnagyobb aránya (47,6%) azt vallotta, hogy ritkán, de nem havonta fogyaszt alkoholt.

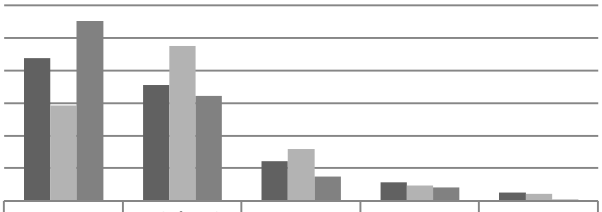
Az alkohol fogyasztási szokások hasonlóak a baráti körben fogyasztott alkohol gyakoriséggal. Azok, akik soha sem voltak részegek ott a baráti körben sem jellemző az alkohol fogyasztása, valamint a lerészegedés.

A nyíregyháza ifjúságkutatás eredményeivel összevetve az alkohol fogyasztása alacsonyabb arányt mutat a telepszerű körülmények között élő felnőttek esetében (47,6%), míg a városi fiatalok esetében ez az arány 89,5% (Hüse, 2016).



	Nem,soha	igen,egyszer	igen,2-3-szor	igen,4-10-szer	igen, több,mint 10-szer
telepi 18 és alatta	43,1%	15,6%	17,1%	10,2%	14,0%
telepi 19 és fölötte	19,7%	18,6%	22,7%	16,4%	22,7%
szakellátás 18 és alatta	49,5%	11,2%	14,5%	8,9%	15,9%

4. ábra: A megkérdezettek alkohol fogyasztási szokásai, a lerészegedés mérése.



	Soha nem iszom	Ritkán,de nem havonta	Havonta	Hetente	Naponta
telepi 18 és alatta	43,9%	35,6%	12,2%	5,7%	2,6%
telepi 19 és fölötte	29,4%	47,6%	16,0%	4,8%	2,2%
szakellátás 18 és alatta	55,4%	32,4%	7,5%	4,2%	0,5%

5. ábra: A megkérdezettek alkohol fogyasztási szokásai (lerészegedés nélkül).

4. A kábítószer hatású szerek fogyasztásának jellemzői a megkérdezettek körében

A saját drogfogyasztásra irányuló kérdések tekintetében (kérdőív 40. kérdés) a megkérdezettek 16 féle különböző típusú, hatású és felhasználású szer esetében (pl: herbál, altató, marihuána, LSD, doppingszer stb.) válaszoltak arról, hogy az elmúlt év folyamán használták-e az adott szert, illetve amennyiben igen, akkor milyen gyakorisággal. A bevallott kábítószer fogyasztás igen csekély mértékű a válaszadók jelentős részénél a drogok legtöbb fajtájánál, mint például a herbál, az altatók a gombák, az amfetamin, kokain, crack, morfium. Szignifikáns különbséget mutat ugyanakkor a korcsoporti megoszlásokat tekintve az ecstasy, a crack, a doppingszerek, szteroidok, illetve az új designer drogok esetében. A legmagasabb fogyasztási arányt az ecstasy esetében találhatunk (4,7%), majd ezt követik az új designer drogok fogyasztása (3,9%), a doppingszerek fogyasztása 3,1%-os, valamint a crack 2,3%-os fogyasztási arányt mutat a felnőtt korú fiatalok esetében.

A droghasználat gyakoriságainak eredményei tekintetében jól látható, hogy a fogyasztott kábítószer hatású szerek esetében a leggyakrabban használt termékek esetében is ritkábban, mint hetente kategóriát választották azon fiatalok, akik bevallották fogyasztásukat. A legnagyobb gyakoriságot a herbál (ritkábban, mint hetente 6,7%), biofű és a marihuána (ritkábban, mint hetente 4,1%) valamint az alkohol gyógyszerrel (ritkábban mint hetente 2,9%) típusú szerek találhatóak .

Az összevont eredményeket vizsgálva a droghasználat a megkérdezettek körében 0,4380 (0-16-os skálán), amely jól mutatja a használók alacsony számát. A gyakoriság tekintetében az átlag gyakoriság 1,14 (0 - 100 skálán) amely az alacsony fogyasztás mellett a gyakoriság alacsony értékét mutatja, mely szerint ritkábban, mint hetente fogyasztják a fiatalok a különböző kábítószer hatású szereket. A legmagasabb értékű használatot és gyakoriságot ebben az esetben is a felnőtt korú személyek mutatják. A baráti kapcsolatok tekintetében a drogfogyasztás hasonló értékeket vesz fel, mely szerint a felnőtt korú megkérdezettek barátai fogyasztottak már drogot a legnagyobb arányban (mindegyik barát 7%).

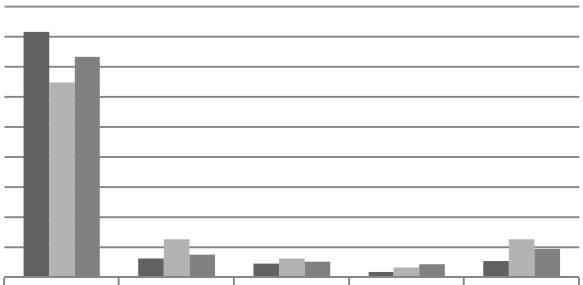
Drogfogyasztás			
Fogyaszt	**Telepi 18 és alatta**	**Telepi 19 és fölötte**	**Szakellátás 18 és alatta**
Herbál, biofű %	11,3	16,1	13,7
Altató, nyugtató %	4,1	7,5	6,3
Marihuana, hasis %	5,4	10,4	8,3
LSD, gomba, meszkalin %	2,5	2,8	0,5
Amfetamin, metamfetamin %	1,7	2,4	0,5
Ecstasy %	0,6	4,8	2,0
Kokain %	1,4	2,4	0,5
Crack %	1,1	2,4	0,0
Máktea %	0,3	2,8	0,5
Morfium, heroin %	0,0	0,8	0,0
Szerves oldószer %	2,2	4,8	4,4
Doppingszerek, szteroidok %	1,1	3,2	0,0
Alkohol gyógyszerrel %	4,4	6,4	7,3
Fecskendővel bevitt drog %	0,6	0,8	1,0
Új "designer" drogok %	0,3	4,0	2,0
Más szer %	0,3	3,2	1,0

1. táblázat. A drogfogyasztás szerenkénti előfordulásának megoszlása a mintában (%).

A droghasználattal kapcsolatos következő kérdés arra kérdez, hogy használt-e már valaha a megkérdezett kábító hatású szert. A válaszadók legnagyobb arányban a nem, soha kategóriát választották, mely lakóhely- és életkori megoszlás tekintetében is igen magas arányú. A gyermek- és fiatalkorú telepen élők körében 81,7%, míg a felnőtt korúak esetében 73,3%. A legnagyobb arányban a legmagasabb gyakorisággal ebben az esetben is a telepen élő felnőttek használtak a legtöbben kábítószert, mely a válaszadás alapján több mint tízszer használt 12,7%-uk. Ennek megfelelően a 4 csoportos megosztást (p= ,0039 tekintve, illetve a korcsoportokat vizsgálva (p= ,001) is szignifikáns eredményt találunk.

A Nyíregyháza Ifjúságkutatással összevetve a drogfogyasztás tekintetében nem találunk nagyobb mértékű különbséget, hasonlóan a városi fiatalokhoz a te-

lepen élő fiatalok körében is az idősebb generáció esetében jellemző a baráti körben és a saját fogyasztás esetében is a kábító hatású szerek fogyasztása (Hüse, 2016).



	Nem, soha	Igen, egyszer	Igen, 2-3-szor	Igen, 4-10-szer	Igen, több, mint 10-szer
Telepi 18 és alatta	81,7%	6,3%	4,7%	1,8%	5,5%
Telepi 19 és fölötte	64,9%	12,7%	6,3%	3,4%	12,7%
Szakellátás 18 és alatta	73,3%	7,6%	5,2%	4,3%	9,5%

6. ábra. A drogfogyasztás megoszlása a mintában (%).

Összegzés

A kortárskapcsolatoknak a serdülőkor bekövetkeztével egyre inkább megnő a szerepe, amelyek hatásai működhetnek egészségvédő faktorként, ugyanakkor egészségkárosító kockázati tényezők funkcióját is betölthetik. A lakóhely szerepe ugyanakkor szintén nagy jelentőséggel bír, mint a mindennapi életvitelt meghatározó és befolyásoló környezet. Különösen érvényes ez a megállapítás a hátrányos szociális helyzetű és alacsony társadalmi státuszú városrészekben élő fiatalok esetében, vonatkoztatva ezt a felmérésben megkérdezett telepszerű körülmények között élőkre (Kovács és Szigeti, 2017).

Vizsgálatunkban ez a kapcsolat jól érzékelhető a barátok rizikómagatartását összevetve a megkérdezettekével. Ahol a barátok fogyasztása nagyobb arányban jelenik meg a különböző termékekkel kapcsolatosan ott a válaszadók rizikómagatartása is nagyobb értéket mutat.

A tanulmány eredményeit összegezve látható, hogy felmérés a dohánytermékek esetében mutatja a legkedvezőtlenebb képet, miszerint a megkérdezettek közül a telepen élő felnőtt fiatalok 43%-nak minden barátja dohányzik. A megkérdezettek esetében ez a rizikómagatartás majdnem kétszeres (84,4%) arányt mutat.

Az alkoholfogyasztás a felnőtt megkérdezettek baráti körében 16,7%, míg a saját fogyasztás esetében majdnem háromszoros (46,7%), amely nem éri el a havi szintet.

A kábítószer fogyasztása a legkedvezőbb mind a barátok körében, mind pedig a megkérdezett gyermekek és felnőttek esetében csekélymértékű.

Összességében a rizikómagatartásokat vizsgálva a felhasznált megoszlásokat tekintve azt tapasztaljuk, hogy a felnőtt korú, telepszerű körülmények között élő fiatalok (18 év felettiek) fogyasztanak a legnagyobb mértékben és a legnagyobb gyakorisággal a vizsgált termékek közül.

Irodalomjegyzék

1. Hüse L. (2015): A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében. *Acta Medicinae et Sociologica* Vol.6 No. 18-19:96-120.
2. Hüse L. (2016): A fiatalok rizikómagatartása Nyíregyházán. *Acta Medicianae et Sociologica* Vol.7 No.131-153
3. Kovács K. E., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17-46.

A szabolcs-szatmár-beregi fiatalok bizalmi kapcsolatainak bemutatása kockázati tényezők elemzése alapján

Prediktorok és protektorok egy vizsgálat adatbázisának több dimenziós elemzésében

Láczay Magdolna, R. Fedor Anita

A megyebeli családok életvitelének társadalmi háttere

Kutatásunk során arra a kérdéskörre kerestük a választ, hogy a családi és baráti kapcsolatok milyen hatással vannak a fiatalok kapcsolatrendszerének, személyiségének alakulására. Abból indultunk ki, hogy a társas támogató kapcsolatrendszer (anyával, apával való pozitív kapcsolat, barátokkal való elégedettség) pozitív hatással van a fiatalok személyiségének az alakulására, ugyanakkor ezek bármelyik elemének változása kockázati tényezővé válhat.[1] Tanulmányunk témájához kapcsolódó elméleti háttér részletes bemutatása jelen kötetben Kovács és Szigeti (2017) írásában olvasható.

A család kiemelt jelentőségét az adja, hogy alapvetően meghatározza a gyermek testi-lelki fejlődését, a társadalmi értékek átadását, a személyiség jegyeinek kibontakozását, megerősítését. Megvédhet a csalódások miatti szorongástól, erősítheti az önbizalmat, nyitott, együttműködő, toleráns fiatalokat nevelésével mentális védelmet jelent, ami megvédi őket a tiltott szerek használatától, a káros szenvedélyektől, a társadalmi perifériára kerüléstől. Amennyiben a kapcsolati háló bármely pontja sérül, fennáll annak a veszélye, hogy a kontrollvesztett, döntésképtelen vagy erősen befolyásolható fiatalok önveszélyes, káros cselekedetekre szánják el magukat. A családi baráti kapcsolatok meghatározzák a fiatalok jelenét, alakítják jövőképüket.[2]

---

[1] A társas kapcsolatok másszempontú megközelítésének elemzését lásd bővebben jelen kötetben Huszti és Takács (2017) tanulmányában.

[2] A fiatalok személyes céljainak elemzése jelen kötetben Markos és Szoboszlai (2017) írásában olvasható.

A konkrét vizsgálatunk eredményeinek a megértéséhez ezért szükséges azoknak a társadalmi, demográfiai, szociokulturális tényezőknek az ismerete, amelyek az adott minta eredményeinek a megítélésében a valósághoz legközelebb eső következtetések levonását segítik.

Ezen kutatás megkezdése előtt jelent meg Varga Júlia szerkesztésében A közoktatás indikátorrendszere 2015 kötet, amely egy országos felmérés alapján a közoktatás szemszögéből számos olyan faktort vizsgált, amelyek megerősítették a mi kutatásunk aktualitását. Elsősorban azoknak a kockázati tényezőknek a tényszerű alátámasztásával, amelyek a térségünk társadalmi viszonyainak az országon belüli tendenciáit, hátrányos helyzetét mutatják be. Az alábbiakban néhány adattal bizonyítjuk ezt.

A népszámlálások adatai szerint csökken hazánkban az óvodás- és iskoláskorúak száma, kivételt képez Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, ahol az óvodáskorúak aránya a megye népességén belül 3,3%, a 6-16 éveseké pedig 13,3%. Ezzel a megyék közül a legmagasabb arányt mutatja, azaz az elkövetkező évtizedben – ha a migráció vagy más egyéb tényező ezen nem változtat –, a megyék közül itt nő majd fel a legtöbb gyermek. Az viszont már kevésbé jelent rangot az első vagy pontosabb megfogalmazásban az utolsó helyezésnek, hogy a hátrányos és a halmozottan hátrányos helyzetűek aránya is itt a legmagasabb az országban (Varga, 2105).

	1-8. évfolyam %	**9-13. évfolyam %**
hátrányos helyzetű	55,9	37,8
halmozottan hátrányos helyzetű	30,6	14,4
összesen	*86,5*	*52,2*

Forrás: Varga, 2015.

1. táblázat. A hátrányos és halmozottan hátrányos gyereke aránya Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 2013-ban.

A családi háttér szegénységének fenti mutatói ugyan elég beszédesek, de más szempontok szerint is veszélyeztetettnek tarthatjuk a megyebeli családok meghatározó részét. A szegénység fogalmát a szakirodalom definíciója (Eurostat) szerint alkalmazva szintén megdöbbentő a lokális terünkben lévő szegény háztartásban élők aránya, helyzete. A szegénység és az iskolázottság, vagy annak hiánya, egymással oly mértékben összefügg, hogy az ISCED 0-2 szintet (nyolc általános) tel-

jesítő szülők gyermekeinek átlagosan 73 %-a szegény háztartásban él. Az országos összehasonlítás szerint a mi megyénkben a legrosszabb a népesség iskolázottságának megoszlása a 25–50 éves korcsoportban (Varga, 2015).[3]

Legfeljebb általános iskola	**24,8%**
Szakiskola	28,8%
Érettségi	27,5%
Felsőfok	18,9%

Forrás: Varga, 2015.

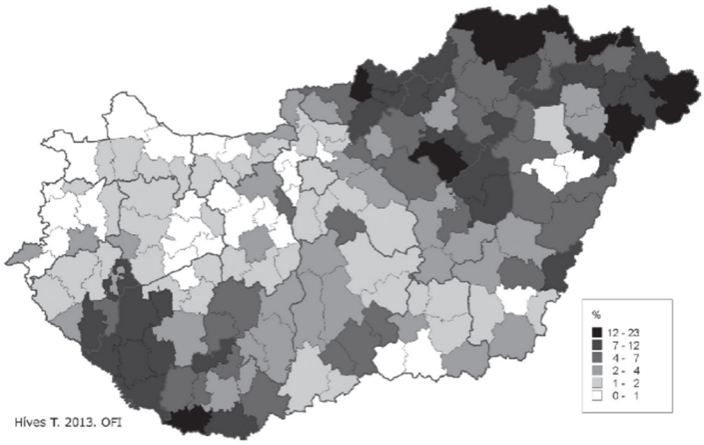
2. táblázat. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei népesség iskolázottsága a 25–50 éves korcsoportban.

A szülők nem szerinti megoszlásában a férfiak között a legiskolázatlanabbak Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élnek.

A szakképzetlen fiatalok munkanélküliségi rátája évek óta magas, amin csak látszólag segített a közmunkaprogram, hiszen a jövedelmi viszonyaik el sem érték a létminimumhoz szükséges jövedelem 60%-át. Ezt a foglalkoztatási formát átmeneti megoldásnak tarthatjuk, mivel roppant kicsi a valószínűsége, hogy visszakerülnek a munkaerőpiacra. Még nagyobb baj, hogy a 19 év alatti gyermekek több mint negyede foglalkoztatott nélküli háztartásban nő fel, vagyis senkinek nincs a családban bejelentett munkahelye.[4] A vizsgálatunk szempontjából fontos, hogy a családok életminősége milyen, és a depriváltság okainak feltárása közben az átlagos mutatók között kell megemlíteni, hogy a roma lakosság aránya ebben a társégben igen magas.

[3] A tanulmányok, az iskolai élet dimenziójának vizsgálatával jelen kötetben Balogh és Hüse (2017) szerzőpáros foglalkozik.

[4]Nemzeti társadalmi felzárkózási stratégia 2011:20 és Gyermekek és gyermekes családok helyzetének jellemzőiMagyarországon, 2006–2009. KSH, 2011.



1. ábra. A 2011-es népszámláláskor magukat cigánynak valók területi, kistérségi megoszlása.

Az ezzel párhuzamosan vizsgált iskolázottság alátámasztja azt a feltételezésünket, hogy az iskolázottság és a depriváltság összefügg, ami a gyermekek szempontjából számos deviancia forrása lehet.

Nemzetiség	8 osztály alatt	8. évfolyam	Középfokú iskola érettségi nélkül, szakmai oklevéllel	Érettségi	Diploma
Nem roma	4,5	27,5	21,0	29,9	17,1
Roma/ cigány	22,3	58,3	13,1	5,1	1,2
Együtt	4,8	27,7	20,8	29,6	17,1

Forrás: Forrai és Híves, 2013.

3. táblázat. A 15 éven felüli népesség iskolai végzettsége (%)

A kimutatások a 2011-es népszámlálási adatok alapján készültek, és néhány esetben az eltelt években van pár százalékos javulás, de ez nem változtatja meg az arányokat. A roma fiatalok esetében a nyolc általánossal vagy azzal sem rendelkezők aránya 80,6%, így a szakképzetlenség maradt az alacsony életszínvonal legnagyobb okozója.

A családszerkezeti változások és a családok funkcionális működése

A 20. század második felében már felgyorsultak azok a folyamatok, amelyek a hagyományos családmodell mellett számos új formát eredményeztek, és nem csupán a nukleáris, a többgenerációs vagy a csonka, esetleg a mozaik családokra gondolhatunk. A KSH-nak a népszámlálásokhoz kidolgozott módszertani útmutatójából indultunk ki, amikor a családtípusokról beszélünk. A hagyományos család modelljének tekintettüka házastársi vagy élettársi, illetve vérségi kapcsolatban együtt élők legszűkebb körét. A családtípusok nemzetközi pluralizációja természetesen hatott a magyar társadalomra, de az igazi változásokat a hazai társadalom belső átalakulásai, a rendszerváltást követő gazdasági, munkaerő-piaci megpróbáltatások legalább annyira befolyásolták, mint a családpolitikai határozatok, amelyekkel a gyermekek születésének növelését kívánták támogatni. A demográfiai folyamatokra, a családszerkezet változására azonban az egyes országokban, sőt azon belüli kisebb térségekben is jellemző, hogy a helyi adottságok, kulturális szokások, a nemi szerepek változása, a foglalkoztatottság, az iskolázottság, az etnikai összetétel, stb. esetenként másként hatott. Harcsa és Monostori (2013) szerint a legjelentősebb párkapcsolati formák, gyermekvállalási szokások azonban így is tipikus változási tendenciákat mutatnak, amelyek a következőek:

1. a párkapcsolaton alapuló együttélési formák arányának csökkenése;
2. az egyszülős családok arányának növekedése;
3. a gyermekszám csökkenése;
4. az egyedül élők arányának növekedése, valamint
5. a három- vagy többgenerációs együttélési formák visszaszorulása.

A fenti típusok természetesen jelen vannak az általunk vizsgált területen is, ám az arányok változóak. Ennek ellenére jogos volt a kérdőív összeállításánál arra gondolni, hogy a nem vérszerinti szülők párkapcsolatában élő – pótanyás vagy pótapás – családokban lévő gyermekek miként viszonyulnak vérszerinti, de nem vele élő, illetve vele élő, de a szülői szerepbe később kerülő felnőtthöz. A családszerkezet változásának valamennyi formáját természetesen ez a kutatás nem vehette vizsgálatába, hiszen elsősorban a fiatalokra koncentrál, de a feltett kérdések alapján kideríthető, hogy egy párkapcsolatban élő, egy egyszülős családból, egy két- vagy több családból szerveződő, esetleg egyéb háztartásból jött a válaszadó fiatal.

A megkérdezett fiatalok köréről, neméről, iskolai kapcsolatairól, családi státuszáról is kaptunk információkat, amelyekkel összevethetőek a család protektivtását mérő adatok.

A felmérés eredményei a családon belüli protektív tényezőkről

Ideális esetben a funkcióit jól ellátó családok – mint primer közösségek – a gyermekek életében döntő jelentőségűek, amelyek a harmonikus fejlődést, a biztonságot adják, és segítik a társadalmi szocializációt is. Ugyanakkor a családok nem tudnak hibátlanul működni, természetes módon adódnak konfliktusok, amiből akár olyan kockázati faktorok (prediktorok) jöhetnek létre, amelyek negatívan hathatnak a gyermek-szülő kapcsolatra. Ezek a tényezők is igen változatosak lehetnek, például:

- Szülői nevelési szokások (a túlzott engedékenység, vagy az ellenkezője)
- Családi háttér rendezetlensége, megbomlott családi struktúra (válás, újraalakult családok, egyszülős családok stb.)
- A szülőkkel való rossz viszony (nem szoros kapcsolat)
- Érzelmi, lelki problémák, hiányok, érzelmi szegénység a családi kapcsolatokban
- Rossz családi légkör (családi erőszak, fizikai és szexuális bántalmazás, stb.)
- A szülők pszichoaktív-anyag használata és az azzal kapcsolatos attitűdje[5]

A kockázatokat itt most nem érdemes rangsorolni, de a szülőkkel való kapcsolat minőségét azért érdemes vizsgálni, mert a jó kapcsolat eleve protektív (védő) tényezőnek számít. A fiatalok számára hosszabb távon biztonságot ad, ha a szülőkkel meg tudják beszélni a problémáikat. Éppen ezért megkérdeztük őket arról, hogy milyen könnyen tudják megbeszélni az őket foglalkoztató vagy zavaró dolgokat egyes családtagjaikkal. A kérdésre kapott válaszokból egyrészt a családtagokhoz, másrészt a barátokhoz és/vagy más hozzájuk kapcsolódó emberekhez való viszonyukat szeretnénk megismerni. Ezzel lehetőséget teremtettünk a különböző szerkezetű családokban élőknek, hogy indirekt módon plusz információkat adhassanak, illetve gondolnunk kellett a vérszerinti családdal nem rendelkezőkre is. Valójában három szintet építettünk be, a családot, a barátokat és az iskolai kötődést. A válaszadásra négyfokozatú skálát használtunk, vagyis arra a kérdésre, hogy milyen könnyen tudod megbeszélni a problémádat, lehetett a nagyon könnyen, a könnyen, a nehezen és a nagyon nehezen választ adni. A családi blokkban az édesapa és édesanya mellett ott vannak a nevelőapa és nevelőanya, a fiú és lánytestvér, valamint más rokonok, akiket a válaszadók neveztek meg.

[5]Nemzeti Stratégia, ISMertető, 2001

	Nincs ilyen ember	Nagyon könnyen	Könnyen	Nehezen	Nagyon nehezen
Édesapáddal	13,3	26,9	32,7	13,1	14,1
Nevelőapáddal	65,4	9,6	14,3	5,2	5,5
Édesanyáddal	9,3	39,8	32,3	9,0	9,6
Nevelőanyáddal	65,2	13,4	14,3	4,4	2,7
Fiútestvére(i)ddel	16,2	30,1	30,1	13,2	10,5
Lánytest-vére(i)ddel	16,4	34,3	30,9	11,6	6,7
Más rokonnal	51,3	22,9	20,3	2,4	3,2
Legjobb barátod-dal	8,0	59,4	24,8	5,1	2,7
Azonos nemű barátaiddal	7,6	43,1	33,4	11,9	4,0
Ellenkező nemű barátaiddal	13,6	25,1	26,9	21,3	13,2
Valamelyik taná-roddal	19,9	17,4	27,8	18,3	16,7
Valamelyik gondo-zóddal	56,4	13,2	16,3	6,4	7,7
Más felnőttel	66,0	11,5	15,9	3,1	3,6

4. táblázat. Milyen könnyen tudod megbeszélni a téged nagyon foglalkoztató, vagy zavaró dolgokat a következő emberekkel? %

Ebben a blokkban a válaszok azt mutatják, hogy a megkérdezettek döntő többsége a családon belül az anyjával a legbizalmasabb, vele van jó vagy nagyon jó kapcsolatban, könnyen vagy nagyon könnyen szót értenek. Nem mondható rossznak az apával való viszony sem, itt is magasak a százalékok, még ha valamivel el is marad az édesanyáétól. A kétszülős családok dominanciáját állapíthatjuk tehát meg, különösen annak ismeretében, hogy a válaszadók a nevelőszülőkről kimagaslóan nagy arányban azt írják, nincs ilyen ember. Ám néhány esetben mégis léteznek nevelőszülők is. A válaszok ezekben is ugyanazt a tendenciát mutatják, sőt az arányok is közel azonosak. A rokonok közül a válaszadók a legbizalmasabb rokonuknak az unokatestvéreiket tartják, őket követik a nagymamák és a nagynénik, majd a nagybácsik. A keresztanya és a keresztapa is az utóbbi két csoporthoz sorolható, mert leginkább a családon belülről kérnek fel felnőtteket a szülők erre a bizalmi feladatra. Érdekes, hogy viszonylag alacsonyabb és azonos arányú a testvérekhez való viszony. Esetükben a könnyen meg tudjuk beszélni kategóriában a legmagasabbak a modus mutatók, bár itt arra nem tértünk ki, hogy idősebb

vagy fiatalabb testvérről van-e szó. A más rokonok között azonban előfordul a nővér és a sógornő, feltehetően ők már más háztartásban élnek.

A fentiek alapján megállapítható, hogy a gyermekek szocializációjában erős hátteret ad a család. Ugyanakkor ezekből az adatokból nem tudjuk, hogy milyen értékek alapján történik mindez. Feltételezhető, hogy a tradicionális és a változó családi funkciók egyszerre vannak jelen. A hibriditás egyik következménye, hogy a családokon belül (és így a családi szocializációban is) keverednek a hozott minták és a változások hatására megjelenő új szocializációs elemek (pl. hogyan szövődik egybe a múltból örökített és a megújuló szerep) (Boreczky, 2009). A családon belül az anya szerepe kiemelkedő, így az ő értékrendszere meghatározza gyermekei személyiségének kialakulását. Nyilván ők a legtradicionálisabb értékek őrzői, ugyanakkor, ha a valamilyen változást elfogadnak, ők lesznek a legtevékenyebb megvalósítói is. A változást látjuk abban, ahogy az engedékeny családmodellel jól össze tudják egyeztetni az iskolától elvárt eredményeket. Azaz a családban engedékenyek, és a jó eredményeket az iskola munkájaként várják. A felmérés azon pontjai bizonyítják ezt az állításunkat, amelyekből kiderül, hogy mennyire informálják a gyermekeik a szüleiket az iskolai életükről, a szabadidejükről és a barátaikról. Ebben a kérdéskörben már vannak jelentősebb elmozdulások, bár még mindig jellemző, hogy a gyermeknevelésért inkább az anya a felelős. Ő ismeri jobban a barátokat, ő tud többet arról, hogy hol van a gyermeke a szabadidejében, mire és mennyit költ. Az iskolai jegyeket nagyjából a fentiekkel egyező arányban ismeri, de kevesebbet tud arról, hogy mit csinálnak az iskolában, mit gondolnak a gyermekéről a tanárok. Valójában ekkor már csak formális, szabálykövető gondoskodásról beszélhetünk, de nem mondható, hogy a gyermekek között nagy a csellengők, a velük nem törődő családban élők száma. A kétszülős, hagyományos családi modellben élőknél a gyermekeknek az anyával bensőségesebb a viszonya, de a mi esetünkben a gyermeke családon kívüli életéről semmit nem tudó apák aránya sem túl magas, a válaszok ötöde körüli vagy annál kisebb arányú.

		sokat %	**keveset %**	**semmit %**
édesapád ***édesanyád***	1. a barátaid	50,1 *69,1*	29,8 *18,5*	20,1 *12,4*
	2. mire költöd a pénzed	47,7 *65,5*	28,7 *19,7*	23,6 *14,8*
	3. hol vagy iskola után	51,8 *64,2*	21,1 *16,7*	27,1 *19*
	4. hová mész este	52,9 *64,6*	19,6 *17,6*	27,5 *17,8*
	5. mit csinálsz a szabadidődben	50,1 *64,1*	26,2 *18,9*	23,7 *17*
	6. mit csinálsz az iskolában	43,6 *57,4*	27,1 *22,2*	29,3 *20,2*
	7. milyen jegyeid vannak	52,8 *64,2*	21,8 *17,3*	25,5 *18,5*
	8. mit gondolnak rólad a tanáraid	44,5 *59,6*	25,6 *19,6*	29,9 *20,7*

5. táblázat. Mennyit tud arról édesapád /édesanyád, hogy kik…

A bizalom meglétéről tanúskodik az a tíz kérdés is, amelyekre a választ három kategóriában kértük. Milyen veled édesapád/édesanyád, segít, engedékeny, türelmes, megértő, szereti, ha önállóan döntesz, ellenőriz, gyerekként bánik veled, meg tud vigasztal, biztat a tanulásra vagy nem hiszi, hogy van értelme? Olyan tulajdonságok iránt érdeklődtünk, amelyek a szülői mentalitást reprezentálják, különösen, ha a választható válasz szerint a majdnem mindig – a néha – a soha szerepel. A család a fiatal számára pozitív válasz esetén olyan támaszt jelent, amely megvédheti azoktól a rizikófaktoroktól, amelyek a mai fiatalság jelentős részét veszélybe sodorják. (pl. rizikó magatartás, kirekesztettség, érzelmi sivárság, bizalomhiány, csellengés, stb.). Az eredményekből ebben a válaszcsokorban is az anyákkal való bensőségesebb kapcsolatot állapíthatjuk meg, de egyáltalán nem semleges vagy elutasító az apák szerepe sem. Minden kérdéscsoportban a majdnem mindig pozitív vélemény van nagyobb arányban, bár az anyák nagyjából 10 %-kal magasabb értéke az adott család érzelmi világára, a tradicionális nemi szerepekre jellemző. Pozitív dologként tapasztaljuk, hogy a tanulást mindkét szülő fontosnak tartja. A fiatal önállósodásának támogatásában kiegyenlítettebb értékek szerepelnek a megadott kategóriákban, mind a három választható magatartás szerint, mind az apa és az anya viszonyulását nézve. *„A megpróbál mindent ellenőrizni”*, illetve *„szereti, ha én döntök a dolgaimban”*, véleménynyilvánítások azt mutatják, valóban ez a tinédzserekhez való viszonyulás nagy kihívása.

A pozitív bizalmi viszonyok ellenére felvetődik egy másik kérdés, mennyiben elégséges ez a háttér a fiataloknak ahhoz, hogy egy másik közegben – pl. magasabb iskolatípusban, munkahelyen, nagyobb településen vagy akár az infokommunikációs térben – képesek lesznek-e boldogulni, ad-e elégséges támaszt a családi háttér, és itt nem az anyagiakra gondolunk. Meg tud-e védeni azoktól a szubkulturális közösségektől, amelyek a káros szenvedélyek kipróbálására csábítanak? Ebben a család mellett az iskolai, baráti közösségek jelentőségét emelhetjük ki, nekik van lehetőségük olyan korrekciókra a fiatalok életminőségének, attitűdjének az alakításában, amelyek még a halmozottan hátrányos környezetből érkezőt is alkalmassá teszik arra, hogy reziliens magatartással képes legyen a személyes sorsának alakítására.

Bizalmi kapcsolatok alakulása két élekor tekintetében

A fenti kérdéskört két korcsoport vonatkozásban is vizsgáltuk. Azt tapasztaltuk, hogy a 19 éves és annál idősebbek körében valamivel többen voltak azok, akik úgy nyilatkoztak, hogy könnyen és nagyon könnyen meg tudják beszélni a problémájukat az édesanyjukkal (76%) és édesapjukkal (65%). A 18 évesek és annál fiatalabbaknál ezek az arányok 69% és 57% voltak. Mindez azt mutatja, hogy az életkor függvényében átalakulnak a családon belüli szerepek és viszonyrendszerek. Minél inkább nőnek a gyerekek, annál inkább válik egyre partneribbé a szülőkkel való kapcsolat. Lazul a függőségi helyzet, csökken a kontroll, s ezáltal őszintébbé válhatnak a kapcsolatok abban az értelemben, hogy a fiatalok olyan dolgokat is elmondanak a szüleiknek, melyeket korábban éppen a büntetéstől való félelem miatt nem osztottak meg velük. A fentiekben bemutatott hasonló hangsúlyok érvényesülnek a fiú- és lánytestvérekkel való bizalmi kapcsolatokban. A fiatalok legfontosabb bizalmasa azonban a legjobb barát. A 18 évesek és annál fiatalabbak 88%-a nagyon könnyen és könnyen meg tudja beszélni velük az őt leginkább foglalkoztató vagy zavaró dolgot. A 19 éves és annál idősebbek csoportjában ez az arány 75%. Látszik, hogy a fiatalabb korcsoportba tartozók számára a legjobb barát valamivel erősebb támogató hátteret jelent, mint az idősebb korosztálynak. Mindemellett az is egyértelműen kirajzolódott, hogy a fiatalabb mintánkat alkotó csoport az azonos nemű baráttal beszéli meg legféltettebb ügyeiket (80% és 68%), bár az is látszik, hogy a fiatalabbaknál ennek nagyobb jelentősége van. Ki kell emelnünk a gondozók szerepét. A válaszok azt mutatják, hogy azok a fiatalok, akiket gondozó nevel, nagymértékben számíthatnak nevelőjükre. A gondozók által nevelt fiatalok nevelőjükkel való bizalmi kapcsolata a vérszerinti

szülők által nevelt gyerekek bizalmi attitűdjének letükröződése. Ez azt mutatja, hogy az intézeti körülmények között nevelkedő fiatalok számára a gondozó testesíti meg a vérszerinti szülők bizalmi mintázatát.

	Nagyon könnyen 18 éves és fiatalabb	Nagyon könnyen 19 éves és idősebb	Könnyen 18 éves és fiatalabb	Könnyen 19 éves és idősebb
Édesapáddal	24,0	33,1	32,7	32,3
Édesanyáddal	36,8	46,7	33,4	29,9
Fiútestvére(i)ddel	26,9	37,0	30,4	29,0
Lánytestvére(i)ddel	32,1	39,2	30,6	31,5
Legjobb barátoddal	60,8	55,9	27,4	19,2
Azonos nemű barátaiddal	44,8	39,2	35,3	28,8
Ellenkező nemű barátaiddal	25,1	24,8	28,4	23,4
Valamelyik tanároddal	18,3	15,1	31,7	17,4
Valamelyik gondozóddal	32,1	39,2	30,6	31,5
Más felnőttel	22,8	23,1	18,7	23,7

6. táblázat. Milyen könnyen tudod megbeszélni a téged nagyon foglalkoztató, vagy zavaró dolgokat a következő emberekkel?

A felmérés eredményei a családon kívüli protektív tényezőkről

A protektív tényezők kutatása során ugyanazt a kérdéscsokrot alkalmaztuk a barátok, a tanár és a gondozó, illetve más felnőtthöz való viszony minősítésére. Kiderült, hogy a legjobb baráttal nagyon könnyen meg tudják osztani gondjukat és gondolataikat (59,4%), de a válaszadók között a könnyen képes megosztani mondandóját kategóriában már csak 24,8%-ot regisztráltak. Összességében ez a két arány azt mutatja, hogy vannak bizalmas baráti kapcsolataik. Nem tudjuk, kik ők, de a szülők vizsgálatakor kiderült, hogy ők érdeklődnek, ismerik a gyermekeik szabadidős kapcsolatait. Ez a kisebb településeken szinte természetes is. Az azonos nemű más barátokkal is könnyen és a nagyon könnyen teremtenek kapcsolatot, osztják meg velük az őket érdeklő témákat, de itt az arányok kiegyenlítettebbek, és szintén könnyen és nagyon könnyen képesek kommunikálni az ellenkező

neműekkel, ami azonban megközelítően csak a válaszok negyedet érinti. Úgy tűnik az ellenkező neműekkel a kapcsolat ebben a korban nem tér el jelentősen az azonos neműeknél kimutatottakétól.

Arra a kérdésre, hogy mennyire tudja a gondolatait megbeszélni valamelyik tanárával, sajnos nagyarányú a nincsen ilyen ember kategóriára érkezett válaszok száma (19,9%). Ezt annál sajnálatosabbnak tarthatjuk, mert a Renzulli (1978) – Mönks (1992) féle tehetségértelmezésben a család mellett az iskola és a társak megléte adja azt a környezeti hátteret, ami a lappangó tehetségek érvényesülését elősegítheti. Eredményeink szerint vannak olyan tanárok is, akikkel könnyen tudnak kapcsolatot kialakítani (27,8%), de azt is tudjuk, hogy a vizsgált térségben jelentős átalakítások, összevonások voltak, és ők leggyakrabban az igen hátrányos, szegregált térségekből hiányoznak.

Mintánkban kevés olyan fiatal szerepel, akiknek nincs családjuk, vagy valamilyen sérült családtípusba tartoznak, de a mintánkban kis számban szerepelnek lakóotthonokban, intézményekben élők is. Feltehetően ők írják, hogy gondozójukkal könnyen, illetve nagyon könnyen meg tudják osztani a gondjaikat. Sokkal izgalmasabb, ugyanakkor biztatónak mondható a más felnőttekkel való kapcsolatuk. Itt is inkább a csonka családból származók, intézetben élők válaszainak véljük, hogy az egyéb felnőttek közül legnagyobb számban és arányban a gyámjukkal tudják a problémáikat megbeszélni, őket követik a szomszédok, a nagyszülők, aztán a pszichológus, a nagynéni, végül a keresztapa és a nevelő azonos számmal szerepel. Külön érdekesség, hogy a vérszerinti rokonaikat is ebben a kategóriában említik.

A kortárscsoportokról általában elmondható, hogy sajátos tulajdonságokkal (kultúrával, szokásokkal) rendelkeznek. Továbbá azt, hogy baráti kapcsolatok szintén fontos védőfaktort jelenthetnek, bár akkor kockázati tényezővé válnak, ha a szülőkkel a viszony megromlik, vagy már eleve olyan szabadidős tevékenységre csábítanak, amelyekben az alkohol vagy különböző illegális szerek fogyasztása előfordul vagy rendszeres. Vizsgálatunkban elsősorban a cigaretta és az alkohol fogyasztásra voltunk kíváncsiak, de azt megkérdeztük, hogy használtak-e már valamilyen kábítószert?

A cigarettára inkább magasnak mondható válaszokat regisztrálhattunk, a többség ezt vállalta. Hasonló az alkoholhoz való viszonyuk is, sőt itt már a mindegyik fogyaszt majdnem mindig kategóriában is magas az ezt vállaló válaszadók száma. Ebből adódóan a részegséget is ismeri a többség.

A dohányzást és az alkoholfogyasztást feltehetően az adott társadalmi közösség általában elfogadja, ezeknek hagyománya van, helyenként a felnőtté válás jelképeként is kezelik. Sokkal elszomorítóbb, hogy a kábítószer fogyasztásról is azt vallják be, hogy vannak olyanok, akik már több mint tízszer használták, és ami a legfájóbb, hogy a kábítószer használók között is néhány kategóriában hasonló arányt találtunk, mint a másik két szernél. Igaz azoknak a száma a legmagasabb,

akik még soha nem éltek vele, de jogos a félelem, hogy aki egyszer –kétszer megkóstolta, az többször is megteszi ezt. A határrmenti illegális kereskedelem (csempészet) még a szegénynek számára is elérhetővé tesz olyan szereket, amelyek mindenképp rontják életesélyeiket.

Dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer használat és a családi háttér összefüggései

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy vajon a családi kapcsolatok jellemzői és a rizikó magatartás milyen kapcsolatot mutatnak. Első körben arra térünk ki, hogy van-e összefüggés a dohányzás és családon belüli kapcsolatok között.

Statisztikailag releváns összefüggést találtunk a dohányzás és a szülői kontroll felett. Az apai kontroll és a dohányzást mutató arányok közötti legkisebb rést ott tapasztaltuk, ahol az apa szinte mindig beleszól a fiatal életében. Ebben az esetben a dohányzók aránya 59,2%, míg a nem dohányzóké 40,8%. Az alkalmanként kontrolláló apák gyermekeinek 72,7%-a dohányzik, míg a teljes apai kontroll nélkül élő fiatalok több mint négyötöde (82,5%) él a dohányzás káros szenvedélyével. Hasonló összefüggést találtunk az anyai kontroll vizsgálatánál. Ez azt jelenti, hogy azoknak a fiataloknak a 63,8%-a dohányzik, akiket az édesanyja majdnem mindig minden felett megpróbál kontrollt gyakorolni. Ennél hangsúlyosabb azoknak az aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy édesanyjuk csak néha akar mindenbe beleszólni (72%). A szabadjára engedett fiatalokra még az ennél is kiemelkedőbb 82% a jellemző. Adataink azt mutatják, hogy a szülői figyelem (és talán fegyelem) erősödésével csökken a dohányosok aránya a vizsgált fiatalok körében. A megkérdezett fiatalok válaszai arra is rávilágítanak, hogy a szülői kontroll erősödésével csökken a dohányzás gyakorisága és az elszívott cigaretták mennyisége. Meghatározó kapcsolatot találtunk a döntési szabadság meghagyása és a dohányzási gyakoriság között. Azon fiatalok körében, akik úgy válaszoltak, hogy az édesapja inkább, vagy néha szereti, ha ők maguk döntenek a dolgaikban, hasonlóságot mutatnak a sosem dohányzók arányát tekintve. Ettől statisztikailag elkülönülnek azok, akiknek soha nem engedi az édesapja, hogy ő maga döntsön a dolgaiban. Körükben a soha nem dohányzók aránya 25,7%.

	Jelenleg milyen gyakran dohányzol				
Milyen veled az édesanyád?	**sosem dohányoztam most sem dohányzom**	**régen dohányoztam de már leszoktam**	**ritkábban, mint hetente**	**hetente legalább egyszer, de nem minden nap**	**minden nap**
Szereti, ha én döntök a dolgaimban					
soha	30,8	15,4	6,4	2,6	44,9
néha	35,5	9,7	7,2	9,0	38,7
majdnem mindig	34,2	11,1	6,4	4,5	43,8
Megpróbál mindenben ellenőrizni					
soha	21,1	12,4	4,3	3,2	58,9
néha	29,0	11,1	8,2	10,1	41,5
majdnem mindig	42,1	10,8	7,0	4,6	35,6
Milyen veled az édesapád?					
Szereti, ha én döntök a dolgaimban					
soha	25,7	14,1	9,7	6,3	44,2
néha	38,0	9,4	8,0	5,2	39,4
majdnem mindig	35,7	11,9	4,1	5,8	41,7
Megpróbál mindenben ellenőrizni					
soha	22,4	13,0	5,7	4,9	54,1
néha	30,4	11,6	10,3	7,6	40,2
majdnem mindig	45,7	10,2	5,7	5,1	33,3

7. táblázat. Milyen veled az édesanyád/édesapád és a dohányzási gyakoriság összefüggései.

Eredményeink szerint az apával való jó kapcsolat összefügg a lerészegedés gyakoriságával. Az anyával való jó kapcsolat ebből a szempontból meghatározó jellegére nem derült fény. Azon fiatalok körében, akik azt válaszolták, hogy nehezen

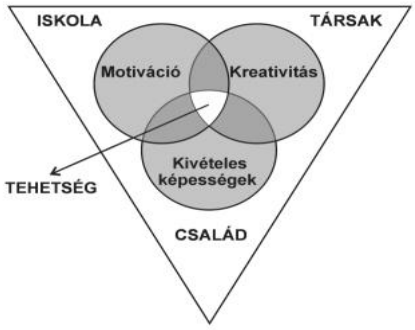
vagyon nehezen tudják megbeszélni problémáikat 15%-kal magasabb azok aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy már több mint tízszer előfordult velük, hogy lerészegedtek. Ebbe a csoportba kétszer annyi fiú tartozik, mint lány. Ami igen meglepő, az az, hogy az alkoholt még nem fogyasztók és a józan ivók között több a fiú, mint a lány.

Az apai engedékenység mértéke szintén szignifikáns kapcsolatot mutat az alkoholfogyasztás gyakoriságával. Azok körében, akik, azt válaszolták az „Engedi, hogy azt tegyem, amire szükségem van" állításra, hogy soha, vagyis, azok körében, akik folyamatos apai kontroll alatt vannak, szinte azonos arányában vannak azok, akik még soha nem voltak részegek és azok, akik már több mint tíz alkalommal részegre itták magukat. De az is igaz, hogy az apai szigort tapasztalók körében a legalacsonyabb a azon fiatalok aránya, akik még sohasem voltak részegek 26,4%). Ezt követik azok, akik jelentős szabadságot élveznek (az „Engedi, hogy azt tegyem, amire szükségem van" állításra az majdnem mindig választ adták) 37,3%. Ebből a szempontból a legnépesebb csoportnak azok bizonyultak, akik néha kapnak „szülői ellenőrzést" (44,2%). Az anyai kontrollra vonatkozóan nem találtunk ilyen összefüggést.

Az apával való kapcsolat a droghasználat tekintetében is meghatározónak bizonyult. Azt azonban elöljáróban le kell szögezni, hogy a problémáikat édesapjukkal nagyon könnyen, könnyen, nehezen, nagyon nehezen megbeszélők csoportjában azok voltak a legtöbben, akik még soha nem használtak kábító hatású anyagot. Azonban az is igaz, hogy azok, akik kétszer-háromszor is kipróbáltak már ilyen jellegű szereket, azok aránya magasabb volt a problémáikat nehezen és nagyon nehezen megbeszélők körében (19%). Ugyanez az arány a problémáikat könnyen vagy nagyon könnyen megbeszélők esetében 7%-os. Hasonló kapcsoltra találtunk a több mint tízszer szerhez nyúlók vonatkozásában is. A problémáikat nehezen vagy nagyon nehezen megosztók 22%-a, a könnyen vagy nagyon könnyen problémamegbeszélők 16%-a számolt be hasonló gyakoriságról. Ebben a kérdésben már az anyákkal való kapcsolat is statisztikailag releváns összefüggést mutat. A kétszer-háromszor szerhasználók nagyobb arányban voltak azok között, akik nehezen vagy nagyon nehezen tudják megosztani problémáikat az édesanyjukkal (19%), és hasonló mondható el azokról, akik több, mint tíz alkalommal használtak kábító hatású anyagot (26%). Ezek az arányok az édesanyjukkal jó kapcsolatot ápolók körében 8,7% és 16,5%.

Összegzés a családi háttér vizsgálati eredményeiről

A megkérdezett fiatalok családi és baráti kapcsolatait jónak, támogatónak mondhatjuk. Amennyiben a családok anyagi körülményeiről is elmondhatnánk ezt, még lehetnének olyan szocializációs problémáik, amelyek a családi, a lokális térség, a határmentiség problémái miatt veszélyeztetné őket. Ma azonban kénytelenek vagyunk azt mondani, hogy a tágabb környezet hátrányai ellenére a gyermekek viszonylagos biztonságban, de relatív és tényleges szegénységben élnek, ami a térség periférikus helyzetéből adódik. Az Észak-Alföldi régió több szempontból periférikus helyzetű, és az ezzel járó hátrányos helyzettel, a leszakadás veszélyével küzd. A lokális társadalomban az országos átlaghoz képest fokozatos leszakadás tapasztalható, ami immár nemcsak az alapfokú oktatásban, a szakemberképzésben mutatkozik meg, hanem a fiatalok szűkülő önképzési lehetőségeiben, a lappangó tehetségek elvesztésében, a csökkenő iskolázottsági szintjében is. A Mönks-Renzulli modell feltételrendszeréből a környezeti tényezők sérülnek, vagy akár hiányoznak is.



2. ábra. Mönks-Renzulli modell

Vizsgálatunk azonban arra is rámutatott, hogy a tradicionális családmodellnek itt erősebbek a hagyományai, hogy a fiataloknak a szülőkkel a kapcsolatuk erős emocionális tőkét jelent. A viszonylag jelentősebb számú fiatalság azonban nem kapja meg a családjától azt az anyagi, szellemi támogatást, ami a hátrányos helyzetükből való kitöréshez kellene. A helyi társadalomban azonban még vannak olyan kulturális értékeket őrző erők, amelyek talán képesek lennének a lecsúszást csökkenteni.

A periférián egyre szűkül az ösztönzést segítő példák száma, az iskolában a tehetséges gyermeknek nincsenek olyan társai, akik újabb eredmények elérésére ösztönöznék. Ennek oka mára elsősorban nem, vagy nem a korábbi értelmezésben

megfogalmazott etnikai szegregáció, hanem a települések leszakadása, az elszegényedett környezet, a módosabb, motiváltabb gyermekek hiánya. A 201 községből 37 aprófalu. Utóbbiak néhány kivételtől eltekintve a megye keleti részén fekszenek. 2001 óta a községek zömében csökkent a népesség, ez alól többnyire a keleti határ térségében lévők jelentenek kivételt.[6]

A kelet-magyarországi politikai államhatárok mentén kialakult helyzetet súlyosbítja, hogy ezekben a határrégiókban gazdaságilag-társadalmilag elmaradott, hátrányos, nem egyszer halmozottan hátrányos helyzetű térségek, települések és településcsoportok érintkeznek egymással, voltaképpen perifériák találkoznak perifériákkal (Hardi, 2000). Ez a körülmény a határon átnyúló együttműködés mennyiségében, jellegében, tartalmi mélységében is megmutatkozik: alacsony a gazdasági, a kereskedelmi, az oktatási együttműködések aránya, inkább a kulturális, a testvértelepülési, a sport és egyéb kapcsolatok dominálnak. Az északkelet-alföldi perifériikus határ menti területek még kevésbé kerültek kapcsolatba a nemzetközi gazdasággal.

Errefelé a legrosszabb a foglalkoztatási helyzet, legmagasabb az aluliskolázottak száma, ugyanakkor itt születik a legtöbb gyerek, itt dominálnak a kétszülős családok, az itt élő gyermekek természetesnek veszik, hogy anyjukkal bensőséges, apjukkal bizalmon alapuló a viszonyuk. Mégsem lehetünk abban biztosak, hogy sikeres felnőttekké válnak.

Felhasznált irodalom

1. Balogh Erzsébet, Hüse Lajos (2017): Az iskolai közérzet és a rizikómagatartás egyes aspektusainak összefüggései. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 91–112.
2. Családi szocializáció a romák körében – a felnőttkori szocializáció lehetőségei (2012) Humán Contact Bt.
3. Forray Katalin – Híves Tamás (2013) Az iskolázottság térszerkezete, Eductio 2013/4:493-504
4. Harcsa István - Monostori Judit: Demográfiai folyamatok és a családformák pluralizációja Magyarországon,
5. In: Társadalmi riport 2014 (Szerk.): Kolosi Tamás – Tóth István György, Tárki, Bp. 2014:83 – 109
6. Hardi Tamás (2000): Államhatárok és regionális együttműködések In: Magyarország területi szerkezete és folyamatai az ezredfordulón, Horváth Gyula

[6]Városok – Falvak, Magyarország településhálózata 2. (2015) KSH

–Rechnitzer János (szerk.): Magyarország területi szerkezete és folyamatai az ezredfordulón. Pécs, MTA Regionális Kutatások Központja
7. Huszti Éva, Takács Péter (2017): Kapcsolati faktorok és rizikómagatartás. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 113–126.
8. KovácsK., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17–46.
9. Nemzeti társadalmi felzárkózási stratégia 2011:20 és Gyermekek és gyermekes családok helyzetének jellemzői.
10. Nemzeti Stratégia, ISMertető, 2001
11. Magyarországon, 2006–2009. KSH, 2011.
12. Markos Valéria, Szoboszlai Katalin (2017): Személyes célok és reziliencia. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 187–198.
13. Mönks, F.J. (1992): Development of gifted children: The issue of identification and programming. (Eds.) Mönks&Peters: TalentfortheFuture . Van Gorcum, Assen/Maastricht.
14. Renzulli, J. (1978): What makes giftedness? Reexaming a definition. Phi Delta Kappa, 60, 180-184, 261.
15. Varga Júlia (szerk.): A közoktatás indikátorrendszere 2015.MTA KRTK KTI (Magyar Tudományos Akadémia, Közgazdasági – Regionális Tudományos Kutatócsoport, Közgazdaság-tudományi Intézet
16. Városok – Falvak, Magyarország településhálózata 2. (2015) KSH

Az iskolai közérzet és a rizikómagatartás egyes aspektusainak összefüggései

Balogh Erzsébet, Hüse Lajos

Iskola és egészségmagatartás

Az iskolának óriási szerepe van abban, hogy a felnövekvő nemzedékek egészségmagatartásának formálásával intézményesen előkészítse azt, hogy a gyerekek felnőttként aktív szerepet tudjanak majd vállalni életminőségük alakításában (Meleg, 2002), hiszen a szocializációs folyamatban megjelenő hatások közül a családnak és a társadalmi környezetnek alapvető szerepe van. A szocializációs folyamat második leghatékonyabb tényezője az iskola. Buda (1988), valamint Cole és Cole (2006) szerint a szülők azzal is hatnak gyermekük fejlődésére, hogy megválogatják a környezeti tényezők azon részeit, amelyeknek a gyermeket kiteszik, például azokat a helyeket, amelyekre az otthonukon kívül ellátogatnak, vagy akár azt is, akikkel játszanak. Ha bevonjuk a családokat az iskolai egészségnevelési programokba ez a probléma gyakorlatilag felszámolható. Az iskolai közösségi aktivitások által az iskolai környezetben a gyermekeket a konstruktív életvezetésre lehet megtanítani. Bábosiknak (2004) az a véleménye, hogy az iskola egyik legfontosabb nevelési feladata a „konstruktív megoldások tanítása". Golnhofer és Szekszárdi (2003) ír arról, hogy az iskola intézménye felfogható a közoktatási rendszer részeként funkcionáló szervezeti egységként, de egy olyan sajátos társas erőtérként is, mely az egyes diákok életútját jelentősen befolyásolhatja. Ez a szempont kiemelten fontos a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek fejlesztésénél. A tanári munka minőségét egyébként is az adja, hogy szocializálja azokat is, akikről azt gondolnánk, hogy nehezen szocializálhatók, és fejlessze azoknak a képességeit is, akikről azt gondolnánk, hogy nem lesznek eredményesek (Csapó, 2000).

A fiatalok jövőbeni egészségkilátásait és jelenlegi egészségi állapotát is befolyásolja egészségmagatartásuk. Az egészségmagatartás kialakulása egész életen át tartó hosszú, szocializációs folyamat eredménye. A fiatalok magatartásának formálásában mintaadó szerepével kiemelkedik a család. A család mellett a kortársak, kortárscsoportok és az iskola tölt be meghatározó szerepet (Németh, 2007).

Az egészségmagatartást az egészségkultúra határozza meg leginkább. Az egészségkultúra az általános kultúra részét képezi, és fokozatosan épül be a személyiségbe.

Az egészségkultúra megalapozásához az egészségpszichológiai törekvések érvényesítése az iskolák életében feltétlenül szükségesek (Albert-Lőrincz, 2000). Az egészségkárosító viselkedések gyakorisága szempontjából a serdülőkor a legmagasabb kockázattal járó időszakaszt képezi. A különböző vizsgálatok szerint az egészségkárosító viselkedés gyakorisága jelentős mértékben növekszik, az egészségvédő magatartásformák csökkenésével (Currie és Williams, 2000; Lohaus, Vierhaus és Ball, 2009). Az egészség a megfelelő iskolai teljesítmény alapja, ami tulajdonképpen a jólléti állapot meghatározója, testi, lelki, szellemi és szociális szempontból egyaránt. Együttesen a harmonikus iskolai beilleszkedés elengedhetetlen feltételeit jelentik (Albert-Lőrincz, 2000, 2006). A serdülőkor magas kockázati időszak az egészséget illetően, a káros viselkedések pedig sok esetben többszörösen, egymáshoz kapcsolódva jelennek meg (Weiner, 2003).

A tanulmány további részében az iskolai adatok közzétételére fókuszálunk. A kortárshatásokról részletesebben az elméleti hátteret feltáró fejezet szerzőpárosa (Kovács és Szigeti, 2017) foglalkozik. Néhány eset kivételével a szignifikáns eredményekre koncentrálunk. A tanulmány célja elsősorban az elsődleges adatközlés, mélyebb elemzésbe nem bocsátkozik, ezeket az összefüggéseket a kutatócsoport későbbiekben tárgyalja bővebben.

Az iskolai kérdéseket azok esetében is lekérdeztük, akik már nem járnak iskolába – esetükben a kérdés a múltra vonatkozott. Az elemzésbe ezeket az eseteket is bevontuk, ugyanakkor az elemzés szövegében a fogalmazást egyszerűsítve jelen idejű igékkel fejezzük ki a mondanivalónkat.

Az iskolára vonatkozó kérdések alapmegoszlása a csoportok (alminták) szerint

A kérdéscsoport első kérdése azt vizsgálta, hogy a megkérdezett milyen tanuló a jegyei, a tanárai véleménye és a saját véleménye alapján.

A legtöbben mindhárom szempont esetén átlagosnak („se jó, se rossz”) ítélték a tanulmányi eredményüket. Bár nincs szignifikáns különbség, az átlagok alapján megfogalmazható, hogy a megkérdezettek szerint a tanárok véleménye rosszabb (átlag: 2,33), mint amire a tanulók jegyeiből (átlag: 2,37) következtettek, ugyanakkor önmagukat saját véleményük alapján a válaszadók kicsivel pozitívabban értékelték (átlag: 2,44) a jegyeik alapján megfogalmazott ön-értékelésükhöz képest.

Ez a megfigyelés a három elkülönített csoport (telepi 1. korcsoport; telepi 2. korcsoport; szakellátás 1. korcsoport) esetén inkább a szegregátumokban élők esetében igaz, a szakellátásban nevelkedő csoport esetében a tanárok feltételezett véleményén alapuló értékelés (átlag: 2,40) azonos a jegyeken alapuló értékeléssel (átlag: 2,40). A saját véleményen (átlag: 2,49) alapuló értékelés viszont náluk is kedvezőbb, mint a másik két szempont szerint. A szakellátás 2. korcsoportját az alacsony elemszám miatt kizártuk az elemzésből.

A következő kérdés a tanulási nehézségekre irányult. A 892 fős mintából a válaszadók változó arányban számoltak be arról, hogy a különböző tényezők okoznak-e számukra nehézséget a tanulásban. Legtöbben a „túl gyorsan haladunk a tananyaggal", „nem értem az anyagot" és „nem érdekel a tanulás" válaszlehetőséget jelölték meg, mint nehézséget a tanulásban. Legkevésbé nehézségi okként a tanulásban a családi támogatás hiánya és a távolság, az utazás jelenik meg a válaszok között. A kérdőív tanulási nehézségek listáján jellemzően több elem is megjelölésre került a válaszadók által.

„Kérdőív az iskolai életről" (Questionnaire of School Life, QSL)

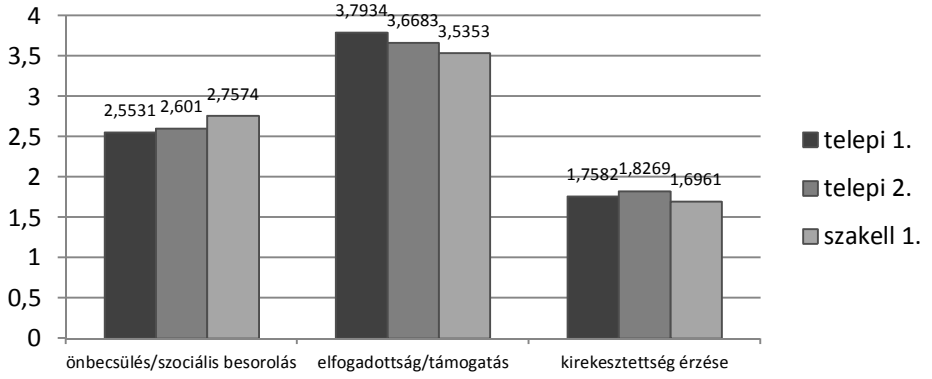
Farnicka és munkatársai (2014) által kidolgozásra került az iskolai marginalizáció mérésére egy új eszköz, a „Kérdőív az iskolai életről" (Questionnaire of School Life, QSL). A kísérleti eszköz (QSL) 12 kérdésből áll, három skálán, amelyek az önbecsülést, az elfogadottságot és társas támogatást, és a kirekesztést mérik. Ezen mérőeszköz alkalmazásával a felmérés eredményeit az egyes iskolákra, vagy akár osztályokra fókuszáló pedagógiai, szociális és prevenciós programok és stratégiák megalkotásához alkalmazhatjuk, célzottan, valamint ösztönzően hat a pedagógusok és szülők együttműködésére is. A QSL három dimenziójához az eredeti kérdőívben a következő kérdések szerepelnek:

A QSL három dimenziója:
1. Önbecsülés (szociális besorolás): Milyen tanuló vagy? Mennyire vagy felkészült az iskolában? Meg vagyok arról győződve, hogy a családom sok mindenben különbözik a többiek családjától.
2. Elfogadottság és társas támogatás: Szünetekben beszélgetek valamelyik iskolatársammal. Amikor nem értek valamit van néhány olyan osztálytársam, akitől tudok segítséget kérni. Csak az osztálytársaim miatt szeretek iskolába járni. Az osztálytársaim azt mutatják, hogy kedvelnek engem. Elmesélem a szüleimnek, hogy vannak az osztályomban kedves osztálytársak.

3. Kirekesztés megélése: Nem szeretem a sport osztályokat, mert attól tartok, senki nem fog a csapatba választani. Néhány osztálytársam kicsúfol. Néhány osztálytársam kötekedik velem. Csak az osztálytársaim miatt nem szeretek iskolába járni.

A hazai körülményekre adaptálva kérdőívünkben a következő kérdések szerepeltek a három dimenzióban:
1. Önbecsülés (szociális besorolás): Milyen tanuló vagy? Jól felkészülök az iskolai órákra. Azt gondolom, a családom nagyon különbözik a többiek családjától.
2. Elfogadottság és társas támogatás: Szünetekben beszélgetek a társaimmal. Amikor nem értek valamit, van néhány osztálytársam, akitől segítséget tudok kérni. Úgy érzem, hogy csak az osztálytársaim miatt szeretek iskolába járni. Úgy látom, az osztálytársaim, vagy az iskolatársaim kedvelnek engem. A szüleimmel (VAGY nevelőimmel) beszélgetek az osztálytársaimról, iskolatársaimról.
3. Kirekesztés megélése: Attól tartok, senki nem fog engem a csapatba választani, ezért nem érzem jól magam a testnevelés órákon. Előfordul, hogy néhány osztálytársam/iskolatársam kicsúfol. Előfordul, hogy néhány osztálytársam/iskolatársam kötekedik velem. Úgy érzem, hogy csak az osztálytársaim miatt NEM szeretek iskolába járni.

A kérdésekre minden esetben a válaszadási lehetőségek ötfokú Likert-skálán történtek.

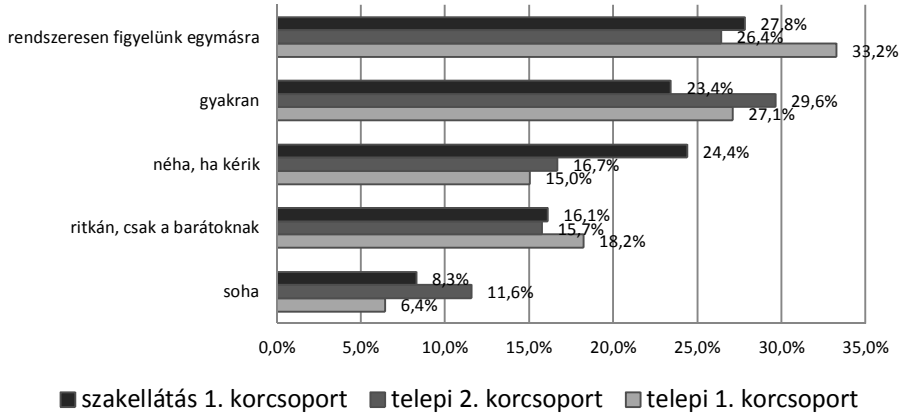


1. ábra. A QSL három dimenziójában elért eredmények a vizsgálati minta három csoportjában (átlagpontszám)

A három csoport között szignifikáns (p = 001) különbséget az első két dimenzióban találtunk. Az önbecsülés/szociális dimenzió esetén a szakellátás 1. csoportjának tagjai érték el a legmagasabb átlagpontszámot, a legkevesebbet a telepi 1.

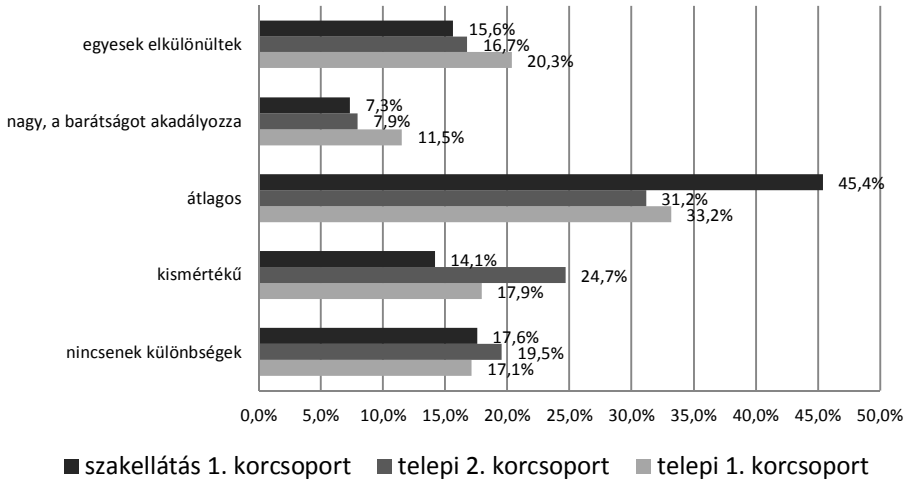
korcsoporthoz tartozók. Az elfogadottság/támogatás dimenzióban éppen fordított a helyzet, a legmagasabb pontszámot a telepi 1. korcsoporthoz tartozók érték el, míg a legalacsonyabb átlagpontszám a szakellátás 1. korcsoportjához tartozók esetében mutatkozik. A harmadik dimenzióban mért átlagpontszámok viszonylag alacsonynak tekinthetőek mindhárom vizsgált csoport vonatkozásában.

A 2. ábrán az osztályon belüli segítségnyújtást láthatjuk. Mindhárom vizsgált korcsoport esetében (χ^2; p=0,045) nagyfokú segítőkészség meglétét tapasztalhatjuk. A támogatás minősége attól függ, hogy melyik csoportba tartozik a válaszadó. A telepi 1. és telep 2. korcsoportba tartozók esetén valamivel nagyobb fokú segítő készség jelenléte figyelhető meg, mint a szakellátás 1. korcsoportba tartozóknál. Ennek hátterében valószínűsíthetően az állhat, hogy a vizsgálati minta mindhárom csoportjába tartozók homogénen kialakított osztályközösségekbe járhatnak.



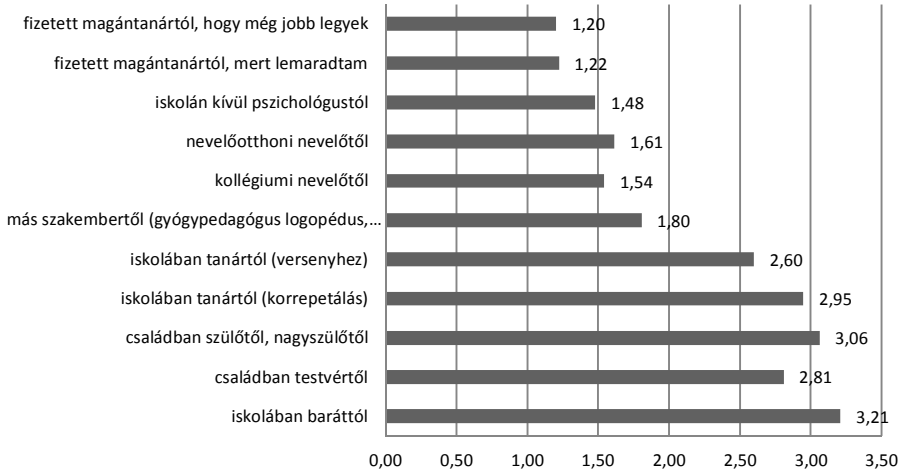
2. ábra. Osztályon belüli segítségnyújtás előfordulása (tanulás, kudarcok, szomorúság)

A 3. ábrán éppen az osztályon belüli különbségek meglétét mutatjuk be. a telepi 1. csoport esetében azok aránya, akik különbséget észlelnek (44,2%), nagyobb, mint a másik két csoport esetében, a telepi 2. korcsoportban pedig azok vannak többségben (35%), akik szerint a különbségek kicsik/nincsenek. A két csoport iskolai élményszerzése közötti időben nőttek a különbségek az iskolában. Ez akár adódhat abból is, hogy a fiatalabb korosztály egy helyi, homogén osztályközösségben kezdik meg tanulmányaikat, majd a köznevelésben végbement iskola összevonások következtében, későbbi tanulmányaikat egy heterogénebb osztályközösségben folytatják, akár más településen. Ennek igazolása mélyebb elemzést igényel a későbbiekben. Az összefüggés (csoportba-tartozás és különbségészlelés között) szignifikáns (χ^2; p=0,013).



3. ábra. Osztályon belüli különbségek

A serdülők idejük nagy részét iskolában töltik. Eredményességük, szocializációjuk szempontjából igen fontos szerepet játszanak azok, akik ebben az időben segítséget nyújtanak nekik. A 4. ábrán megismerhetjük, hogy a vizsgálatban résztvevők milyen gyakran és kiktől kapnak segítséget a tanuláshoz, a gyakorisági válaszok átlagában (1 = soha; 5 = rendszeresen)

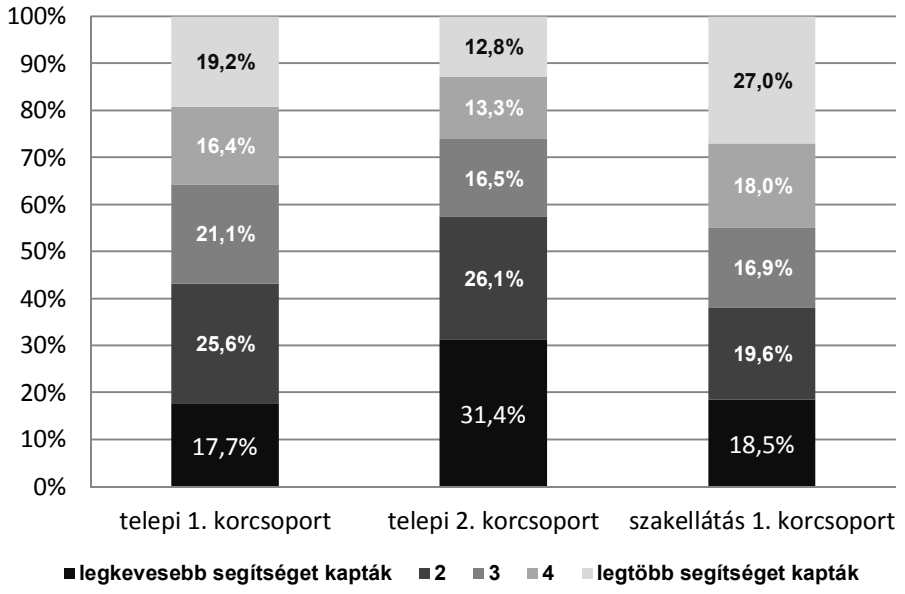


4. ábra. A tanulásban nyújtott segítség gyakorisága

Összességében megállapítható, hogy a legtöbb segítséget az iskolában kapják meg a válaszadók: elsősorban baráttól (ami lehet akár a felelet közbeni súgás is), és a pedagógusoktól korrepetálás formájában (ez a segítségforrások becsült rangsorában a harmadik). Ezt szoroson követi a családban nyújtott segítség– a családi kapcsolatokat lásd bővebben ezen kötet Láczay és R. Fedor (2017) tanulmányában -, szülőtől, nagyszülőtől (becsült rangsor 2. eleme) és a testvértől (becsült rangsor 4. eleme). Érdekes, és váratlan eredmény, hogy a versenyfelkészítéshez adott tanári segítség a lista ötödik tagja, egyúttal a mezőnyből kiugró csoport része is. Ugyanakkor nem meglepő, hogy a legalacsonyabb átlagpontszámot a fizetett magántanárok érték el.

A fenti „segítségforrásokat" összevontuk, és quintiliseket képeztünk belőlük, így öt, megközelítőleg azonos nagyságú csoportot kaptunk. Az 1. csoportba azok tartoznak, akik a legkevesebb forrásból / a legritkábban kaptak tanulási támogatást, az 5. csoportba pedig azok, akik a legtöbb forrásból / leggyakrabban kaptak támogatást a tanuláshoz.

Ezekkel a csoportokkal a három almintánkat összevetve az alábbi eredményt kaptuk.

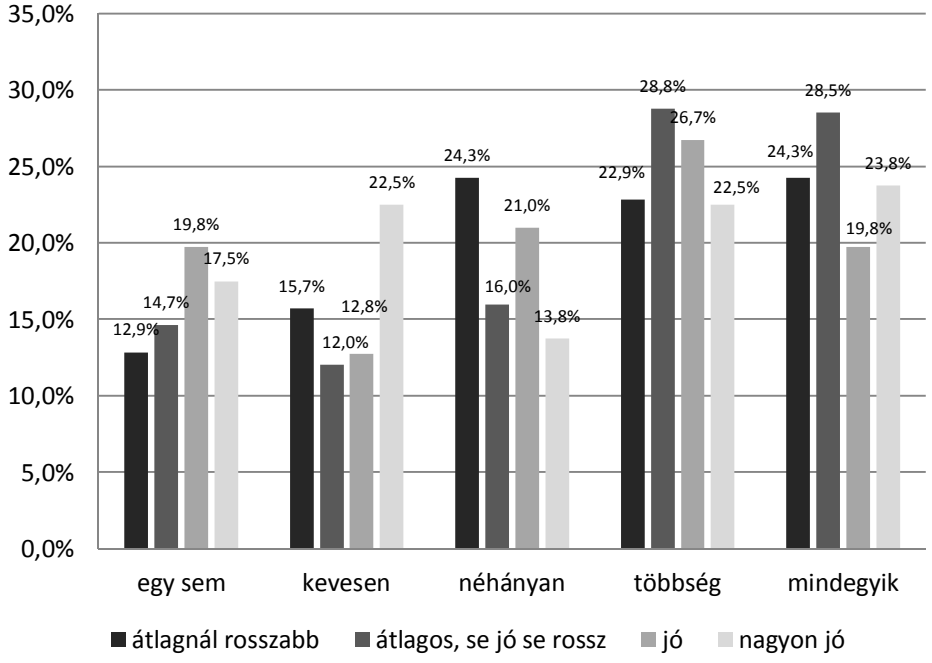


5. ábra. „Segítségforrások" quintilisek szerint.

A legkevesebb segítséget kapó alsó két quintilis a telepi 2. csoportban (57,4%), a legtöbb segítséget kapó felső két quintilis a szakellátás 1 csoportban (45,0%) felülreprezentált.

Az iskolai élmények és sikeresség összefüggései a rizikómagatartással

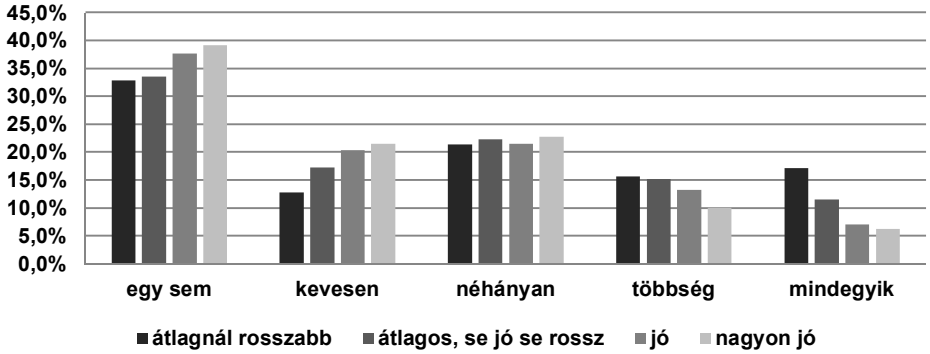
A sikeresség önbesorolására vonatkozó három kérdés (milyen tanuló vagy…?) közül az összehasonlításba csak a jegyek alapján képzett önbesorolást vontuk be, mint a három szempont kvázi „középértékét".



6. ábra. Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. szerinted hány barátod cigarettázik?

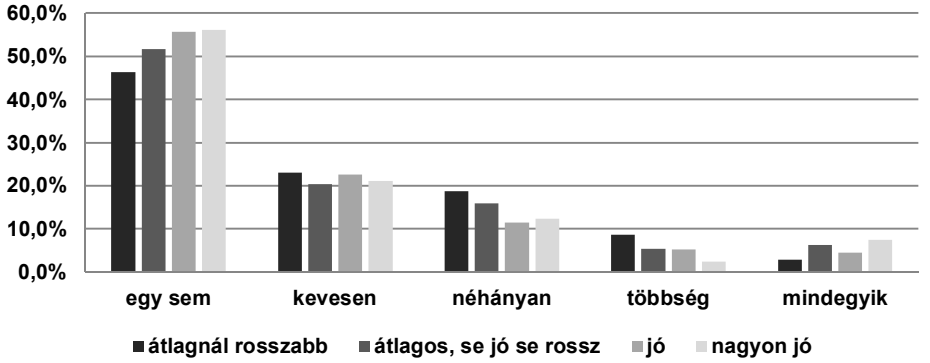
Az átlagos tanulók saját bevallása szerint barátaik inkább a dohányzók táborát erősítik (χ^2; p <.001), míg az átlagnál rosszabb, a jó és a nagyon jó tanulónak vallók barátai nagyon kevés különbséggel ugyanannyian dohányoznak, mint ahányan nem, vagy csak kevesen, illetve néhányan (χ^2; p <.001) dohányoznak. A jó

és a nagyon jó tanulók inkább azokkal barátkoznak, akik nem, vagy kevesen élnek ezzel a káros szenvedéllyel, de az átlagnál rosszabb tanulók barátai között sincs óriási különbség a nem dohányzók, a kevesen, néhányan dohányzók és a dohányzó barátok között.



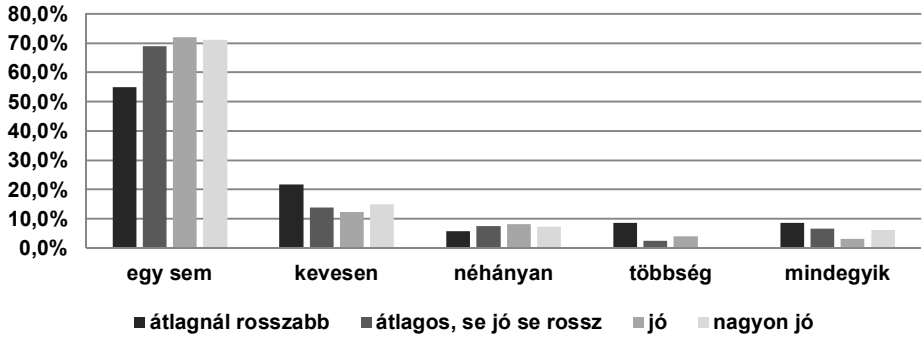
7. ábra. Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. szerinted hány barátod iszik alkoholt?

A dohányzáshoz képest az alkoholfogyasztás területén kicsit „egészségesebb" a helyzet, melyet a 7. ábrán mutatunk be. A tanulók jegyeik alapján bármelyik csoportba is tartoznak, magas azoknak a barátaiknak az aránya, akik egyáltalán nem fogyasztanak alkoholt (átlagnál rosszabb: 32,9%; átlagos: 33,6%; jó: 37,8%; nagyon jó: 39,2%). Legtöbben a nagyon rossz tanulók barátai mindegyike (17,1%) él ezzel a káros szenvedéllyel.



8. ábra. Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. szerinted hány barátod lesz részeg hetente egyszer vagy többször?

A 8. ábrán hasonló tendencia figyelhető meg, mint az előző eredménynél. A megkérdezettek jegyeik alapján bármelyik csoportba is tartoznak, barátaik többsége (átlagnál rosszabb: 46,4%; átlagos: 51, 7%; jó: 55,8%, nagyon jó: 56,3%) egyike sem fogyaszt annyi alkoholt, amely részegséghez vezetne hetente egyszer vagy akár többször is. Annak ellenére, hogy a legalacsonyabb mértékben a nagyon jó tanulók vallották azt, hogy barátaik mindegyike fogyaszt alkoholt, az ő barátaik lesznek azok, akik legtöbbször részegek egy héten egyszer, vagy többször. Tehát a nagyon jó tanulóknak barátaira kevésbé jellemző az alkohol fogyasztása, de azok akik isznak, részegségig teszik azt.

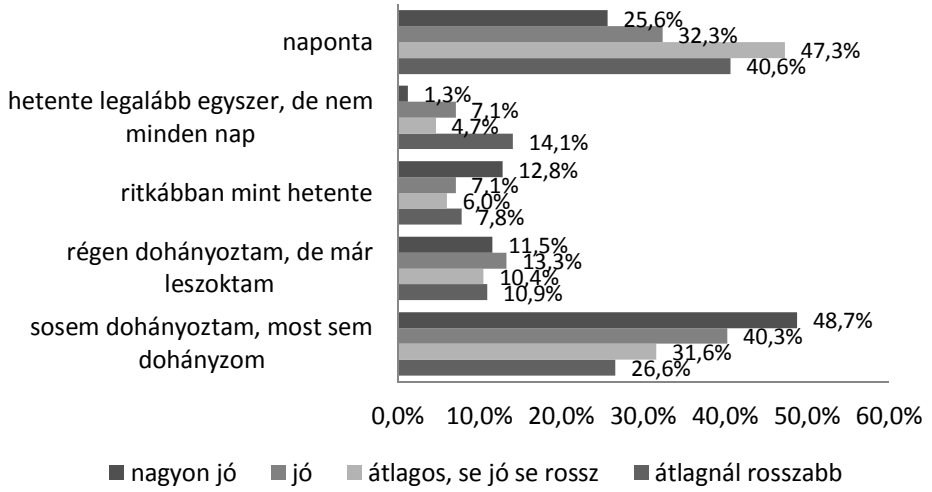


9. ábra. Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. szerinted hány barátod használt valamilyen kábítószert?

Rizikómagatartás vonatkozásában a következő eredményünk sem tér el az előző két eredményhez képest (9. ábra). Ebben az esetben is a megkérdezettek jegyeik alapján bármelyik csoportba is tartoznak, barátaik többsége (átlagnál rosszabb: 55,1%; átlagos: 69,1%; jó: 72 %, nagyon jó: 71,3%) nem használ kábítószert. Drogfogyasztó barátaik a legtöbben az átlagnál rosszabb tanulóknak (44.9%), majd az átlagos tanulók barátai (30,9%), a nagyon jó tanulók barátai (28,8%), és végül a jó tanulók barátai (27,9%) vannak.

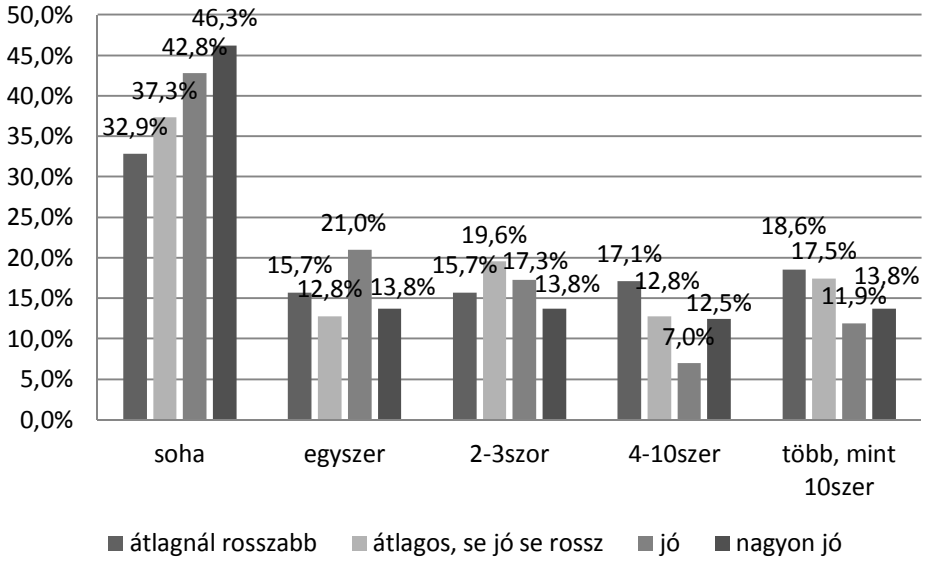
Rizikómagatartások tekintetében a megkérdezettek jegyeik alapján való csoportba tartozása között azt az eredményt kaptuk, hogy a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a droghasználat területén a gyengébb tanulók barátai körében nagyobb eséllyel van jelen az alkohol fogyasztása és valamilyen kábítószer használata. Az átlagos tanulók barátai dohányoznak a legtöbben. A nagyon jó tanulók azon kevés barátai, akik alkoholt fogyasztanak nagyobb mennyiségben teszik azt, hiszen ők azok, akik legnagyobb arányszámban lerészegednek hetente egyszer, vagy többször is.

A következőkben azokat az eredményeket közöljük, mely a mintába bekerültekre vonatkozik az iskolai eredményesség és a rizikómagatartásokkal összefüggésében. Ezek az adatok szinte tükörképei az előző eredményeknek.



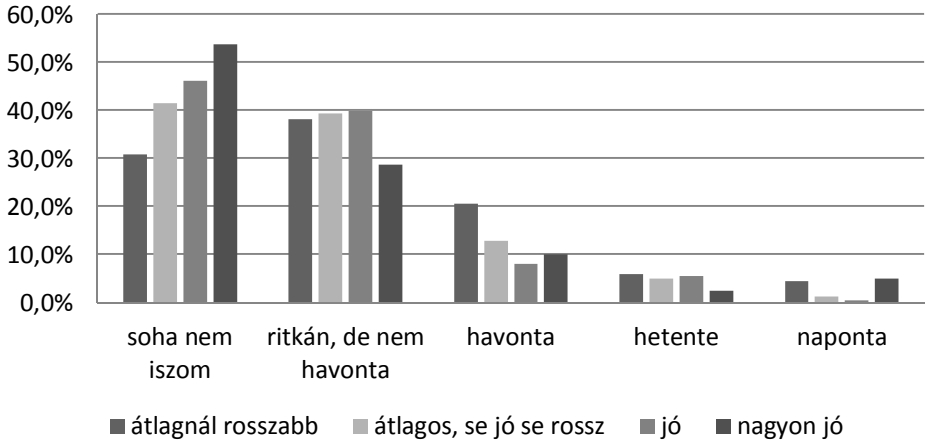
10. ábra. Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. jelenleg milyen gyakran dohányzol?

Legnagyobb arányban a nagyon jó tanulók mondták azt, hogy sosem dohányoztak és most sem dohányoznak, legtöbben az átlagos tanulók dohányoznak (10. ábra). Ők voltak azok, akiknek a barátaik is a legnagyobb arányban élnek ezzel a káros szenvedéllyel.



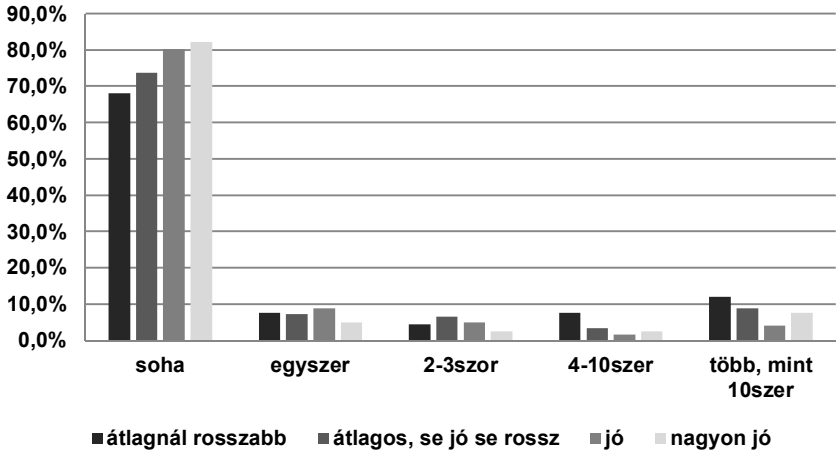
11. ábra Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?

A részegséggel járó alkohol fogyasztását nézve (11. ábra), legtöbben soha nem voltak még részegek a nagyon jó tanulók (43,3%). Ez igen érdekes eredményt arra nézve, hogy éppen az ő barátaik azok, aki hetente egyszer, vagy többször is részegek. Az is igaz, hogy a legtöbbször részeg átlagnál rosszabb tanulókat (18,6%) az átlagos tanulók követik a százalékos megoszlásban (17,5%). Az is biztosra vehető, hogy a mintába bekerült válaszadók közül legkisebb arányszámban az átlagnál rosszabb tanulók nyilatkoztak úgy, hogy soha nem voltak még részegek (32,9%). Összességében az átlagnál rosszabb tanulók (67,1%) fogyasztanak úgy alkoholt, hogy be is rúgnak, őket az átlagos tanulók (62,7%), a jó tanulók (57,2%) és a nagyon jó tanulók (53.9%) követik.



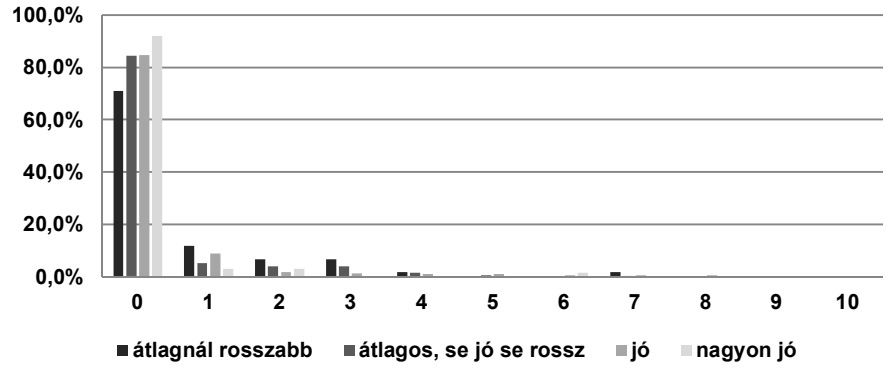
12. ábra. Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. milyen gyakran fogyasztasz alkoholt úgy, hogy nem rúgsz be?

A 12. ábrán azt mutatjuk be, hogy a jegyeik alapján csoportokba rendezett tanulóknak milyen az alkoholfogyasztási gyakorisága úgy, hogy nem részegedik le. Többségében itt is azok a nagyon jó tanulók vannak még mindig, akik soha nem isznak (53,8%), ugyanakkor ők vannak a legtöbben, akik naponta fogyasztanak alkoholt, igaz ez az 5%-os arányszám viszonylag alacsonynak tekinthető. Legkevesebben a nagyon rossz tanulók mondták azt, hogy soha nem fogyasztanak alkoholt (30,9%), de közülük is 4,4%-os arányszám mutatkozik a napi alkoholfogyasztásban.



13. ábra. Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. használtál-e már VALAHA AZ ÉLETBEN valamilyen kábító hatású anyagot?

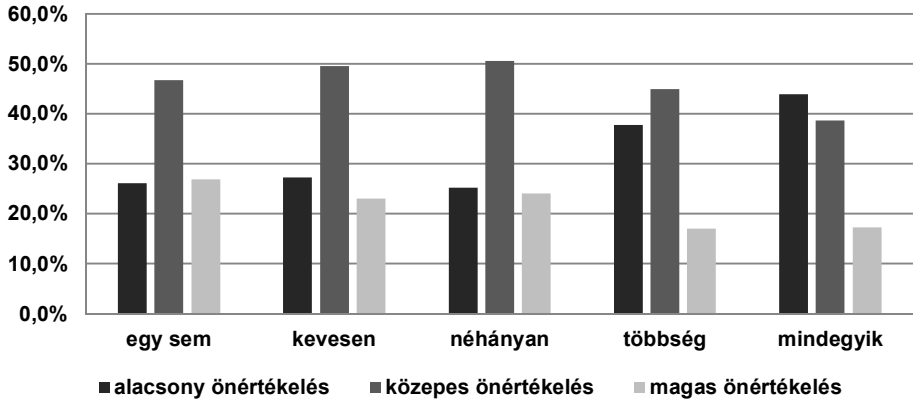
Ugyanaz a sorrendiség alakult ki kábító hatású anyagok használatában (13. ábra), mint a 9. ábrán megjelenő eredményeknél. Akik soha nem fogyasztottak semmilyen kábító hatású anyagot azok vannak legtöbben, akiknek barátaik egyike sem fogyasztanak kábítószert. A nagyon jó tanulók 82,3%-a nem fogyasztott még sohasem kábítószert, őket szorosan követik a jó tanulók (80,3%), majd az átlagos tanulók következnek (73,8%) és végül az átlagnál rosszabb tanulók azok, akik aránya a legalacsonyabb (68,2) a valamilyen kábító hatású anyagot soha nem fogyasztók között. Ezek a megoszlások jól mutatják, hogy inkább nem jellemző a bármilyen kábítószer fogyasztása a mintába került csoportok esetén, ami igaz a barátaikra is, ami szépen kirajzolódik a 14. ábrán, melyen a jegyei alapján besorolt csoportokat vetettük össze az összevont droghasználati indexxel.



14. ábra Milyen tanuló vagy a jegyeid alapján vs. összevont droghasználat index

QSL (Questionnaire of School Life) és rizikó

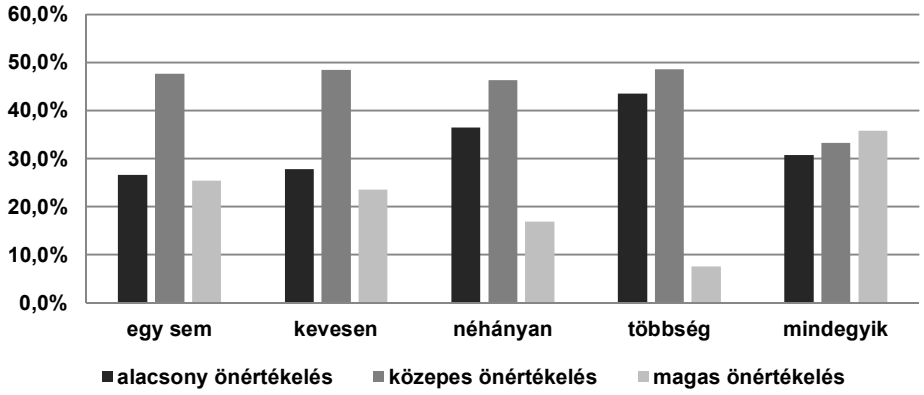
A QSL mindhárom dimenzióját úgy alakítottuk át, hogy azok három csoportot képezzenek. Az első csoportba a legalacsonyabb pontszámot elérő válaszadók (1-2 pont), a második csoportba a közepes pontszámot elérők (2,1-3 pont), a harmadikba a legmagasabb pontszámot elérők (3,1-5 pont) kerültek. Ez utóbbi csoport pontszámának szórása nagyobb, mint a másik két csoport pontszámának szórása, mert a pontok a teljes mintában az alacsonyabb értékek felé húznak. Elsőként a válaszadók barátainak alkoholfogyasztását néztük meg (15. ábra).



15. ábra. QSL-önértékelés vs. szerinted hány barátod iszik alkoholt?

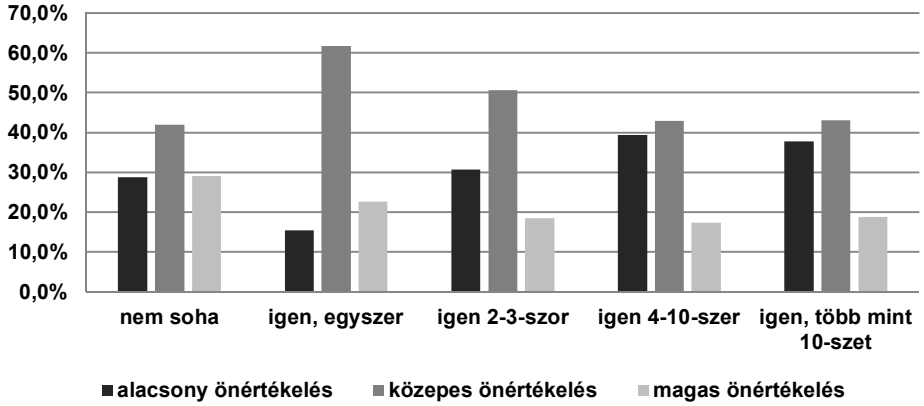
Az eredmények azt mutatják, hogy a közepes önértékelési pontszám mellé valamennyi vizsgált kategóriában a legmagasabb értékek társulnak. Magasnak tekinthető még az alacsony önértékelési pontszámot elérők barátainak alkoholfogyasztása is. Ők azok, akiknek barátai többsége alkohol fogyaszt, de az ő barátaik „vezetnek" a mindegyik barátom iszik alkoholt kategóriában is. Ez is alátámasztja előző eredményeinket, hiszen az első QSL dimenzióba az iskolai eredményességre vonatkozó kérdések vannak, tehát a gyengébb tanulók nagyobb eséllyel kerülnek be az alacsony önértékelési pontszámmal rendelkező csoportba. Az eddigi eredmények is azt mutatják, hogy akik kevésbé sikeresek az iskolai tanulmányi eredmény területén, azok barátai többségére inkább jellemző az alkoholfogyasztás.

A 16. ábrán bemutatott eredmények is szintén egybevágnak az előzőleg bemutatott adatokkal. A közepes önértékelési pontszám mellé szinte valamennyi vizsgált kategóriában a legmagasabb értékek társulnak. Eddig tudtuk azt, hogy ha az iskolai eredményességet, sikerességet nézzük a tanulmányi eredmény területén, a minél rosszabbul teljesítők barátai növekvő arányszámban lesznek azok közül akik, hetente egyszer, vagy akár többször is részegek. A magas önértékelési pontszámhoz itt is a legmagasabb arány jelentkezik a mindegyik barátom részeg hetente egyszer vagy többször kategóriában. Ezt teljesen egybevág a 8. ábrán bemutatott adatokkal, ott is a nagyon jó tanulók barátaik azok, akik legtöbbször részegek egy héten egyszer, vagy többször.



16. ábra. QSL-önértékelés vs. szerinted hány barátod lesz részeg hetente egyszer vagy többször?

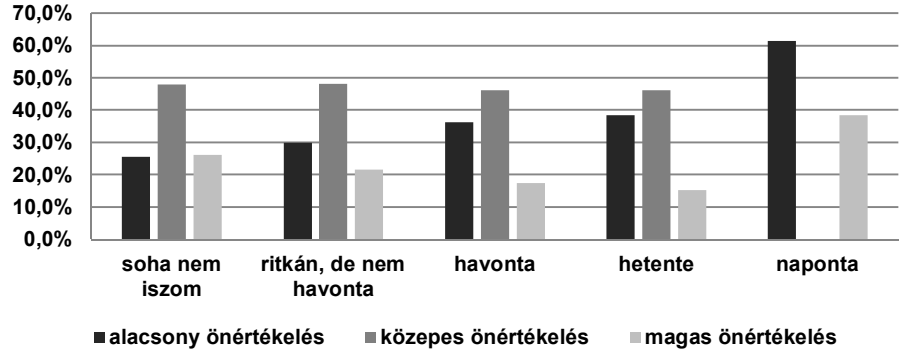
A QSL - önértékelés versus szerinted hány barátod használ valamilyen kábítószer összevetésénél eredményeink nem lettek szignifikánsak (χ^2; p>0,01), ezért eltekintünk annak bemutatásától.



17. ábra. QSL-önértékelés vs. ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?

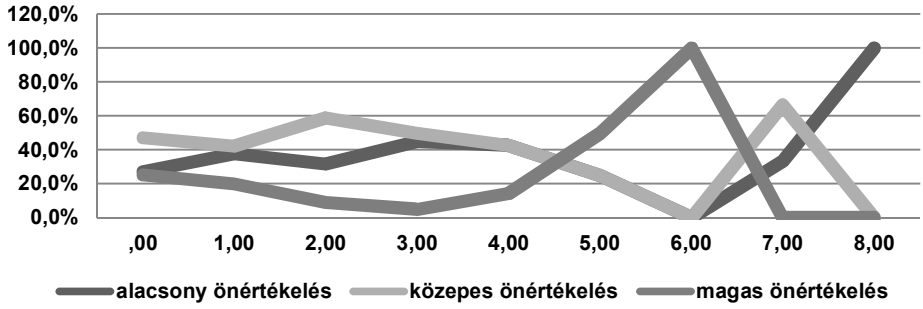
A 17. ábrán is jól látszik, hogy a közepes önértékelési pontszám mellé valamennyi vizsgált kategóriában a legmagasabb értékek társulnak. A minél gyakoribb berúgással járó alkoholfogyasztás esetén is magas arányok társulnak az alacsony önértékelési pontszámmal rendelkezőkhöz. Az általunk bemutatott 11. ábrán is az rajzolódott ki, hogy az átlagnál rosszabb tanulók fogyasztanak legtöbben úgy alkoholt, hogy be is rúgnak attól és őket az átlagos tanulók követték. Legkevésbé volt jellemző a részegséggel járó alkoholfogyasztás a jó és a nagyon jó tanulókra,

és itt is azt láthatjuk, hogy a magas önértékelési pontszámot elérőkre jellemzőbb legkevésbé a berúgással járó alkoholfogyasztás.



18. ábra. QSL-önértékelés vs. Milyen gyakran fogyasztasz alkoholt úgy, hogy nem rúgsz be?

Az eddigi tendencia nem változik a 18. ábrán sem. A közepes önértékelési pontszám mellé valamennyi vizsgált kategóriában a legmagasabb értékek társulnak. Napi alkoholfogyasztás tekintetében a 12. ábrán a nagyon jó tanulók és a nagyon rossz tanulók érték el a két legmagasabb arányszámot. A 18. ábrán is jól látható, hogy azok, akik naponta fogyasztanak alkoholt úgy, hogy nem részegednek le az alacsony önértékelési és a magas önértékelési pontszámot elérők közül kerülnek ki.



19. ábra. QSL-önértékelés vs. összevont droghasználat index?

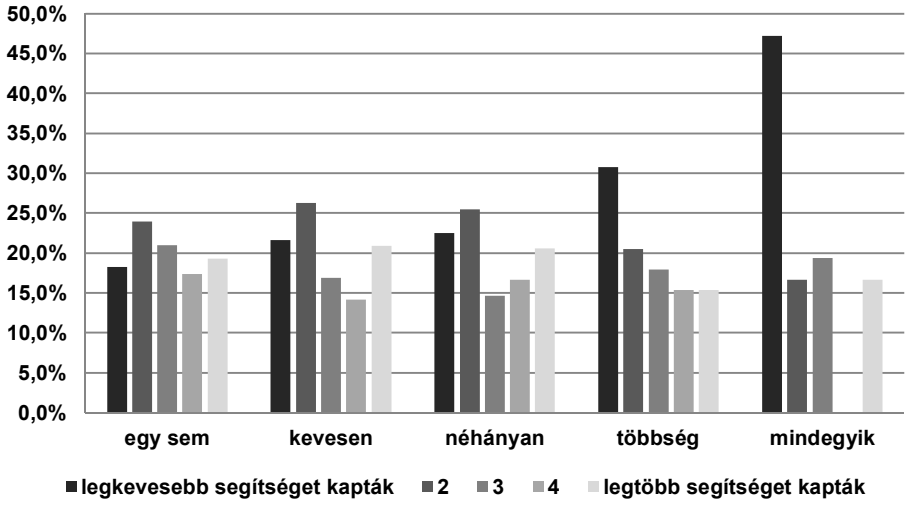
Az összevont droghasználati index és a QSL-önértékelés összevetésénél (19. ábra) eredményeink nem szignifikánsak, nagyon alacsony esetszámok voltak a drogfogyasztást bevallók körében.

A QSL támogatás/elfogadás dimenziójában szintén szignifikáns, fordított arányosságú összefüggést tártunk fel a támogatottság mértéke és az előzőekben is

kiemelt rizikótényezők között. Ezt a kötet kereteire való tekintettel későbbi publikációkban bontjuk ki.

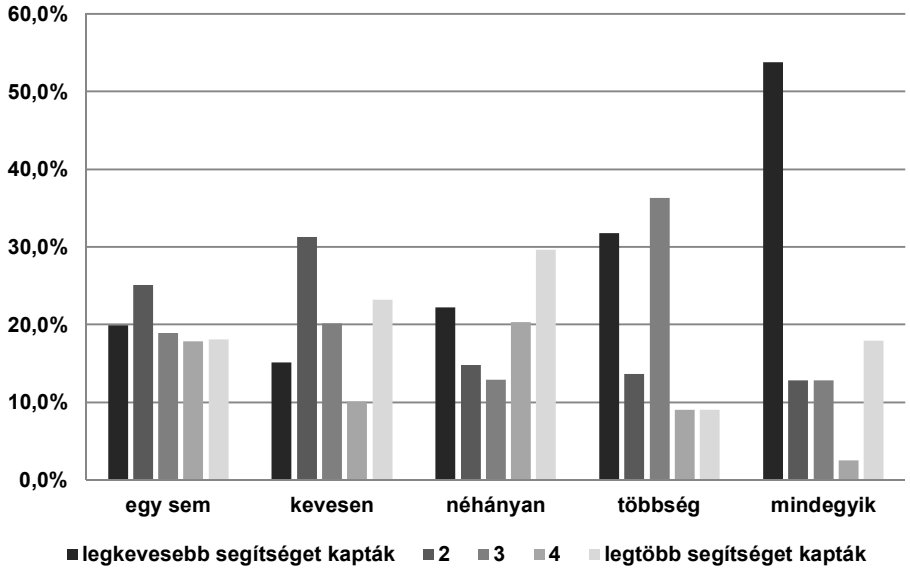
A QSL kirekesztés dimenziójában szignifikáns, egyenes arányosságú összefüggést találtunk a kirekesztés megélésének mértéke és az előzőekben kiemelt rizikótényezők között (kivéve saját kábítószer fogyasztásáról szóló kérdés estében). Ezt a kötet kereteire való tekintettel most nem közöljük.

Utoljára azt vizsgáltuk meg, hogy van-e összefüggés a tanulásban kapott segítség és a rizikómagatartás valószínűsége között. Ehhez a tanulási támogatás quintiliseiből képzett változót vontuk be az elemzésbe.



20. ábra. Tanulási segítség quintilise vs. szerinted hány barátod lesz részeg hetente egyszer vagy többször?

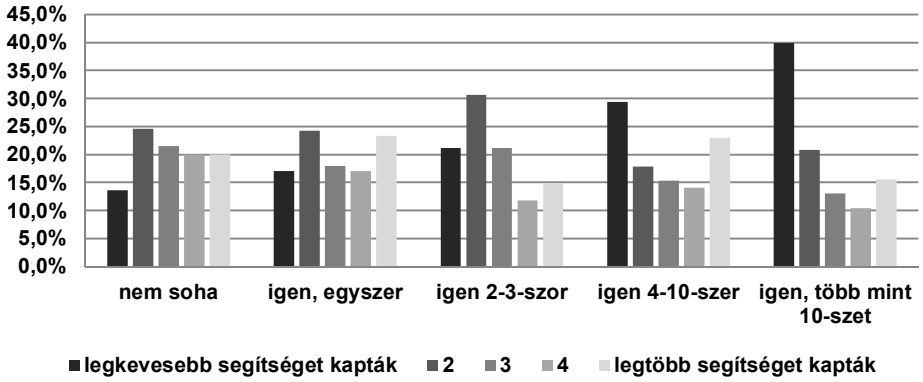
Az erre vonatkozó első eredményünk (20. ábra) nem mutatott szignifikanciát, (P=0,067), de azt azért valószínűsíthetjük, hogy, akik a legkevesebb segítséget kaptak a tanuláshoz azok barátai részegednek le hetente egyszer vagy többször a legtöbben.



21. ábra Tanulási segítség quintilise vs. szerinted hány barátod használt valamilyen kábítószert?

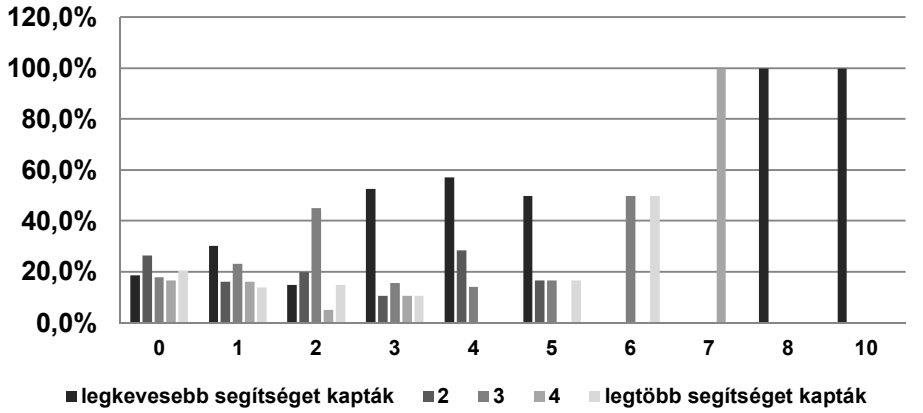
A következő eredményünk (21. ábra) már szignifikáns (χ^2; p=0,000). Azt láthatjuk, hogy azok, akik a legkevesebb segítséget kapták, jellemzően olyan baráti körrel rendelkeznek, ahol a kábítószer fogyasztása gyakori. Az éppen segítséget, vagy átlagos segítséget kapók barátai érintették még leginkább a kábítószer fogyasztásban. Kevésbé fogyasztanak kábítószert azok barátai, akik a legtöbb segítséget kapták iskolai sikerességük, eredményességük érdekében.

A 22. ábrán visszatérünk az alkoholfogyasztási szokásokhoz. Arra voltunk kíváncsiak, hogy hogyan viszonyul a tanulásban nyújtott segítség az egyén részegségéhez. Itt is az rajzolódik ki, hogy ha valaki minél kevesebb segítséget kap a tanuláshoz, annál inkább veszélyeztetett részegség szempontjából. Akik a legkevesebb segítséget kapták kimagasodnak azok közül, akik voltak már részegek több mint tízszer, de a legtöbb segítséget kapók is szépen képviselik magukat a 4-10-szer berúgott kategóriában. Leginkább a legkevesebb segítséget kapókra jellemző a részegség, legyen szó egyszeri vagy akár többszöri berúgásról. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a legkevesebb támogatást kapó csoport tagjaira jellemző, hogy nagyobb eséllyel volt már többszöri lerészegedés a múltjukban.



22. ábra. Tanulási segítség quintilise vs. volt-e ő maga részeg?

A 23. ábrán jól látszik, hogy akik a legkevesebb segítséget kapták, azok körében kiemelkedik azok aránya, akik három, vagy annál többféle drogot is fogyasztottak. (A bármennyi drogot fogyasztók elemszáma 101 fő, nem fogyasztók 506 fő).



23. ábra. Tanulási segítség quintilise vs. droghasználat indexe

Összegzésként

Tanulmányunk ezen részében az iskolai közérzet és a rizikómagatartás egyes aspektusainak összefüggéseit vizsgáltuk meg. Bemutattunk néhány alapmegoszlást az iskolára vonatkozó kérdések a csoportok (alminták) szerint, megalkottuk a QSL dimenzióinkat, és a szerint folytattuk vizsgálódásainkat. Kutakodtunk az iskolai

eredményesség, sikeresség és rizikómagatartás összefüggései körében, megnéztük a rizikótényezőket a QSL dimenzióinkban is.

Összességében elmondhatjuk, hogy találtunk összefüggést az iskola eredményesség és rizikómagatartást közt. Szinte valamennyi eredményünk azt mutatja, hogy az iskolai eredményesség, sikeresség véd a különböző egészségkárosító magatartásoktól is. Minél inkább jobban teljesít valaki az iskolában, annál kevésbé válik alkohol- vagy drogfogyasztóvá, illetve él a dohányzás káros szenvedélyével. Igaz ez az ő barátaikra is. Alá tudjuk támasztani Weiner (2003) azon megállapítását, mely szerint a serdülőkor magas kockázati időszak az egészséget illetően, a káros viselkedések pedig sok esetben többszörösen, egymáshoz kapcsolódva jelennek meg. Eredményeink alapján hasonló következtetést tudunk mi levonni.

Irodalomjegyzék

1. Albert-Lőrincz E. (2000): Az iskolai egészségnevelés aktuális kérdései. In.: Ábrám Z. (szerk.) Életmód-egészség, Magyar Népfőiskolai Társaság, Preventio Egészségvédelmi Társaság, Marosvásárhely. 31–34.
2. Albert-Lőrincz E. (2006): Szociális munka és tanácsadás az iskolában. Ábel Kiadó, Kolozsvár.
3. Bábosik I. (2004): Neveléselmélet. Osiris Kiadó, Budapest.
4. Buda B. (1988): A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája. Nemzeti Tankönyv Kiadó, Budapest.
5. Cole, M. és Cole, S. R. (2006): Fejlődéslélektan. Osiris Kiadó, Budapest.
6. Currie C., Williams J. M. (2000): Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image The Journal of Early Adolescence Vol. 20, 2:129–149.
7. Csapó B. (2000): Az oktatáskutatás a minőség szolgálatában. In: Wintermantel I. (szerk.): *A minőség teremtése.* Magyar Gallup Intézet, Budapest. 60-87. http://www.edu.u-szeged.hu/~csapo/publ/ 2000_Csapo_minoseg.pdf
8. Farnicka, M., Liberska, H., Kosiková, V., Lovasová, V., Freundenreich, D., (2014): A New Tool int he Fight agains Social Exclusion: The Questionnaire of School Life (QSL). In: Liberska, H., Farnicka, M. [eds.]: A Child of many Worlds: Focus on the Ethnic Minority Problem. Peter Lang, Frankfurt am Main. 177-191.
9. Golnhofer E., Szekszárdi J. (2003): Az iskolák belső világa. Gondolat Kiadó, Budapest.
10. Kovács K., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó - és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K.,

Hüse L. (szerk.): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17–46.
11. Láczay M., R. Fedor A., (2017): A szabolcs-szatmár-beregi fiatalok bizalmi kapcsolatainak bemutatása kockázati tényezők elemzése alapján. Prediktorok és protektorok egy vizsgálat adatbázisának több dimenziós elemzésében. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. (szerk.): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 73–90.
12. Lohaus, A. Vierhaus M. and Ball J. (2009): Parenting Styles and Health-Related Behavior in Childhood and Early Adolescence: Results of a Longitudinal Study The Journal of Early Adolescence 29. 449–475.
13. Meleg Cs. (2002): Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. Magyar Pedagógia,102. 1. sz. 11–29.
14. Németh Á. (szerk., 2007): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az iskoláskorú gyermekek felmérésének Nemzeti jelentése. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
15. Weiner, B. I. (ed.) (2003): Handbook of Psychology, volume 9: Health Psychology,John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.

Kapcsolati faktorok és a rizikómagatartás

Huszti Éva, Takács Péter

Bevezetés

A rizikómagatartást meghatározó és befolyásoló interperszonális faktor az egyén kapcsolati rendszere, mely jelenthet támaszt, de negatív irányba mozdító tényezőként is feltűnhet (Kovács és Szigeti, 2017). Az egyént körülvevő kapcsolathálózat vizsgálata egyre nagyobb teret kap a társadalomtudományokban. A kapcsolathálózati megközelítés lehetővé teszi, hogy a vizsgált egyéneket ne csak önmagukban, hanem a társadalomba való beágyazódottságuk szintje, társas kapcsolataik kiterjedtsége és összetétele szerint is elemezzük. A személyes kapcsolathálózat fontos szerepet tölt be a társadalmi integrációban. A különböző típusú, azaz az erős és a gyenge kötések az egyén számára különböző erőforrásokat biztosítanak. Míg az erős kapcsolatok az intimitást, a bizalmat jelentik, valamint a támogatást nehéz élethelyzetekben, és egyben biztosítják a jóllétet (fizikai, pszichés) stabilitást és segítik a nehéz helyzetekkel való megküzdést. A gyenge kapcsolatok fontosak a különböző társadalmi csoportok közötti közvetítésben, információcserében, összekapcsolják az egyént a sajátjától eltérő társadalmi csoportokkal valamint alkalmasak a társadalmi távolságok áthidalására (Lin, 2008; Dávid, Huszti és Lukács, 2016). Azok esetében, akik sok erős és kevesebb gyenge kötésű kapcsolattal bírnak a bezáródás veszélye nagyobb, annak ellenére, hogy a kapcsolati hálójuk a számos erős kötés révén nagyon sűrű. Ezeken a kapcsolatokon keresztül az erőforrások nem tudnak széles körben áramlani. Viszont azok, akiknek kapcsolathálózatában több gyenge kapcsolat van, könnyebben jutnak a különböző erőforrástípusokhoz, könnyebben integrálódnak a társadalomba és gyakrabban kerülnek társadalmilag előnyösebb helyzetbe (Granovetter, 1973, 1974; Angelusz és Tardos, 1998; Gyarmati, 2009). Ezért tartottuk fontosnak megvizsgálni a kutatásba került fiatalok személyes kapcsolathálózatának néhány aspektusát.

Módszer

A személyes kapcsolathálózat felmérését különböző technikák alkalmazásával végeztük. Először is arra voltunk kíváncsiak, hogy a megkérdezetteknek van-e példaképük, s ha van, akkor ki az (akár név szerint is) illetve, hogy miért tartják őt követendőnek. Az ismerősi körben elérhető példaképekre is rákérdeztünk. Az alapvetően erős kapcsolatokat mérő, úgynevezett névgenerátor módszerből (Fischer, 1982) a kérdőívben egy szerepelt, mely a bizalmas kapcsolatokat mérte fel[1] (Huszti, 2015). Az alkalmazott névgenerátor szituációhoz névinterpretáló kérdések is tartoztak, melyek a kérdés mentén megnevezettek nemét, korát, iskolai végzettségét, de a megkérdezettnek a megnevezett személyhez fűződő kapcsolatát is felmérte (mennyire bízik benne, mennyire fontos számára). Az úgynevezett három barát technikával a mintába került fiatalok baráti kapcsolatrendszerét, annak kiterjedtségét és minőségét térképeztük fel.

A tanulmányban először a kutatásba került fiatalok példaképeire vonatkozó információk kerülnek ismertetésre, majd a bizalmas kapcsolathálózat és a baráti kapcsolatrendszer elemzéséről lesz szó.

Példaképek

A megkérdezett fiatalok több mint fele (59%) azt mondta, hogy neki nincs példaképe. Akiknek van, azok leggyakrabban szüleiket említették (anya 13%, apa 10%). Barátaikat, testvéreiket, mint példakép a megkérdezettek 3-3%-a említette. Gyakori volt a sportolók közül valamelyik híres külföldi focista (pl. Messi, Ronaldo), illetve az előadóművészek közül énekesek, énekesnők említése a példaképek között. Arra a kérdésre, hogy „Van-e olyan személy a közvetlen ismerőseid között, akinek szívesen követnéd a példáját?" a megkérdezettek 27%-a válaszolt igennel. A közvetlen ismerősi körben fellelhető példaképek között általában ugyancsak családtagok (anya, apa, testvér), illetve osztálytársak jelennek meg leggyakrabban.

[1] Időnként az emberek beszélgetni szoktak másokkal egészen személyes, bizalmas dolgokról, problémákról. Te kivel, kikkel szoktad az ilyen jellegű dolgaidat, kérdéseidet megbeszélni? Kérlek, gondold át, hogy kik azok a felnőttek vagy fiatalok, gyerekek, akikre ilyen kérdésekben számíthatsz! És most sorold fel őket a becenevükkel vagy monogramjukkal, keresztnevükkel említve őket.

Telepi és szakellátásban lévő fiatalok

A telepen élő fiatalok 61%-ának, a szakellátásban lévők 52%-ának nincs példaképe. A két csoport közötti különbség szignifikáns (p=0,017). A közvetlen ismerősök közül mind a telepi környezetben, mind a szakellátásban lakó fiatalok 27%-a tudott példaképet megemlíteni. Adataink szerint a kor meghatározó abban, hogy a megkérdezettnek van-e példaképe: a 18 év alattiak 54%-a mondta azt, hogy nincs példaképe, míg az idősebb megkérdezettek 71%-a. A két korcsoport közötti különbség szignifikáns (p=0,000). A közvetlen környezetből választott példaképről a 18 év alattiak 28%-a, míg a 19 évesek és idősebben 25%-a számolt be. A különbség nem szignifikáns.

	Van példaképe (%)	**Nincs példaképe (%)**
18 év alatti telepi környezetben élők	45	55
19 éves és idősebb telepi környezetben élők	29	71
18 év alatti szakellátásban élők	48	52

Forrás: saját szerkesztés, p=0,000

1. táblázat. Példaképek a vizsgált csoportokban.

A megkérdezett fiatalok között a 19 éves és idősebb, telepi környezetben élők azok, akiknek nincs példaképük (71%). Az adatok szerint a fiatalabb korcsoport, akár telepen, akár szakellátásban él, nagyobb arányban számolt be példaképről, mint az egyel idősebb korcsoportba tartozók. A csoportok között tapasztalt különbség szignifikáns (1. táblázat).

Bizalmas kapcsolatok

A mintába került fiatalok átlagosan 1,8 személyt jelöltek meg ennél a kérdésnél (min.0; max.6; szórás 1,228). Összehasonlításképpen egy 2015-ben végzett országos reprezentatív kutatás vonatkozó adatát lehet említeni, miszerint a 18-29 évesek körében a bizalmas kapcsolathálózat átlagos mérete 2,6. Ehhez hozzátartozik az is, hogy a bizalmas kapcsolathálózat mérete a városokban illetve a községekben is átlagosan 2 volt (Albert és Dávid, 2016). A mintába került fiatalok bizalmasainak átlagos száma tehát alacsonyabb, mint az várható lenne.A megkérdezettek 8%-a nem említett egyetlen bizalmast sem. Egy bizalmas kapcsolatot a válaszadók 44%-a, kettőt 22%-a említett (2. táblázat).

Említett bizalmasok száma	N	%
0	71	8
1	391	44
2	193	22
3	163	18
4	46	5
5	13	1
6	15	2

forrás: saját szerkesztés

2. táblázat. Bizalmas kapcsolatok száma a teljes mintában.

Bizalmas kapcsolatok a telepi és a szakellátásban lévő fiatalok körében

Mind a telepi, mind a szakellátásban élő fiatalok nagy részének (85% ill. 80%) 1-3 bizalmasa van. Viszont az is elmondható, hogy a telepi fiatalok nagyobb arányban tartoznak ahhoz a csoporthoz, akiknek nincs egy bizalmasuk se. A két csoport közötti különbség szignifikáns (p=0,013).

A megkérdezettek átlagéletkora 17 év volt, az általuk megjelölt bizalmasoké pedig átlagosan 20 év, azaz a bizalmas kapcsolatok körébe általában hasonló korcsoportba tartozók vannak. Jellemző, hogy minél több bizalmast jelölt meg a megkérdezett, annál fiatalabbak kerültek az említett kapcsolatok közé.

Adataink módot adnak arra, hogy megvizsgáljuk, milyen típusú kapcsolatokat jelöltek meg a fiatalok bizalmasaik között. Alapvetően rokoni és nem rokoni kapcsolatokat tudunk megkülönböztetni. A rokoni kapcsolatokat inkább erős, míg a nem rokoni kapcsolatokat gyenge kötéseknek nevezzük (Granovetter, 1973, 1974).

A kapcsolat típusa	Teljes minta (%)	Telepi fiatalok (%)	Szakellátásban élő fiatalok (%)
Rokoni kapcsolatok			
házastárs/élettárs	4	5	0
partner	11	10	13
szülő	14	14	14
gyerek	1	1	1
testvér	10	10	9
egyéb rokon	11	14	5
összesen	**51**	**54**	**43**
Nem rokoni kapcsolatok			
barát/barátnő	37	40	30
szomszédok (régebbi+jelenlegi)	1	1,5	0
osztálytárs (régebbi+jelenlegi)	4	2	9
tanár	0,3	0	1
nevelő	3	0	12
ismerős	0,7	1	0
egyéb	3	1,5	5
összesen	**49**	**46**	**57**
összesen	100	100	100

3. táblázat - A megnevezett bizalmas kapcsolatok típusa.

A megkérdezettek összesen 1569 főt jelöltek meg a kérdések mentén. A telepen élő fiatalok összesen 1196 bizalmas kapcsolatot említettek, azaz átlagosan 1,8 főt, míg a szakellátásban élők összesen 373 kapcsolatot, átlagosan 1,7 főt. Megállapítható, hogy a telepen élő megkérdezettek bizalmasai között nagyobb arányban vannak a rokoni kapcsolatok, míg a szakellátásban élők esetében magasabb a nem rokon kapcsolatokból kikerülő bizalmasok aránya. A rokoni kapcsolatok esetén leginkább az egyéb rokon kategória hiányzik a szakellátásban élő fiataloknál, míg az osztálytársak és nevelők lényegesen gyakrabban kerülnek a bizalmas kapcsolatok közé (3. táblázat). Mind a telepi, mind a szakellátásban élő megkérdezettek esetében a barátok azok, akik legnagyobb eséllyel bizalmasok is. A telepi megkérdezettek átlagéletkora 18 év, míg a szakellátásban élőké 15 év. Ez némiképp magyarázhatja a házastársak/élettársak arányának különbségét a telepi és nem telepi környezetben élő fiataloknál. A társsal élők aránya országos adatok szerint a 18-29 évesek körében 27% (2015).

A névgenerátor kérdés mentén említett bizalmasok száma között különbség van a fiatalabb és az idősebb válaszadók között: a 18 évesnél fiatalabb megkérdezettek

összesen 1129, átlagosan 1,85 bizalmast említettek, a 19 éves és idősebb megkérdezettek pedig 440, átlagosan 1,6 főt. A két korcsoport között mért különbség szignifikáns (p=0,000).

Barátok a kapcsolathálózatban

Arra az egyszerű kérdésre, hogy „Hány barátod van?" a megkérdezettek átlagosan 12 barátról számoltak be, de a szórás nagy volt (29,980), a terjedelem 0 és 400 közötti. Ha csak a 0-50 barátot megjelölteket vesszük figyelembe, akkor átlagosan 8 barátról van szó (szórás 7,702). Érdemes megemlíteni, hogy a baráttal nem rendelkezők aránya nagyon elenyésző (0,4%), de a kérdésre nem válaszolók aránya magas (24,4%). Feltételezhető, hogy ez utóbbi csoportba tartozók nagy része is a baráttal nem rendelkezők közé sorolhatóak. Az országos mérés szerint a barátok átlagos száma a 18-29 éves korcsoportban 4,9 fő (Albert és Dávid, 2016), tehát a mintába került fiatalok több barátról számoltak be az adott kérdés kapcsán.

A megkérdezettek megnevezhették három legjobb barátjukat. Átlagosan 2,24 főt neveztek meg (min.0; max.3; szórás 1,05739). A vizsgált fiatalok 10%-a, azaz minden tizedikük nem nevezett meg egy barátot sem ebben a kérdésben. A barátok nélkülözése, hiánya a kapcsolathálózatban izolációra, integrációs deficitre utalnak (Nagy 2013; Dávid és Lukács 2015; Albert és Dávid, 2016). Egy barátot 17%-uk, kettőt 12%-uk és hármat 61%-uk említett (4. táblázat).

barátok száma	**N**	**%**
0	88	10
1	152	17
2	107	12
3	545	61

forrás: saját szerkesztés

4. táblázat. A legjobb barátok számának alakulása a mintában.

A megkérdezett fiatalok barátaikat is, akárcsak bizalmas kapcsolataikat saját korosztályukból választják, hiszen barátaik átlagosan ugyancsak 17 évesek. A barátként megnevezett személyekben a megkérdezettek megbíznak és fontosnak tartják kapcsolatukat velük: az elsőként megnevezett barátban átlagosan 3,64-re, a másodikként megjelöltben 3,53-ra, a harmadikként megjelöltre pedig 3,51-re bíznak

(szórás 0,616; 0,692; 0,680). A megnevezett barátokkal való kapcsolat fontosságát hasonlóan magasra, átlagosan 3,37-re, 3,29-re és 3,27-re értékelték a megkérdezettek egy 1-4 skálán, ahol az egyes azt jelentette, hogy egyáltalán nem fontos számára a megnevezettel való kapcsolat, a négyes pedig azt, hogy nagyon fontos.

Baráti kapcsolatok a telepi és a szakellátásban lévő fiatalok körében

Lakókörnyezet	**Barátok száma**			
	0	1	2	3
telepi környezetben élő	10,2%	16,8%	13,8%	59,3%
szakellátásban élő	9%	17,6%	6,8%	66,7%

(p=0,035)

5. táblázat. A barátok száma a kétféle környezetben.

Az adatok azt mutatják, hogy a szakellátásban élő fiatalok között nagyobb arányban vannak azok, akiknek több barátjuk is van. Ezt az eredményt erősíti az is, hogy azok között, akik egyáltalán nem rendelkeznek baráti kapcsolatokkal, lényegesen magasabb a telepi környezetben élők aránya (77 vs. 23%) (5. táblázat).

A kapcsolatok hatása a rizikómagatartás néhány aspektusára

A továbbiakban azt vizsgáljuk meg, hogy a társas kapcsolatoknak van-e szerepe a rizikómagatartás néhány aspektusára. A kutatás során megkérdeztük a fiataloktól, hogy hány barátjuk cigarettázik, iszik alkoholt, vagy lesz hetente legalább egy alkalommal részeg, illetve, hogy meglátása szerint hány barátja használt már valamilyen kábítószert.

Bizalmas kapcsolatok és rizikómagatartás

A bizalmas kapcsolatok száma nagyon gyenge szignifikáns összefüggést mutat azzal, hogy a megkérdezett szerint hány barátja használt kábítószert, illetve azzal,

hogy a megkérdezett valaha kipróbált-e valamilyen kábítószert (Függelék 1.). Elmondható tehát, hogy minél több bizalmasa van a megkérdezett fiataloknak, annál kevésbé érintettek az alkohol és drogfogyasztásban.

Baráti kapcsolatok és rizikómagatartás

A „három barát" kérdésnél megnevezett baráti kapcsolatok száma ugyancsak gyenge szignifikáns hatással van arra, hogy a megkérdezett szerint hány barátja cigarettázik, illetve használt valamilyen kábítószert. A barátok száma befolyásolja azt, hogy milyen gyakran dohányzik a megkérdezett, és hogy volt-e már berúgva. A barátok száma hatással van arra is, hogy a megkérdezett fiatal használt-e már valaha drogot. Minél több barátja van a megkérdezettnek, annál kisebb a kábítószer kipróbálásának az esélye (Függelék 1.).

Rizikómagatartás és a társas kapcsolatok

Ebben a részben elsőként a kábítószer kipróbálásának az esélyét illetve az alkoholfogyasztást vizsgáljuk annak függvényében, hogy a megkérdezettek bizalmas és baráti köre mennyire kiterjedt, azaz hány bizalmassal, illetve baráttal rendelkeznek a válaszok alapján. Az elemzés során figyelembe vesszük a megkérdezett korát illetve azt, hogy telepi környezetben vagy szakellátásban élt a kérdezés idején.

Drogfogyasztás
A megkérdezettek 25%-a sorolható abba a csoportba, melyre igaz, hogy életében legalább egyszer kipróbált valamilyen kábító hatású anyagot. A továbbiakban ezt a csoportot jellemezzük.

	Barátok száma			
	0	**1**	**2**	**3**
	%			
18 év alatti telepi környezetben élők	3	24	27	46
19 éves és idősebb telepi környezetben élők	19	18	17	46
18 év alatti szakellátásban élők	4	23	12	61

6. táblázat. Kábító hatású anyagot legalább egyszer kipróbálók megoszlása a telepi és szakellátás csoportokban a barátok száma alapján (n=220)

A 6. táblázat adatai szerint azok között az idősebb (19+) telepi fiatalok, akik már valaha kipróbáltak valamilyen kábítószert magas azok aránya, akiknek egy barátjuk sincs. A szakellátásban élő, kábítószert már kipróbáló fiatalok esetében pedig a sok baráttal rendelkezők magas aránya lehet figyelemfelkeltő. A csoportok közötti különbség szignifikáns (p=0,002). A bizalmasok száma nem mutatott szignifikáns összefüggést a fenti kérdésben.

Alkoholfogyasztás

A barátok illetve a bizalmas kapcsolatok számának hatását vizsgáltuk az alkoholfogyasztással összefüggésben is. Az adatok szerint a megkérdezettek 63%-a esetében fordult már elő olyan, hogy alkoholt ivott és be is rúgott. A következő részben ez a csoport kerül elemzésre (7. táblázat).

	Barátok száma			
	0	**1**	**2**	**3**
	%			
18 év alatti telepi környezetben élők	3	16	17	64
19 éves és idősebb telepi környezetben élők	19	22	12	47
18 év alatti szakellátásban élők	6	22	8	64
19 éves és idősebb szakellátásban élők	33	17	0	50

7. táblázat. Az alkoholt fogyasztó és lerészegedő fiatalok megoszlása a telepi és szakellátás csoportokban a barátok száma alapján (n=553)

A barátok számának alapján elmondható, hogy míg a fiatalabbak lerészegedése valószínűleg barát társaságban zajlik, az idősebb korcsoportra (19+) jellemzőbb amagányos iszogatás, hiszen körükben lényegesen magasabb a barátokkal nem rendelkezők aránya, mely a társas izoláció fontos jelzője. A csoportok közötti különbség szignifikáns (p=0,000).

	Bizalmasok száma			
	0	**1-2 fő**	**3-4 fő**	**5-6 fő**
	%			
18 év alatti telepi környezetben élők	6	60	30	4
19 éves és idősebb telepi környezetben élők	7	72	20	1
18 év alatti szakellátásban élők	12	68	16	4
19 éves és idősebb szakellátásban élők	14	43	43	0

8. táblázat. Az alkoholt fogyasztó és lerészegedő fiatalok megoszlása a telepi és szakellátás csoportokban a bizalmasok száma alapján (n=553)

A lerészegedést megtapasztalt 19 éves és idősebb telepi fiatalok, valamint a 18 év alatti szakellátásban élők körében legmagasabb azok aránya, akik kevés bizalmassal (0-2 fő) bírnak (p=0,02; 8. táblázat).

A megkérdezett fiatalok 58%-a sorolható a valamilyen gyakorisággal alkoholt fogyasztó csoportok közé. Akárcsak az előző kérdésnél, a rendszeres alkoholfogyasztás a fiatalabbak esetén a barátok számát figyelembe véve, valószínűleg baráti társaságban, míg a 19+ korosztálynál inkább magányos tevékenység akár telepi környezetben, akár szakellátásban élő fiatalról van szó.

A bizalmasok számát figyelembe véve elmondható, hogy a valamilyen gyakorisággal alkoholt fogyasztó, mindkét vizsgált korcsoportba tartozó fiatalok jellemzően maximum két bizalmast soroltak fel akár telepi, akár nem telepi környezetben élnek (9. táblázat).

	Bizalmasok száma			
	0	**1-2 fő**	**3-4 fő**	**5-6 fő**
	%			
18 év alatti telepi környezetben élők	8	58	30	4
19 éves és idősebb telepi környezetben élők	8	72	20	0
18 év alatti szakellátásban élők	13	70	13	4
19 éves és idősebb szakellátásban élők	17	33	50	0

9. táblázat. A bizalmasok számának megoszlása a telepi és szakellátás csoportokban.

Azt, hogy a bizalmas és a baráti kapcsolatok száma hatással van-e a kábítószer kipróbálására a különböző korcsoportokhoz tartozó, illetve különböző életkörülmények (telepi, szakellátásban élő) fiatalokra bináris logisztikus regresszióval is megvizsgáltuk. A független változó a kétértékűre kódolt valaha kipróbált drog-használat volt (0=nem, soha; 1=legalább egyszer próbált már). A függő változók pedig a következők: 1) a névgenerátor szituációban megnevezett bizalmasok száma (0-6); 2) barátok száma; 3) a lakókörnyezet (1=telepi; 2=szakellátásban élő) 4) a megkérdezett életkora. Az eredmények alapján elmondható, hogy mind a bizalmasok száma, mind pedig az eltérő lakóhelyhez és korcsoporthoz való tartozás szignifikánsan befolyásolja a kábítószer kipróbálásának esélyét A bizalmasok számának emelkedése; a szakellátáshoz való tartozás csökkenti, az életkor növekedése viszont emeli a kipróbálási hajlandóságot (Függelék 2.). Ez az eredmény részben összhangban van azokkal az eredményekkel, amelyek a stressz, anómia és a rizikómagatartás kapcsolatát elemzik jelen kötetben (Takács, Huszti és Hüse, 2017). Azok a vizsgálatok is az életkor fontosságát bizonyítják a rizikómagatartás

vizsgálatában, viszont a telepi és szakellátás környezeti hatását nem igazolják egyértelműen az ott elvégzett számítások. Az eltérő eredmények a változók közötti interakciók figyelembe vételével magyarázhatók.

Főbb eredmények, összegzés

A hazai kapcsolathálózati kutatások egyelőre kevés figyelmet szenteltek a fiatalok kapcsolathálójának mélyebb és alaposabb vizsgálatára. Jelen tanulmányban sem általánosan, hanem speciális helyzetű célcsoportok (telepi környezetben illetve gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok) egyéni kapcsolathálózatának bizonyos aspektusait volt módunkban leírni. A vizsgált fiatalok networkjének nagysága, összetétele már ezekből az adatokból is körvonalazódik. Megállapítható, hogy a telepi és a szakellátásban élő fiatalok bizalmas kapcsolatrendszere szűkebb, mint általában a 18-29 éves fiataloké. A barátok számát tekintve elmondható, hogy a megkérdezettek viszonylag sok baráttal rendelkeznek, melyek fontosak számukra és akikben megbíznak. A megkérdezettek 10%-ának nincs baráti kapcsolata. A bizalmas kapcsolatok összetételét jellemezve ki kell emelni azt, hogy a vizsgált telepi környezetben élő fiatalok kapcsolatrendszeréből hiányoznak vagy csak nagyon csekély arányban vannak jelen azok a fajta gyenge típusú kötések (tanárok, osztálytársak, nevelők), akik a későbbiek folyamán, úgynevezett „híd" szerepüknek köszönhetően a társadalmi integrációt megkönnyíthetik. A szakellátásban élő megkérdezett fiatalok bizalmas kapcsolathálózatában több a gyenge kötés, mely éppen az előzőeknél hiányzó, általában az oktatási intézményekhez köthető szereplőket, tanárokat, osztálytársakat jelentik, ugyanakkor szembetűnő az egyéb rokon típusú kapcsolatok alacsony aránya. Ezekre a kapcsolathálózati jellemzőkre érdemes odafigyelni, mikor a vizsgált csoportok társadalmi integrációját elősegítő programokról, lehetőségekről beszélünk.

A vizsgálat fókuszába került fiatalok társas kapcsolathálózatának néhány jellemzője izgalmas eredményekhez és remélhetőleg további kutatások vezethet. Ami a kapcsolathálózatnak a rizikómagatartásra gyakorolt hatásait illeti, nem találtunk erős összefüggéseket. Azok a mintázatok, melyek a network kiterjedtségének a rizikómagatartásra gyakorolt hatását mutatja, szignifikánsak, de az összefüggések, a magyarázó erő gyenge. Ennek tudatában lehet arra rámutatni, hogy az adatok szerint minél több bizalmasa van a megkérdezett fiataloknak, annál kevésbé érintettek az alkohol és drogfogyasztásban. A barátok száma hatással van arra, hogy a fiatal milyen gyakran dohányzik, és hogy fogyasztott-e már úgy al-

koholt, hogy lerészegedett. A barátok száma hatással van arra is, hogy a megkérdezett fiatal használt-e már valaha drogot. Minél több barátja van a megkérdezettnek, annál kisebb a kábítószer kipróbálásának az esélye.

Irodalomjegyzék

1. Albert, F., Dávid, B. (2016): A magyarországi kapcsolathálózati struktúrák jellemzői 2015-ben. *Socio.hu: Társadalomtudományi Szemle,* 2016(3), 22–47.
2. Angelusz, R., Tardos R. (1998): A kapcsolathálózati erőforrások átrendeződésének tendenciái a kilencvenes években. In: Kolosi, T. et al. (szerk.) Társadalmi riport 1998. Budapest: TÁRKI. 237–256.
3. Dávid, B., Huszti, É., Lukács, Á. (2016): A társas kapcsolatok jelentősége a társadalmi integrációban. In Kósa, Zs. (szerk.) *Helyzetkép a magyarországi romákról.* (pp.67–86.) Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó.
4. Dávid B., Lukács Á. (2015): Kapcsolatok és bizalom az iskolai és családi közösségekben. In Falus A. (szerk.) Sokszínű egészségtudatosság: Értsd, csináld, szeresd! Budapest: SpringMed Kiadó, 131–140.
5. Fischer, C. (1982): ToDwellAmongFriends. Berkeley: University of California Press.
6. Granovetter, M. S. (1973): The Strenght of WeakTies. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360–1380.
7. Granovetter, M. S. (1974): Getting a Job. Study of Contacts and Careers. Cambridge: Harvard University Press.
8. Gyarmati, A. (2009): Hogyan verjünk hidat az idősekhez? Az ötven év fölöttiek kommunikációs és kapcsolathálózatának néhány jellemzője. *Információs Társadalom*, 9(4), 55–69.
9. Huszti, É. (2015): *Megismer-hetem. A személyes kapcsolathálózat feltárásának új formája: kapcsolati napló.*Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó.
10. Kovács K., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17–46.
11. Lin, N. (2008): A network theory of social capital. In: Castiglione, D., van Deth, J. W. &Wolleb, G. (szerk.) The Handbook of Social Capital. Oxford: Oxford University Press. 50–69.
12. Nagy Á. (2013): Szabadidős tervek és tevékenységek. In Székely, L. (szerk.) Magyar Ifjúság 2012. Budapest: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó, 211–228.

13. Takács P., Huszti É., Hüse L. (2017): Stressz, anómia és rizikómagatartás. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 161–186.

Függelék

	Szerinted hány barátod cigarettázik?	Szerinted hány barátod használt kábítószert?	Milyen gyakran dohányzol?	Voltál-e már berúgva?	Használtál-e valaha kábítószert?
bizalmasok száma	-	-0,097**	-	-	-0,116**
barátok száma	-0,072*	-0,070*	-0,117**	-0,092**	-0,116**

***A korreláció 0,01 szinten szignifikáns*
**A korreláció 0,05 szinte szignifikáns*

1. Korrelációs táblázat (Spearman)

VariablesintheEquation									
								95% C.I.forEXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1[a]	bizalmasok	-,238	,087	7,443	1	,006	,788	,664	,935
	GEN_telepi(1)	-,685	,233	8,633	1	,003	,504	,319	,796
	Hánybarát	-,009	,013	,456	1	,500	,991	,966	1,017
	Életkor	,126	,027	22,076	1	,000	1,135	1,076	1,196
	Constant	-2,360	,494	22,780	1	,000	,094		
a.Variable(s) entered onstep 1: bizalmasok, GEN_telepi, Hánybarát, Életkor.									

2. Bináris logisztikus regresszió – SPSS számítási eredmények.

Vallásosság, vallásos kapcsolatok, és ezek összefüggései a rizikómagatartással

Hüse Lajos

A periférián élő fiatalok rizikómagatartását, annak hátterét kutató vizsgálat során többek között a vallásosságra is fókuszáltunk, mint az egyik lehetséges háttérváltozóra. A vallásos hit és a vallásos alkalmakon való részvétel (pl. gyülekezetbe járás) egészségtámogató hatásáról számos adat áll rendelkezésünkre, ezek közül szemlézett a kutatás fókuszpontjainak elméleti hátterét feltáró fejezet szerzőpárosa (Kovács és Szigeti, 2017). A vallásosságnak az oktatásban, tanulási motivációban betöltött pozitív szerepét feltáró (Hüse, 2017), valamint a társas kapcsolatok fontosságát hangsúlyozó (Dávid, Huszti és Lukács, 2016) kari kutatásokat követően evidensnek tűnt, hogy a vallásosság kérdését beillesszük a jelen vizsgálat anyagába, méghozzá oly módon, hogy azt kiterjesszük a megkérdezettek baráti körére is.

Jelen fejezet két részre bomlik. Az első rész a teljes mintán, a köteten végig vezető logikai sablonként alkalmazott csoport-bontásban mutatja be a vallásosság alapmegoszlásait. A második rész a vallásosság egészségvédő hatását tárja fel.

A válaszadók vallásossága és a baráti kapcsolataikban feltárható vallásos hit és részvétel

A megkérdezettek vallásosságának mértékét a vallásosság skála (The Centrality of Religiosity Scale, CRS - Huber és Huber, 2012) egyszerűsített verziójának alkalmazásával mértük, amely öt egyszerű állítást tartalmaz. Ezek közül négy (1., 2., 4. és 5. állítás) a *vallásos hitet*, egy (3. állítás) pedig a *vallásos részvételt* fejezi ki. A válaszadók egy négyfokú skála segítségével dönthették el, hogy ezek az állítások mennyire jellemzők rájuk. A négyfokú skálát az elemzésben bináris változóvá alakítottuk, összevonva a „nem jellemző" és az „inkább nem jellemző" állításokat – „(inkább) nem jellemző" –, valamint a „jellemző" és a „kicsit jellemző" állításokat – „(inkább) jellemző".

A minta alapmegoszlásának ismertetését jelen tanulmányban három vonatkozási csoportra fókuszálva végezzük el. Ezek a csoportok: telepi 1. korcsoport (18 éves korig); telepi 2. korcsoport (19 éves kortól); szakellátás 1. korcsoport (18

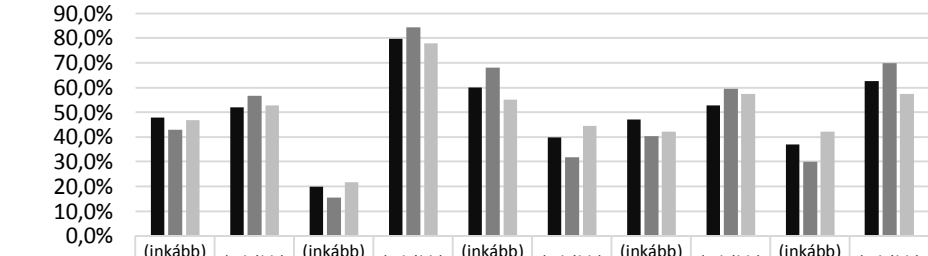
éves korig). A szakellátás 2. korcsoportját a rendkívül alacsony elemszám miatt kizártuk az elemzésből.

Az 1. ábrán is bemutatott eredményekből megállapítható, hogy a megkérdezettek nagyjából két azonos méretű csoportra oszthatók aszerint, hogy gyakran gondolkodnak-e vallásos dolgokról. A három vonatkozási csoport között nincsen szignifikáns különbség, azaz etekintetben nem számít, hogy a megkérdezett melyik csoportba tartozik, ugyanolyan eséllyel fog gondolkodni, illetve nem gondolkodni a vallásos dolgokról.

Ezzel szemben az istenhit erőteljesen jellemző a mintára, csupán egyötödük számolt be arról, hogy nem hiszi, hogy Isten létezik. A vonatkozási csoportok között nem tárható fel szignifikáns különbség.

Az egyetlen vallásos részvételhez kapcsolódó állítás esetében viszont a vonatkozási csoportok szignifikánsan különböznek egymástól. A minta szegregátumokban lakó fiatal felnőttei esetében a templomba, gyülekezetbe járás kevésbé jellemző, mint a másik két csoport tagjai esetében (Khí^2 próba; df: 2; p: 0,013). Érdekes, hogy ugyan a szakellátásos alminta közel fele a református egyház nevelőszülői hálózatában nevelkedik, a templomba járók aránya alig haladja meg a telepi 1. csoport tagjainak templomba/gyülekezetbe járóinak arányát.

Az imádkozás némileg jellemzőbb a mintára, mint annak hiánya, de a különbség nem számottevő. A vonatkozási csoportok közötti különbség nem szignifikáns. Az utolsó változó esetében azok aránya, akik megtapasztalták Isten részességét a személyes életükben lényegesen magasabb, mint azoké, akik ezt az állítást nem találták magukra nézvést jellemzőnek. A három csoport között itt sem találtunk szignifikáns eltérést.

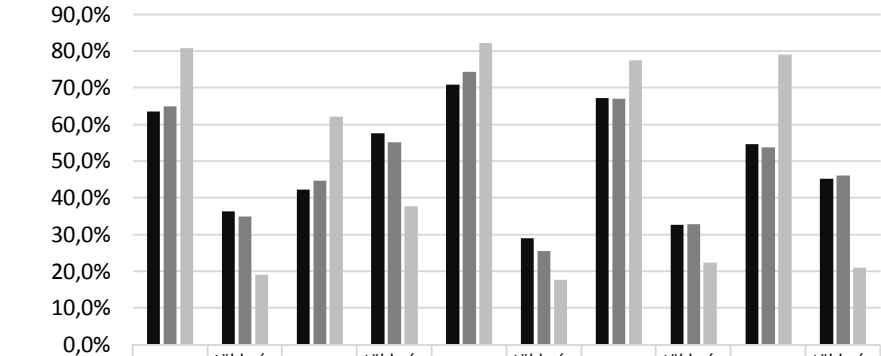


	Gyakran gondolkodom vallásos dolgokról		Hiszem, hogy Isten létezik		Templomba vagy gyülekezetbe járok		Imádkozom		Megtapasztaltam, hogy Isten része a személyes életemnek	
	(inkább) nem jellemző	(inkább) jellemző	(inkább) nem jellemző	(inkább) jellemző	(inkább) nem jellemző	(inkább) jellemző	(inkább) nem jellemző	(inkább) jellemző	(inkább) nem jellemző	(inkább) jellemző
telepi 1.	48,0%	52,0%	20,1%	79,9%	60,2%	39,8%	47,2%	52,8%	37,2%	62,8%
telepi 2.	43,1%	56,9%	15,6%	84,4%	68,2%	31,8%	40,4%	59,6%	30,0%	70,0%
szakellátás 1.	47,0%	53,0%	21,9%	78,1%	55,3%	44,7%	42,3%	57,7%	42,3%	57,7%

1. ábra. A megkérdezett vallásosságára vonatkozó állítások válaszarányai (CRS)

A korábbi vizsgálataink tapasztalatai alapján a CRS állításait oly módon is megfogalmaztuk, hogy azok a megkérdezett baráti körére vonatkozzanak. A válaszlehetőség itt is négyfokú skálán oszlott meg, ahol az 1 = *senkire sem jellemző*, a 4 = *szinte mindre jellemző*. Ezáltal felmérhettük, hogy a válaszadók szorosabb kapcsolati körében milyen hatások nyilvánulnak meg a vallásosság tekintetében.

A barátok vallásosságára vonatkozó eredmények (2. ábra) alapján elmondható, hogy a válaszadók saját maguk vallásosságának szintjéhez képest lényegesen alacsonyabb mértékű vallásosságot észlelnek – vagy feltételeznek – baráti körükről. A megkérdezettek több, mint 60 százaléka szerint néhány barátjuk, vagy egy sem gondolkodik vallásos dolgokról. Legkevésbé a szakellátásos csoport tagjai gondolják, hogy a barátaik nagyobb része ilyen szempontból vallásos lenne – a különbség szignifikáns (Khí^2 próba; df: 2; p: 0,000). Az istenhit tekintetében – melynek az önbevallott mértéke igen magas – az istenhívő barátok a telepi csoportok alig több, mint felére jellemzők, míg a szakellátásos csoport többsége inkább nem hívő barátokkal rendelkezik. A különbség szignifikáns (Khí^2 próba; df: 2; p: 0,000). A zömében templomba járó barátokal rendelkezők aránya a mintában 20-30 százalék közé esik. Legalacsonyabb arányban ismét csak a szakellátásos vonatkozási csoport tagjai számolnak be többségében templomba/gyülekezetbe járó barátokról – a különbség szignifikáns (Khí^2 próba; df: 2; p: 0,010). Azok aránya, akik azt tapasztalták, hogy a barátaik többsége imádkozik, igen kevéssel magasabb ennél, és ismét csak a szakellátásos csoport tagjai között fordul elő a legkevesebb, ilyen baráti körrel rendelkező egyén. A különbség szignifikáns (Khí^2 próba; df: 2; p: 0,016). Végül Isten jelenlétének megtapasztalása terén a két szegregátumban élő csoport közel azonos arányban válaszolt úgy, hogy kevés barátjukra, illetve a zömére jellemző ez az állítás, ezzel szemben a szakellátásos csoport tagjai nagy arányban (79,1%) vélik azt, hogy alig néhány barátjukra igaz ez az állítás. A különbség szignifikáns (Khí^2 próba; df: 2; p: 0,000).



	senki vagy néhány	többség vagy szinte mind	senki vagy néhány	többség vagy szinte mind	senki vagy néhány	többség vagy szinte mind	senki vagy néhány	többség vagy szinte mind	senki vagy néhány	többség vagy szinte mind
	Gyakran gondolkodnak vallásos dolgokról		Hiszik, hogy Isten létezik		Templomba vagy gyülekezetbe járnak		Rendszeresen imádkoznak		Megtapasztalták, hogy Isten része a személyes életüknek	
telepi 1.	63,7%	36,3%	42,3%	57,7%	71,0%	29,0%	67,3%	32,7%	54,8%	45,2%
telepi 2.	65,0%	35,0%	44,8%	55,2%	74,5%	25,5%	67,1%	32,9%	53,9%	46,1%
szakellátás 1.	80,8%	19,2%	62,1%	37,9%	82,2%	17,8%	77,6%	22,4%	79,1%	20,9%

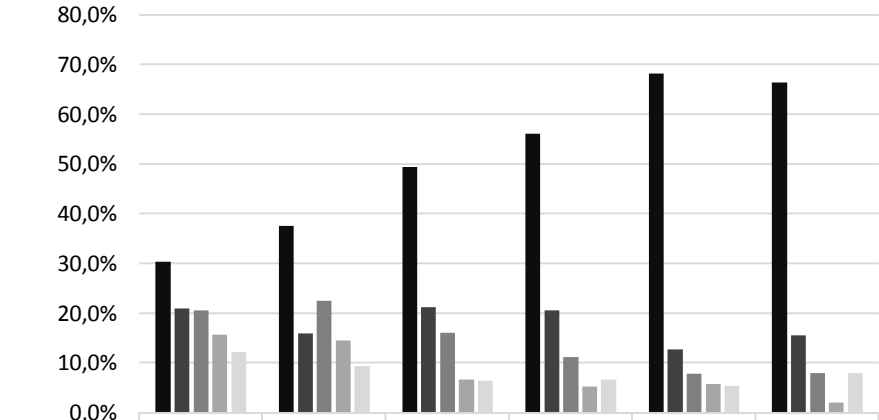
2. ábra. A megkérdezett baráti körére jellemző vallásosság válaszarányai (CRS)

Összességében a vallásosságra vonatkozó adatok alapján kijelenthető, hogy önmagukat inkább vallásosnak, de kevésbé templomba járónak minősítették a megkérdezettek a CRS állításai mentén. Ezzel párhuzamosan baráti körüket lényegesen kevésbé vallásosnak látják, és nagyon kevesen vannak olyanok, akiknek a baráti körébe tartozó fiatalok zöme gyakorolja a vallásos részvételt.

A vallásosság mutatói és a rizikómagatartás összefüggései

A bevezetőben már említett, a telepi roma gyerekek iskolai motivációját a vallásosságuk fényében vizsgáló kutatás során megállapítást nyert, hogy bár a CRS mindegyik iteme pozitív összefüggést mutat az iskolai motiváció több dimenziójával (7 a 8-ból), a legerőteljesebb összefüggés a vallásos részvétel esetében mutatható ki. Tekintettel a jelen kötet szűkös kereteivel, ebben a fejezetben a

CRS vallásos részvételre vonatkozó itemére koncentrálunk, a vallásos hit esetében feltárható összefüggéseket pedig a későbbiekben, egyéb publikációs fórumokon mutatjuk be.



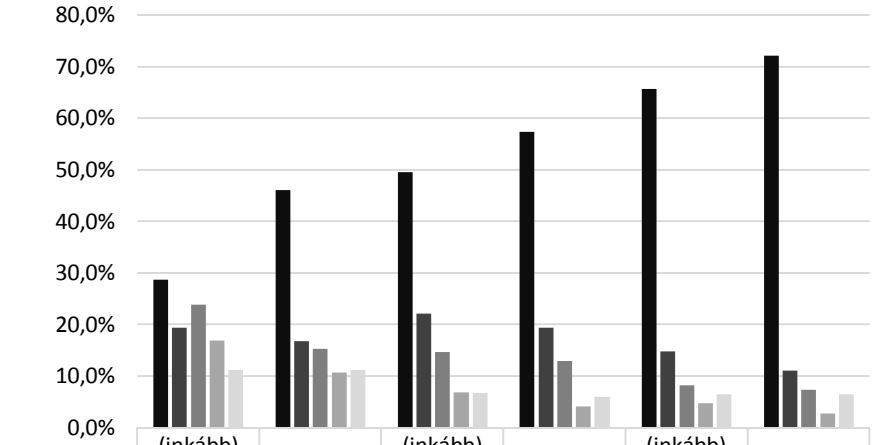
	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos
	fogyaszt alkoholt		lesz részeg hetente		fogyaszt drogot	
egy sem	30,4%	37,6%	49,4%	56,2%	68,2%	66,5%
kevesen	21,0%	16,0%	21,2%	20,6%	12,7%	15,6%
néhányan	20,6%	22,5%	16,2%	11,2%	7,9%	7,9%
többség	15,8%	14,5%	6,8%	5,3%	5,8%	2,1%
mindegyik	12,2%	9,5%	6,4%	6,8%	5,4%	7,9%

3. ábra. A megkérdezett vallásos részvétele és a barátokra jellemző rizikómagatartás elterjedtsége

A megkérdezettek vallásos részvételének (templomba/gyülekezetbe jár) bináris változója nem mutat szignifikáns összefüggést sem azzal, hogy a barátok mekkora része fogyaszt alkoholt, sem azzal, hogy mennyien lesznek legalább heti egyszer részegek. A barátok drogfogyasztásával kapcsolatban szignifikáns összefüggés mutatkozik (Khí^2 próba; df: 4; p: 0,039). Amennyiben a válaszokra koncentrálunk, azt láthatjuk, hogy némi arányosság fedezhető fel abban, hogy minél inkább templomba/gyülekezetbe járónak definiálta magát a megkérdezett, annál nagyobb arányban közlik, hogy barátiak egyike sem iszik, illetve lesz részeg hetente. Alapvetően tehát a társadalmi periférián élő fiatalok köréből verbuvált mintánkban az, hogy az egyén gyakorolja-e a vallásos részvételt, nem játszik közre abban, hogy

milyen a baráti kör viszonya az alkoholfogyasztáshoz. A drogfogyasztó barátok esetében pedig a várakozáshoz képest fordított az arányosság: a vallásos gyakorlatot nem folytatók körében magasabb azok aránya, akiknek egyetlen barátjuk sem drogozik (3. ábra).

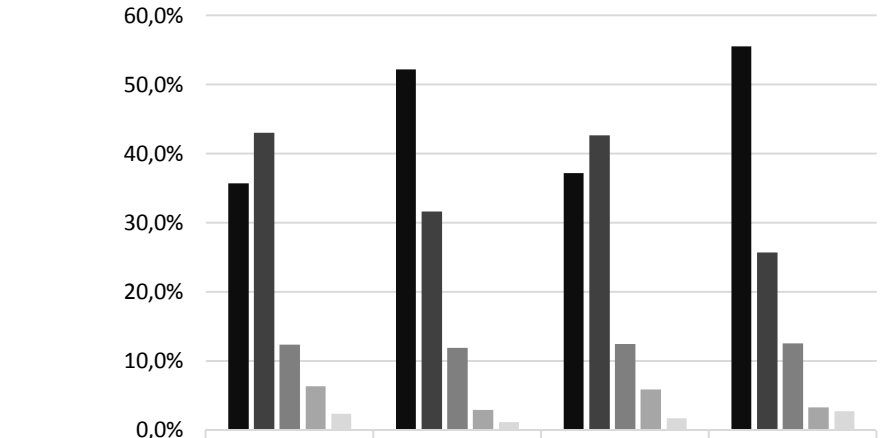
Ettől a képtől nem sokban különböznek az adatok, ha a saját vallásos részvétel helyett a baráti kör templomba/gyülekezetbe járására fókuszálunk. Ez esetben a barátok alkoholfogyasztása esetében tárható fel szignifikáns összefüggés (Khí^2 próba; df: 4; p: 0,000), míg a lerészegedés és a drogfogyasztás irányában nem. Ugyanakkor szépen kirajzolódik a séma: a mindhárom rizikómagatartás esetében nagyobb azok aránya, akiknek nincs egy rizikómagatartás gyakorló barátjuk sem ÉS alapvetően templomba járó baráti körrel rendelkeznek, mint azoké, akiknek a baráti köre nem gyakorolja a vallást (4. ábra).



	fogyaszt alkoholt		lesz részeg hetente		fogyaszt drogot	
	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos
egy sem	28,7%	46,0%	49,6%	57,4%	65,7%	72,2%
kevesen	19,4%	16,7%	22,2%	19,4%	14,8%	11,1%
néhányan	23,9%	15,3%	14,7%	13,0%	8,2%	7,4%
többség	16,9%	10,7%	6,8%	4,2%	4,8%	2,8%
mindegyik	11,2%	11,2%	6,7%	6,0%	6,5%	6,5%

4. ábra. A megkérdezett baráti körének vallásos részvétele és a barátokra jellemző rizikómagatartás elterjedtsége

A megkérdezettek alkoholfogyasztását tekintve szignifikáns összefüggés mutatható ki a vallásgyakorlással. A vallásgyakorlók nagyobb arányban nem isznak soha, és az italozók minden kategóriában alatta maradnak a vallást nem gyakorlóknak (Khí^2 próba; df: 4; p: 0,000). A vallásgyakorló barátokkal rendelkezők esetében ugyanez az arányosság figyelhető meg, szinte ugyanolyan adatokkal: a vallásos barátokkal rendelkezők nagyobb arányban nem isznak, és ha isznak, akkor ritkábban, mint a nem vallásgyakorló barátokkal rendelkezők (Khí^2 próba; df: 4; p: 0,000) (5. ábra).

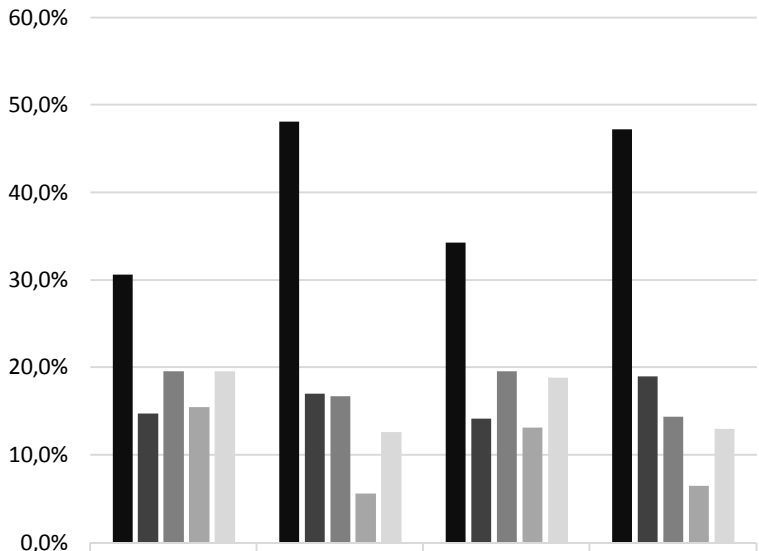


	önmaga részvétele		barátok részvétele	
	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos
soha	35,8%	52,2%	37,2%	55,6%
havinál ritkábban	43,1%	31,6%	42,7%	25,7%
havonta	12,4%	11,9%	12,5%	12,6%
hetente	6,4%	3,0%	5,9%	3,3%
naponta	2,4%	1,2%	1,7%	2,8%

5. ábra. A megkérdezett, illetve baráti körének vallásos részvétele és megkérdezett alkoholfogyasztási gyakorisága

A vallásgyakorlás és a megkérdezett részegségének elfordulása között ugyancsak szignifikáns összefüggés jelentkezett, függetlenül attól, hogy a megkérdezett, vagy annak baráti köre vallásgyakorlását helyezzük-e fókuszba (Khí^2 próba; df: 4; p: 0,000 – mindkét esetben). Ugyanakkor ez az összefüggés alapvetően annakköszönhető, hogy a vallásgyakorlók – és a vallásos barátokkal rendelkezők

nagyobb arányban mutatkoznak absztinensnek (illetve nem részegednek le), mint a nem vallásosak. Azok között viszont, akik már lerészegedtek, nem mutatható ki a vallásos részvételtől függő trend (6. ábra).



	önmaga részvétele		barátok részvétele	
	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos	(inkább) nem vallásos	(inkább) vallásos
soha	30,6%	48,1%	34,3%	47,2%
egyszer	14,7%	17,0%	14,2%	19,0%
2-3szor	19,6%	16,7%	19,6%	14,4%
4-10szer	15,5%	5,6%	13,1%	6,5%
több, mint 10szer	19,6%	12,6%	18,8%	13,0%

6. ábra. A megkérdezett, illetve baráti körének vallásos részvétele és megkérdezett lerészegedési gyakorisága

A vallásos részvétel drogfogyasztásra gyakorolt hatását vizsgálva nem találtunk szignifikáns összefüggést, bár enyhe különbség található a drogot egyáltalán nem fogyasztók között a tekintetben, hogy a megkérdezett jár-e vallási közösségbe. A templomba/gyülekezetbe (inkább) nem járók 80,4 százaléka, míg a templomba/gyülekezetbe (inkább) járók 86,2 százaléka válaszolta azt, hogy egyáltalán nem fogyasztott semmiféle drogot. Ugyanez az arány tapasztalható, ha a baráti kör vallásosságát vetjük össze a megkérdezett drogfogyasztó magatartásával: a

vallásgyakorló baráti kör tagjainak 88,3 százaléka számolt be, arról hogy egyáltalán nem fogyasztott semmiféle kábítószert, míg a nem vallásos barátokkal rendelkezők között ez az arány némileg alacsonyabb, 81,0 százalék.

Összegzés

A vallásosság kimutatható protektív hatással bír akár az egyén vallásos részvételét, akár a baráti kör vallásosságát tekintjük. Ugyanakkor ez a protektív hatás bizonyíthatóan leginkább az alkoholfogyasztás kapcsán jelentkezik, illetőleg jellemzően abban, hogy a teljesen védettek (absztinensek, soha le nem részegedők) aránya magasabb a vallásossággal jellemezhető csoportokban, mint a nem vallásgyakorlókéban.

A drogfogyasztás vállalása a teljes mintában alulreprezentáltnak tűnik, vélhetően a telepi és szakellátási környezet bizalmatlansága felerősítette a büntető-jellegű drogpolitikából fakadó tagadást. Talán ez is közrejátszik abban, hogy a vallásgyakorlás és a drogfogyasztás között nem tártunk fel szignifikáns protektív hatást, bár enyhe, nem szignifikáns különbség tapasztalgató a drogot egyálalán nem fogyasztók csoportjában a vallásosok javára.

Irodalomjegyzék

1. Huber, S., Huber, O. V. (2012): The Centrality of ReligiosityScale (CRS). *Religions*2012/3.: 710–724.
2. Dávid B., Huszti É., Lukács Á. (2016): A társas kapcsolatok jelentősége a társadalmi integrációban. In: Kósa Zs. [szerk.]: Helyzetkép a magyarországi romákról. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen. 67-86.
3. Hüse L. (2017): A vallásosság és az iskolai motiváció összefüggései etnikai szegregátumokban élő gyermekeknél. In: Bacskai K. [szerk.]: A felekezeti oktatás új negyedszázada. 194-206.
4. Kovács K., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17-46.

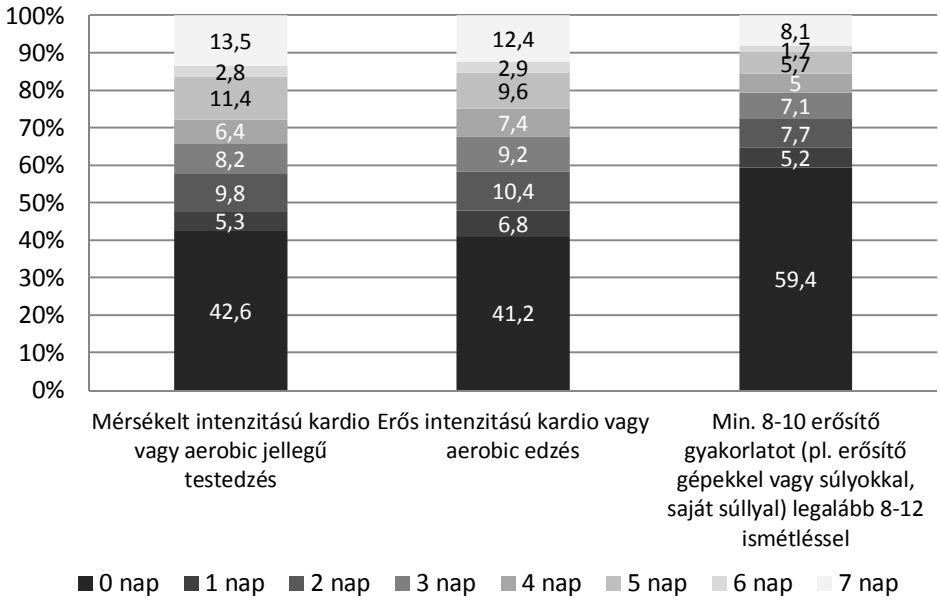
A sportolás és rizikómagatartás összefüggései a társadalom perifériáján élő fiatalok körében[1]

Kovács Klára

A továbbiakban arra keressük választ, hogy milyen összefüggéseket találhatunk a sportolás különböző formái és az rizikómagatartások között? Kérdésünk, hogy vajon védőfaktor-e a sportolás a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztással szemben, vagy esetleg rizikófaktor-e. Korábbi kutatási eredmények nem igazolták egyértelműen az összefüggést: egyes eredmények szerint a sportolók körében alacsonyabb mértékű a szerfogyasztás (Pikó és Keresztes, 2007; Keresztes, 2007; Pate és mtsai, 2000), véd a depressziós tünetektől és hozzájárul a mentális jólléthez (Kovács, 2012; 2013; Kovács és Perényi, 2014), ugyanakkor többek között az alkoholfogyasztással szemben rizikófaktornak számít (Martens és mtsai, 2006; Kovács, 2013), vagy nem találtak különbséget sportolók és nem sportolók között e tekintetben (Mikulán, 2007), de korábbi eredményeink azt is igazolták, hogy a sportolók körében felülreprezentált a kábítószert kipróbálók aránya (Kovács, 2015). A sportolás negatív hatását az egészségrizikó-magatartásra elsősorban ennek közösségi jellege adja, s a kortárshatás, nyomás mint rizikófaktor (Kovács és Szigeti, 2017) játszik szerepet abban, hogy a sportoló közösségekben, csapatokban esetlegesen gyakrabban fordul elő szerhasználat.

A sportolás különböző formáit három kérdéssel néztük meg a kutatásban: arra kérdeztünk rá, hogy az elmúlt hét napban hány napon végeztek 1. könnyed aerob vagy kardio jellegű mozgást, mely mérsékelten emeli meg a pulzusszámot, mint a séta, kocogás, torna (mérsékelt testedzés), 2. erősebb intenzitású sporttevékenységet, mit a futás (intenzív testedzés), 3. erősítő testedzést pl. súlyzókkal, saját súllyal legalább 8-12 ismételve egy szériát (erősítő gyakorlatok). A válaszadók több, mint 40%-a egyszer sem végzett sem mérsékelt, sem erősebb intenzitású sporttevékenységet, majd 60%-uk pedig erősítő gyakorlatokat. A válaszadók 13,5% végzett minden nap mérsékelt, 12,4%-erőteljesebb testedzést, 8,1%-uk pedig erősít naponta (1. ábra).

[1] A tanulmány a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.



1. ábra. A különböző sporttevékenységek végzésének gyakorisága (N=861; 862; 859).

A fiúk átlagosan szignifikánsan többet sportolnak mindhárom testedzési formát tekintve: 2,9 napon végeztek mérsékelt, 2,98 nap erősebb testedzést és 2,2 napon erősítő gyakorlatokat, míg a lányoknál ezek az értékek 1,65, 1,77 és 0,98, tehát szinte soha nem erősítenek (p=,000). Korábbi, nyíregyházi fiatalok körében végzett (Huszti és mtsai, 2016) kutatási eredményeinkkel összhangban (Kovács, 2016) a kor növekedésével csökken a sportolás gyakorisága, jelen esetben a mérsékelt és erős intenzitású testedzés tekintetében. A telepszerű körülmények és szakellátásban élők között az erős intenzitású testedzés tekintetében találtunk szignifikáns különbéget: az intézményekben élők átlagosan 1,65, míg a telepiek 1,55 napon végeztek erősebb testedzést (p=,000). Ha e két változót együtt vizsgáljuk, akkor a mérsékelt és az erős intenzitású testedzésben találunk szignifikáns különbségeket. Mindkét formát tekintve a szakellátásban élő, 18 év alattiak érték el a legmagasabb pontszámot (2,73 és 3,1 pont), s a legritkábban a telepi körülmények között élő 18 év felettiek végeznek erősebb intenzitású sporttevékenységet. Az átlagpontszámokat az alábbi, 1. táblázat tartalmazza.

		Mérsékelt intenzitású testedzés	Erős intenzitású testedzés	Erősítő gyakorlatok
Nem***	férfi	2,90	2,98	2,20
	nő	1,95	1,77	0,98
Korcsoport	18 év alatt	2,58**	2,64***	1,64
	19 év fölött	2,07**	1,76***	1,45
Lakóhely	Telepen	2,34	2,13***	1,55
	Szakellátásban	2,69	3,06***	1,65
Korcsoport, lakóhely	Telepen 18 év alatt	2,51*	2,41***	1,64
	Telepen 19 év fölött	2,09*	1,76***	1,44
	szakellátásban 18 év fölött	2,73*	3,10***	1,64

**p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001*

1. táblázat. A különböző sporttevékenységek végzésének gyakorisága a demográfiai háttérváltozók mentén.

Az egészségrizikó-magatartásformák és a különböző sporttevékenységek összefüggéseinek feltárásához a gyakoriságok mentén a válaszadókat három csoportba soroltuk: ritkán sportolóknak neveztük el, akik 0-2 napot végezték az adott testedzési formát, rendszeresen sportolónak, akik 3-5 napot, és szinte minden nap sportolnak, akik a 6-7 napot jelölték meg. Először azt vizsgáltuk meg, hogy milyen összefüggéseket találunk a különböző sportolási formák és a barátok szerfogyasztása között. A mérsékelt intenzitású sportolás tekintetében nem találtunk összefüggést a barátok szerfogyasztásának egyik dimenziójával sem. A rendszeresen erős intenzitású testedzést végzők körében felülreprezentáltak azok, akiknek egy barátja sem dohányzik (19,6%), vagy csak néhány (22,3%), és kevés barátja részegedik le (25,9%). A szinte napi rendszerességgel erős intenzitással sportolók körében többen vannak a szintén nem dohányzó barátokkal bírók (20,5%), s akiknek egy barátjára sem jellemző a rendszeres lerészegedés (61,8%). Ugyanakkor az alkalmanként intenzíven sportolók barátainak többsége dohányzik (32,1%), fogyaszt rendszeresen alkoholt (lerészegedés nélkül, 19,3%), néhány barátjuk pedig heti rendszerességgel ittas (16,8%).

A napi szintű erősítő gyakorlatok végzése egyértelműen összekapcsolódik azokkal a baritokkal, baráti közösségekkel, akikre inkább jellemzőek a szerfogyasztás különböző formái. A szinte napi rendszerességgel erősítő testedzést végzők körében felülreprezentáltak azok, akiknek bevallásuk szerint minden barátjára jellemző az alkoholfogyasztás (lerészegedés nélkül, 22,4%), és hogy már

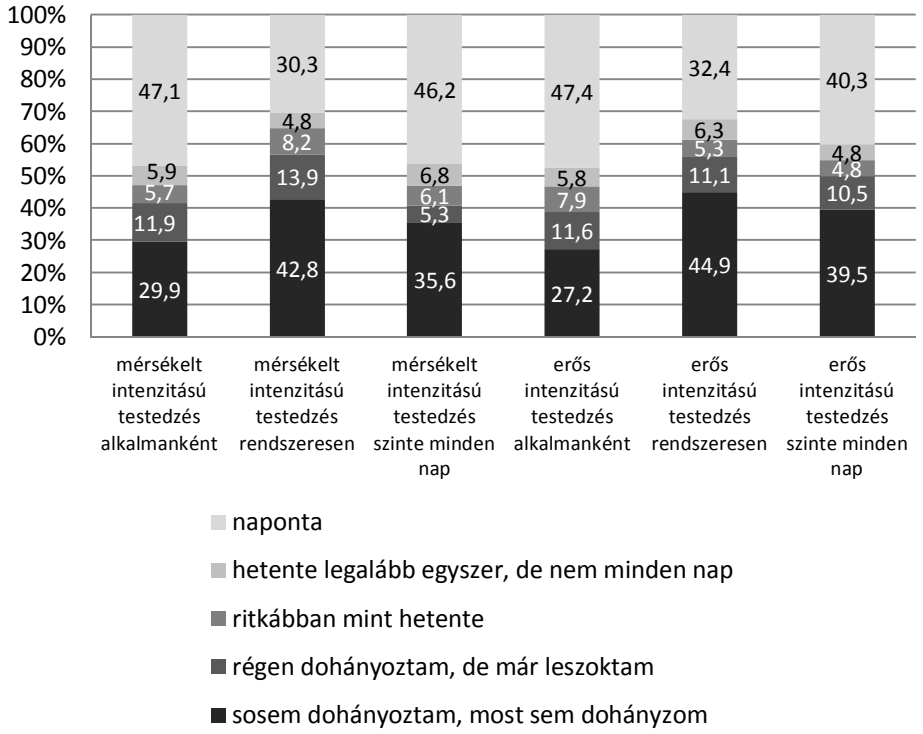
próbáltak ki kábítószert (17,6%). Jóval kevesebben vannak az alkalmanként erősítő gyakorlatokat végzők között olyanok, akinek minden barátja fogyaszt alkoholt (10%), a rendszeresen erősítő testedzést végzők körében pedig azok, akinek a barátja próbált már ki valamilyen kábítószert (4%). Szintén az alkalmanként erősítő gyakorlatokat végzők körében találhatjuk a legtöbb olyan válaszadót, akinek egy barátjára sem jellemző alkoholfogyasztás (33,7%) és drog kipróbálása (67,8%) (2. táblázat).

		Erős intenzitású testedzés			Erősítő gyakorlatok		
		Alkalmanként	Rendszeresen	Szinte minden nap	Alkalmanként	Rendszeresen	Szinte minden nap
Dohányzó barátok	Egy sem	11*	**19,6***	**20,5***	13,3	19,3	15,3
	Kevesen	11,4*	14,3*	17,4*	14,3	11,3	7,1
	Néhányan	16,7*	**22,3***	12,9*	16,9	21,3	15,3
	Többség	**32,1***	20,5*	22,7	28,9	24,7	23,5
	Mindegyik	28,7*	23,2*	26,5*	26,6	23,3	38,8
Alkoholt fogyasztó barátok*	Egy sem	30,2	37,9	37,1	33,7	32,2	24,7
	Kevesen	18,5	20,1	18,2	19,6	17,4	17,6
	Néhányan	21,3	20,5	25	21,2	21,5	27,5
	Többség	**19,3**	11,2	6,1	15,5	18,1	8,2
	Mindegyik	10,8	10,3	13,6	10	10,7	**22,4**
Min. hetente leérszegedő barátok	Egy sem	48,5*	54,5*	**61,8***	53,4	47,3	44,7
	Kevesen	21,2*	**25,9***	13,7*	19,4	30	21,2
	Néhányan	**16,8***	8,5*	11,5*	14,7	11,3	14,1
	Többség	7,7*	4,5*	4,6*	6	6,7	8,2
	Mindegyik	5,9*	6,7*	8,4*	6,4	4,7	11,8
Kábítószert kipróbáló barátok	Egy sem	64,7	70,4	72,7	67,8*	66,7*	62,4*
	Kevesen	14,9	15,2	9,8	14,3*	18,7*	7,1*
	Néhányan	8,2	7,2	6,1	8,1*	7,3*	5,9*
	Többség	6	2,7	1,5	4,4*	3,3*	7,1*
	Mindegyik	6,2	435	9,8	5,4*	4*	**17,6***

**p≤0,05. Az aláhúzva közölt értékek arra utalnak, hogy a táblázat azon cellájába jóval többen kerültek, mint amennyi véletlen elrendeződés esetén várható lett volna.*

2. táblázat. A különböző sportolási formák végzésének gyakorisága és a szerfogyasztó barátok száma közötti összefüggések.

A továbbiakban az egyének szerfogyasztásának összefüggéseire térünk át a sportolási formák és gyakoriságok tekintetében. A dohányzás és ennek gyakoriságának esetében a mérsékelt és az erős intenzitású testedzés tekintetében találtunk szignifikáns összefüggéseket. Az alkalmanként mérsékelt intenzitással sportolók 75,3%-a jelezte, hogy dohányzik, míg a rendszeresen mérsékelt intenzitással testedzők 62,3%-a, a szinte naponta sportolóknak pedig kétharmada (p=0,001). Hasonlóképpen az erős intenzitású testedzők esetében az alkalmanként végzők körében a legmagasabb a dohányzók aránya (75,8%) és a rendszeresen kardio vagy aerob testedzést végzőknél a legalacsonyabb, de ez is több, mint 60% (p=0,001). Ha a dohányzás gyakorisága mentén vizsgáljuk az összefüggéseket, akkor azt láthatjuk, hogy a mérsékelt intenzitással testedzők körében a rendszeresen (42,8%), majd a szinte naponta végzők körében felülreprezentáltak a soha nem dohányzók, az alkalmaként testedzők körében vannak a legkisebb arányban (29,3%). Az alkalmanként és szinte mindennap sportolók körében van a legtöbb napi dohányos (47,1 és 46,2%), míg a rendszeres sportolók körében alig egyharmad ez az arány. Az intenzív testedzés tekintetében is ugyanezeket a tendenciákat tapasztalhatjuk, de itt még markánsabbak a különbségek. Az alkalmanként intenzíven edzők körében csupán 27,2% a nem dohányzók aránya, 47,4-uk pedig naponta gyújt rá, míg a rendszeresen edzők esetében 44,9, a szinte minden nap erősítőknél pedig 39,5% a nem dohányzók aránya, 32,4 és 40,3% pedig a napi szinten dohányzóké (p=0,001). Spearman-féle korrelációval vizsgáltuk meg a naponta elszívott cigarettamennyiség és a különböző testedzési formák végzésének gyakorisága közötti összefüggéseket. E szerint az erős intenzitású testedzés negatívan korrelál ($r_{spearman}$=-,132, p≤0,05) az elszívott cigaretták számával, tehát minél gyakrabban végez egy fiatal ilyen típusú testedzést, annál kevesebb szálat szív el naponta.

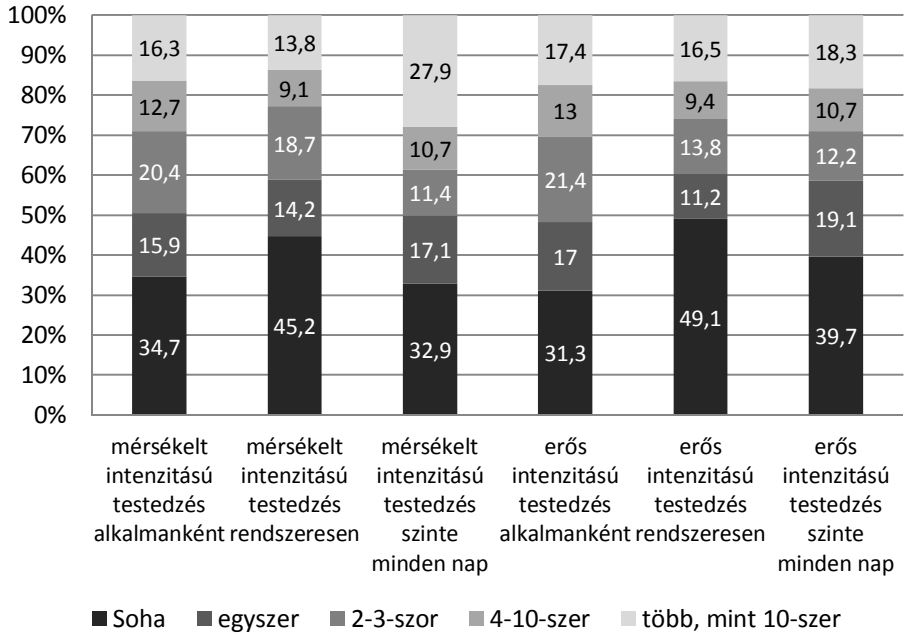


2. ábra. A dohányzás gyakorisága a sportolási formák végzésének gyakorisága mentén.

Az ittasság előfordulásának gyakoriságában is a mérsékelt, illetve az erős intenzitású sporttevékenységnek van szignifikáns szerepe. A mérsékelt intenzitású testedzést rendszeresen végzők körében a legmagasabb azok aránya, akik soha nem voltak ittasak (45,2%), s a szinte naponta edzők körében a legalacsonyabb (32,9%) (p=0,002). Az erős intenzitású sportokat végzők körében is a rendszeres sportolók között találhatjuk legmagasabb arányban olyanokat, akik soha nem rúgtak be az életükben: 49,1%, s a legkisebb az arány a ritkán sportolók körében 31,3%, de a naponta testedzők körében is csak 39,7% (p=0,001). Mindkét sportolási forma tekintetében a szinte minden nap testedzők körében találjuk a legnagyobb arányt, ha a több, mint tízszer előforduló ittasságot vizsgáljuk. A mérsékelt intenzitású sportolás esetében a szinte minden nap sportolók 27,9%-a, jelölte meg ezt a válaszlehetőséget (3. ábra).

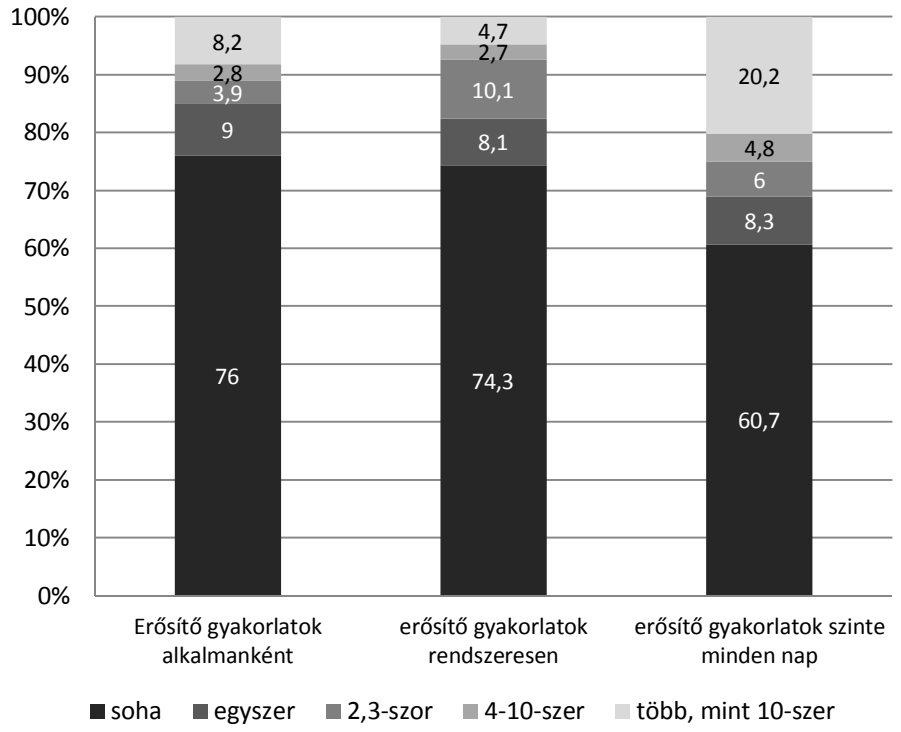
Az alkoholfogyasztás gyakoriságának vizsgálatában csak a mérsékelt testedzés tekintetében találtunk szignifikáns összefüggéseket. Az absztinensek körében a rendszeresen sportolók vannak a legnagyobb arányban (48,9%), s mintegy egy-

harmaduk ritkábban, mint havonta iszik alkoholt, az alkalmanként sportolók körében viszont 42,5% ez az arány. A szinte naponta és az alkalmaként testedzők körében ugyanolyan, 2,2% a naponta fogyasztók aránya (p=0,023).



3. ábra. Az ittasság előfordulása a sportolási formák gyakorisága mentén.

Az illegális kábítószerek fogyasztását többféleképpen mértük a kérdőívben. Megkérdeztük, hogy a felsorolt kábítószerfajtákból bármit is használ-e, illetve milyen gyakorisággal használja ezeket, továbbá valaha kipróbált-e már az életében bármilyen illegális drogot. Az alacsony arányú igen válaszok miatt a kábítószer-használatot 0-16-ig tartó indexszé vontuk össze, míg a bármilyen drog használatának gyakoriságát 0-tól 100-ig tartó skálává alakítottuk át, ahol 0 jelöli, ha egy válaszadó soha, semmilyen kábítószert nem használ, 100 pedig, ha mindegyiket szinte napi rendszerességgel. A kábítószer-használat gyakorisága mentén és a kipróbálásban találtunk szignifikáns különbséget egyedül az erősítő gyakorlatokat végzők körében: a leggyakrabban, szinte naponta erősítő edzést végzők körében találtuk a legmagasabb átlagpontszámot (2,14 pont), s a körükben a legalacsonyabb a kábítószert kipróbálók (60,7%), és a legmagasabb a több, mint 10-szer szerhez nyúlók aránya (20,2!!!, p=0,001) (4. ábra), őket követik a soha vagy alkalmaként edzők (1,15), s ismét a rendszeresen erősítő fiatalok érték el legalacsonyabb pontszámot a droghasználat gyakoriságában (0,72, p=0,034).



4. ábra. A kábítószer kipróbálásának gyakorisága az erősítő gyakorlatok végzésének gyakorisága mentén

Összegzés

Kutatásunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen sportolási, testedzési szokásokkal jellemezhetők a társadalom perifériáján élő fiatalok, s milyen összefüggéseket találunk ezek és az egészségrizikó-magatartási formák között. Fő kérdésünk volt, hogy vajon a különböző sportolási formák védő-, vagy rizikófaktorként funkcionálnak a szerfogyasztás különböző dimenzióival szemben. Ez a kérdés azért is fontos, mert a térségben, nyíregyházi fiatalok körében végzett vizsgálatok szerint az országos átlag fölött jellemzi őket a rizikómagatartás (Hüse, 2016). Összességében azt láthatjuk, hogy e fiatalok több, mint 40%-a nem végez sem mérsékelt, sem pedig erős intenzitású aerob vagy kardio edzést, majd 60%-a pedig erősítő, izomépítő gyakorlatokat. Korábbi, fiatalok körében végzett kutatási eredményekkel összhangban a fiúk, a fiatalabb korcsoport tagjai (Pikó és Keresztes,

2007; Perényi, 2011; 2013; Kovács, 2015; 2016), és a szakellátásban élők átlagosan több napon végeznek mérsékelt vagy erősebb intenzitású testedzést.

A mérsékelt és az intenzív aerob, illetve kardio edzés elsősorban rendszeres, tehát átlagosan hetente 3-5 napon történő végzése több egészségrizikó tényezővel szemben védőfaktorként funkcionál. Elsősorban az intenzív sporttevékenység rendszeres formája alacsonyabb dohányzó és lerészegedő barátok számával jár együtt, mindkét sportolási forma tekintetében magasabb körükben a nem dohányzók és a még soha nem lerészegedő fiatalok aránya, s minél gyakrabban végez az egyén intenzív erősségű testedzést, annál kevesebb szál cigarettára gyújt rá naponta (azonban ehhez mindenképpen hozzá kell tennünk, hogy ez az összefüggés fordítva is értelmezhető: minél többet gyújt rá, annál kevesebb napon végez intenzív testedzést). Az alkalmanként, majd pedig a szinte napi rendszerességgel mérsékelt vagy erős intenzitású sporttevékenységet végzők körében találjuk a legkevesebb nem dohányzót, akik soha nem voltak még ittasak, és a legtöbb napi rendszerességgel dohányzót. Az ittasság szempontjából rizikófaktornak számít a szinte napi rendszerességgel végzett mérsékelt intenzitású testedzés, mivel körükben találhatjuk a legtöbb olyan fiatalt, aki már több, mint 10-szer rúgott be az életében.

Az erősítő, súlyzós, testépítő edzésformákat preferáló válaszadók közösségének sajátos szubkulturális jellegét igazolják azon eredményeink, mely szerint a legmagasabb körükben a rendszeresen – nem lerészegedésig – alkoholt fogyasztó és kábítószert kipróbálók barátokkal bírók aránya, s a legrendszeresebben edzők fogyasztanak leggyakrabban valamilyen kábítószert. Ebből jól látható, hogy ez a testépítő „szubkultúra" erőteljes rizikófaktora az alkohol- és drogfogyasztásnak különösen, ha azt is figyelembe vesszük, hogy a kortárshatás, illetve a közösségi hatóképesség a szerfogyasztó barátok révén mint további veszélyeztető tényező még erőteljesebben jelenik meg ebben a speciális csoportban. Bár nem találtunk szignifikáns összefüggést a doppingszer-használat és az erősítő gyakorlatok végzésének gyakorisága között (ebben azonban nagy szerepet játszik az igen válaszok alacsony aránya, mindössze nyolc fő mondta, hogy használ), de feltételezhető, hogy mivel ebben a sportágban elsősorban az izmos külső elérése a fő teljesítmény és eredmény, ezért a testépítők körében sokkal elterjedtebb az illegális doppingszerek alkalmazása.

Összességében azt láthatjuk, hogy a sportolás különböző formái eltérő hatást gyakorolnak a szerfogyasztás különböző dimenzióira. Az elsősorban intenzív erősségű aerob és kardió edzés alacsonyabb dohányzással és ittasság előfordulásával, illetve kevesebb dohányzó és lerészegedő baráttal jár együtt, míg az erősítő, testépítő jellegű testedzés a kábítószert-fogyasztás rizikófaktora.

Felhasznált irodalom

1. Huszti É., Takács P., Hüse L. (2016): A „Nyíregyháza Ifjúsága 2015" kutatás módszertana. *Acta Medicinae et Sociologica* Vol. 7. No. 20-21: 211-218.
2. Hüse L. (2016): A fiatalok rizikómagatartása Nyíregyházán. *Acta Medicinae et Sociologica* Vol. 7. No. 20-21: 131-153.
3. Keresztes N. (2007): Ifjúság és sport. In: Pikó B. [szerk.]: *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban.* Budapest, L'Harmattan. 184—199.
4. Kovács K., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: *A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere.* Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17-46.
5. Kovács K. (2012): Egyetemisták és káros szenvedélyek. Rizikó- és védőfaktorok a debreceni egyetemisták egészségmagatartásában. In: Dusa Á., Kovács K., Nyüsti Sz., Márkus Zs., Sőrés A. [szerk.]: *Egyetemi élethelyzetek. Ifjúságszociológiai tanulmányok* II. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó. 145-164.
6. Kovács K. (2013): A sportoló közösségekhez tartozás mint társadalmi védőfaktor. *Educatio* Vol. 22. No. 2: 264-270.
7. Kovács K. (2015): *A sportolás mint támogató faktor a felsőoktatásban.* Oktatáskutatók könyvtára 2. Debrecen, CHERD.
8. Kovács K. (2016): Szabadidő-eltöltés és sportolás a nyíregyházi fiatalok körében. *Acta Medicinae et Sociologica*, Vol. 7. No 20-21: 112-130.
9. Kovács K., Perényi Sz. (2014): A sportolás és egészség. Kapcsolatok a fiatalok fizikai, mentális és szociális jóllétének szubjektív szintjével. In: Nagy Á., Székely L. [szerk.]: *Másodkézből. Magyar Ifjúság 2012*. Budapest, Kutatópont. 245-262.
10. Martens, M. P., O'Connor, D., Beck, K., Niels, C. (2006): A systematic review of college student-athlete drinking: Prevalence rates, sport-related factors, and interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol 31. No. 3: 305-316.
11. Mikulán R. (2007): Versenysportolók dohányzási szokásai és alkoholfogyasztása. *Magyar Sporttudományi Szemle* Vol 8. No 30: 28-31.
12. Pate, R. R., Trost, S. G., Levin, S., Dowda, M. (2000): Sports participation and health-related behaviors among US youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* Vol 154. No. 9: 904-911.
13. Perényi Sz. (2011): Sportolási szokások — Sportolási esélyek és változástrendek. In: Bauer B., Szabó A. [szerk.]: *Arctalan (?) nemzedék. Ifjúság 2000-2010.* Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 159-184.

14. Perényi Sz. (2013): Alacsonyan stagnáló mozgástrend: a fizikai inaktivitás újratermelődése. In: Székely L. [szerk.]: *Magyar Ifjúság 2012*. Budapest, Kutatópont. 229—249.
15. Pikó B., Keresztes N. (2007): *Sport, lélek, egészség*. Budapest, Akadémiai Kiadó

A szakellátásban és telepi körülmények között élő fiatalok támogató kapcsolathálózata – összehasonlító reziliencia vizsgálat

Jóna György

Ebben a fejezetben arra keressük a választ, hogy a reziliencia és a rizikómagatartás között milyen empirikus összefüggések alakulnak ki a telepen és a szakellátásban élő fiatalok körében. A mintát két alcsoportra osztjuk, majd egyenként elemezzük és összehasonlítjuk a tiszta interpretáció érdekében.

Napjainkra a reziliencia a tudományos életben egy átfogó, komplex fogalommá vált. Ebbe beletartoznak azok a személyes kapacitások, erőforrások, probléma-megoldó viselkedésformák, melyek közvetlenül meghatározzák, hogy az egyén miként képes kezelni mindennapi és nem mindennapi gondjait (személyen belüli reziliencia), valamint kik és hogyan támogatják ezek leküzdésében (környezeti reziliencia). Az elemzés elején fontos tisztázni, hogy a környezeti reziliencia fogalma, vagyis a társas támogatások kategóriája nem feltétlenül jelent anyagi, pénzbeli támogatást (Pikó és mtsai, 2015). Egy egyén kaphat bátorítást, elfogadást, szeretetet financiális támogatás nélkül is – sőt, legtöbbször a valódi támogatás nem pénzbeli, hanem interperszonális kapcsolatrendszeren keresztül áramlik (Gordon, Longo és Trickett, 2012; Eisenberg, Lipson és Posselt, 2017).

Már nem csak a tudományos, hanem a hétköznapi életben is evidenciaként kezelhető megállapítás, hogy a társas interakciók, a szociális érintkezés mennyire fontos funkciót tölt be egy individuum pszichés és testi fejlődésében, illetve állapotában – ennek elméleti hátteréből villant fel részleteket a kötetben Kovács Karolina Eszter és Szigeti Fruzsina (2017). Ez alól természetesen a telepen és szakellátásban élő tinédzserek és fiatal felnőttek sem kivételek. Még pontosabban tehát, ebben a fejezetben arra fókuszálunk, hogy az adekvát személyen belüli és környezeti reziliencia mely társas támogatói hálózati aktoron keresztül, milyen mértékben áramlik a megkérdezettekhez.

A reziliencia empirikus mérésénél Likert-skálát alkalmaztunk, ami szerint 14 megállapítást kellett a megkérdezetteknek értékelniük egy ötfokú skálán. Az 1-es azt jelentette, hogy a megkérdezett határozottan egyetért az adott állítással, az 5-ös pedig azt jelentette, hogy határozottan nem ért egyet a megadott kijelentéssel (Stronks et al 1996; Williams, 2003; Dahl és Malmberg-Heimonen, 2010, Kooiker

és Christiansen, 1995; Williams, 1995; David, 2003; Böckerman et al 2009; Eikemo et al 2008). A továbbiakban kereszttábla-analízis módszerével elemezzük a fent említett két alcsoportot egyenként, majd ezután összehasonlítjuk ezeket (Fox-Ward, 2008; Greeff és van der Merwe, 2004).

Az 1. táblázat összehasonlítja, hogy szakellátásban részesülők és a telepi körülmények között élő megkérdezettek hogyan értékelik a megadott 14 kijelentést. A megkérdezettek családi kapcsolatrendszere, főként a szüleikkel való kapcsolata rendkívül rossznak nevezhető. Látható az 1. táblázatból, hogy a telepi körülmények között élőknek több mint 80 százaléka érezte úgy, hogy édesanyja szereti, ezzel szemben a szakellátásban részesülőknek nem sokkal több, mint a fele (54,6%) jelölte be ugyanezt a válaszlehetőséget (mármint azt, hogy az intézmény gondozója szereti őt). Egyértelmű, az édesanyával (gondozóval) való kapcsolat, a vele való interakció és támogató háttér szignifikáns hiánya mérhető mindkét csoportban, de leginkább a szakellátásban részesülők körében. Ezt a tényt támasztja alá az is, hogy a szakellátásban élők 13,9%-a mondta azt, hogy egyáltalán nem érzi azt, hogy édesanyja őt szeretné. A család támogatói hátterének ilyen mértékű hiánya rendkívül nagy rizikófaktor minden fiatal, illetve fiatal felnőtt számára. Az egészséges pszichés fejlődés, a társas kapcsolatok kialakításának képessége (főként lányok esetében) kerül elsősorban veszélybe, aminek további káros testi egészségkárosító hatásai is várhatóak (Pikó, 2002; Csibi és mtsai 2016; Eisenberg, Lipson és Posselt, 2017).

A második állítás az édesapa elfogadását (a szakellátásban élőknél gyámra kérdeztünk), szeretetét mérte mindkét almintában. Az előzőtől is kedvezőtlenebb kép tárul elénk; a telepi körülmények között élő megkérdezettek csupán kétharmada jelölte be azt a válaszlehetőséget, mely szerint édesapja határozottan szereti őt. Ezzel ellentétben a szakellátásban élőknek még a fele sem (45,8%) tudta ugyanezt elmondani önmagáról. Ez a lesújtóan alacsony arány a megkérdezettek emocionális fejlődését közvetlenül és rendkívül intenzíven határozza meg (Christensen és Mikkelsen, 2008; Pikó et al 2015).

A 3. 4. és 5. állítások a család interperszonális támogatórendszerének hatását mérik korai gyerekkorban. A szakellátásban élő megkérdezettek statisztikailag is mérhető módon rosszabb helyzetben vannak, mint a telepi körülmények között élők. Az érzelmi elhanyagoltság és az interakciók hiánya, illetve felületessége már ebben a korai fázisban is operacionalizálható mindkét alcsoportban.

Jellemző különbség mérhető még a két alcsoport között a 7. megállapításnál. Ebből kiderül, hogy a telepi körülmények között élők alig egyharmada (33%) bízik tanárában, edzőjében vagy egy lelkészben, míg a szakellátásban élők majdnem a fele (48,2%) fordulna segítségért az előbbiekhez. Figyelembe kell venni természetesen azt, hogy a telepen élő megkérdezetteknek kimagasló aránya igen korán lemorzsolódik vagy kimarad az iskolából, míg a szakellátásban élő fiatalokat nevelő-

jük kötelezheti az iskolába járásra. Valószínűleg ezzel lehet magyarázni a két alcsoport közötti több, mint 15 százalékpontos eltérését (Malmberg-Heimonen, 2010; Kooiker és Christiansen, 1995; Williams, 1995; David, 2003).

Végül kiemelem, hogy a megkérdezettek csoporttudatának, identitásának ereje és magabiztossága között is szignifikáns eltérés tapasztalható. A 13. állításra adott válaszok egyértelműen demonstrálják, hogy a telepen élő megkérdezettek több mint fele pszichésen erősnek érezte magát, bízott a jövőjében, míg ugyanerre a kijelentésre a szakellátásban élők csupán egyharmada (34,9%) tudott hasonlóan válaszolni. A szakellátásba való bekerülés valószínűleg jelentős törést okozott a megkérdezettek számára; az elvetettség, emocionális sivárság, kétségbeesettség jellemzi őket leginkább. Ebből a helyzetből származhat a körükben viszonylag gyakran előforduló agresszivitás, verekedés, verbális kegyetlenség (Pikó és mtsai 2015).

Állítás	Szakellátásban részesülő határozottan igaznak tartja az állítást (%)	Telepi körülmények között élő határozottan igaznak tartja az állítást (%)	Szakellátásban részesülő határozottan nem tartja igaznak az állítást (%)	Telepi körülmények között élő határozottan nem tartja igaznak az állítást (%)
1. Hiszem, hogy édesanyám szeret (intézetben élőknél: gondozóm).	54,6	81,5	13,9	3,1
2. Hiszem, hogy édesapám szeret (intézetben élőknél: gyámom).	45,8	73,6	15,4	4,8
3. Mikor kicsi voltam, mások is segítettek a szüleimnek vigyázni rám, és úgy tűnt, ők is szerettek.	37,8	59,5	7,4	4
4. Amikor kicsi voltam, valaki szeretett a családból játszani velem, és ezt én is szerettem.	46,8	66,7	4,6	1,5
5. Vannak rokonok (intézetben élőknél: szakemberek) a családban, akik segítenek, jobban legyek, ha szomorú vagyok, vagy aggódom valami miatt.	44,7	63,5	8,7	4,2
6. Azt hiszem, hogy a szomszédok, vagy a barátaim szülei szeretnek engem.	41,6	49,5	5,9	3,6
7. Bátran fordulhatok a tanáraimhoz, vagy az edzőkhöz, vagy a lelkészekhez segítségért.	48,2	33	9,1	16,5

8. Van olyan felnőtt a családban, akit érdekel, hogyan teljesítek az iskolában.	64,1	59,1	5	7,9
9. A családom, a szomszédok és a barátok gyakran beszélgetnek arról, hogyan tehetnék jobbá az életünket.	47,5	48	5	6,5
10. Vannak a házunkban szabályok, amelyeket elvárnak, hogy tartsunk be.	78,7	58,3	2,3	11,2
11. Mikor igazán roszszul érzem magam, szinte mindig találok valakit, akiben megbízok és beszélgethetek vele.	67	71,1	4,1	2,6
12. Az emberek észreveszik, hogy nemcsak alkalmas/képes vagyok dolgokra, hanem meg is tudom csinálni őket.	53,2	62,6	0	1,5
13. Független vagyok és céltudatos.	34,9	55,4	2,3	3,7
14. Hiszem, hogy az élet olyan lesz, amilyenné mi magunk teszszük.	54,5	59,9	0	3

Forrás: saját számítás

1. táblázat. A telepen és szakellátásban élők rezilienciájának összehasonlítása

Összefoglalva az 1. táblázat eredményeit, elmondható, hogy a telepi körülmények és a szakellátásban élő tinédzserek és fiatal felnőttek kapcsolat- és támogató rendszere között szignifikáns eltérések mutatható ki az előbbiek javára. A telepen élőknek jelentősen több társas kapcsolata van, mint a szakellátásban részesülőknek és az interperszonális interakciókból támogatásból (emocionális, akár anyagi, stb.) nagyobb mértékben részesülnek. A szakellátásban élők inkább a formális kapcsolatrendszer támogatását élvezik, a telepi körülmények között élők pedig sokkal inkább a családi, informális hálózatuk támogatását kapják. A szakellátásban élők csupán a 10. állításban teljesítettek jobban (vannak szabályok a házunkban, amit be is tartunk), ami a mindennapi élettel kapcsolatos informális szabályokra vonatkozott. Ez természetes is, hiszen a szakellátásban, intézményi keretek között élőkre sokkal szigorúbb formális és informális normák egyaránt vonatkoznak, melyeket a segítő szakemberek, professzionális nevelők, pedagógusok, pszichológusok, stb. be is tartatnak velük. Röviden, a telepi kö-

rülmények között élők emberi kapcsolathálózata kiterjedtebb, mint a szakellátásban élőké, azonban a szakellátásban részesülők szigorúbb szabályok szerint élik mindennapjaikat. A személyen belüli és a környezeti reziliencia is erősebb a telepen élő megkérdezettek körében, valószínűleg az ő egészségattitűdjük és egészségmagatartásuk kevésbe veszélyeztetett.

Még többet megtudhatunk a két alminta közötti egészségszociológiai hasonlóságokról és különbségekről, ha a 2. táblázatot vizsgáljuk. A 2. táblázat plasztikusan összeveti, hogy milyen eltérések fedezhetők fel a telepi és szakellátásban részesülők között életkori bontásban. Kiemeljük, hogy a 19 évnél idősebb, szakellátásból részesülők annyira kevesen vannak, az almintának ez a része torz eredményeket mutat az alacsony elemszám (7 fő) miatt, ezért ezeket az eredményeket figyelmen kívül kell hagyni.

A 18 évnél fiatalabb telepi és szakellátásos megkérdezettek között szignifikáns különbség mutatkozik családi kapcsolatok, illetve a család emocionális támogatásának megítélésében. A telepen élőknek az első állítás az volt, hogy „Hiszem, hogy az édesanyám szeret engem", míg a szakellátásban élőknek a gondozójával való kapcsolatot kellett értékelnie. Ez alapján telepen élő tinédzserek 84%-a, míg a szakellátásban élő fiatalok mindössze 54,5%-a érezte határozottan igaznak azt, hogy őt szereti a megjelölt személy. A két alcsoport közötti eltérés jelentős, ami nem meglepő, hiszen a szakellátásban élők intézményi nevelésben részesülnek, a nyugodt, mély érzelmeket és biztonságot adó családi háttér hiányzik az életükből. A család pszichés biztonságot nyújtó funkciója eliminált mértékben mérhető, ami közvetlenül és erőteljesen definiálja a tinédzserek és fiatal felnőttek komplex, pszichoszociális fejlődését. Ezt a helyzetet talán az a tény prezentálja legjobban, hogy a szakellátásban élő 18 évnél fiatalabbak 13,4%-a vallotta azt, hogy őt határozottan nem szereti az édesanyja. Ennek beláthatatlan következményei lehetnek a jövőben (Pikó, 2002, Németh, 2007).

Az apai szeretet megítélése még kedvezőtlenebb. A második állításra adott válaszok szerint a telepi körülmények között élők 77%-a mondta, hogy szereti őt a gyámja, míg a szakellátásban élő hasonló korú gyerekek csupán 45,4%-a mondta, hogy édesapja határozottan szereti őt. Figyelemreméltó adat az is, hogy a szakellátásban részülőknek a 15%-a határozottan úgy érezte, hogy gyámja őt nem szereti. Röviden, a szakellátásban élő tinédzserek kevesebb, mint fele úgy érzi, hogy intézményi, professzionális szakembertől nem kap elég szeretetet.

A 3. és 4. megállapítások a megkérdezettek kicsi gyermekkori támogatói hálózatáról adnak információkat. A két alcsoport közötti eltérés mindkét kijelentésnél szignifikáns: minden esetben a telepi körülmények között élők mondták nagyobb arányban azt, hogy kisgyermek korukban a családhoz közel álló felnőtt (66,5%), vagy a családból egy felnőtt (59%) játszott, foglalkozott velük. Ugyanennél a résznél a szakellátásban élő megkérdezettek mindössze 46,5%-a mondta azt, hogy

vele kisgyermek korában családjukhoz közel álló felnőtt játszott, vagy a családhoz közel álló felnőtt személy (38,4%) foglalkozott vele.

Eddig a telepi életkörülmények közötti 18 éven aluliak végig jobb eredményekkel rendelkeztek, mint a szakellátásban élők. Azonban, amikor a 6. megállapításnál a szomszédok és a barátok szüleinek elfogadásáról kérdeztük őket; ennél a kijelentésnél az arányok kiegyenlítettebbé váltak.

Ezután, a 7. kijelentésnél pedig az arányok meg is fordulnak a szakellátásban élők javára, melyben arról kérdeztük őket, hogy tanárukhoz, edzőjükhöz és lelkészükhöz fordulnak-e bizalommal segítségért. A szakellátásban élő 18 évnél fiatalabb tinédzserek 48,1%-a, míg a telepi körülmények között élő hasonló korú tinédzserek csupán 36,9%-a válaszolt határozott igennel erre a kérdésre. Ebből is az derül ki, hogy a szakellátásban élő 18 évnél fiatalabb megkérdezettek interperszonális viszonyrendszere – melyből pszichés támogatást szerezhetnek – a formális intézményi struktúra szereplőihez köthető. Természetesen nem minden esetben fordul ez elő, de rendszerint magasabb arányban alakítanak ki valamilyen szakemberrel támogatói kapcsolatrendszert, mint a telepi körülmények között élő tinédzserek. Azonban, a 19 évnél idősebb telepi körülmények között élőknek csupán 27,1%-a gondolta úgy, hogy a fenti három segítőhöz bizalommal fordulna. Úgy tűnik, hogy az idő múlásával a telepi körülmények között élők köréből a bizalom kezd eltűnni a formális intézményi (tanáruk, edzőjük vagy lelkészük) szereplők iránt (Pikó és mtsai 2015).

Állítás	Telepi, 18>		Szakellátás, 18>		Telepi, 19≤		Szakellátás, 19≤	
	igen (%)	nem (%)	igen (%)	nem (%)	igen (%)	nem (%)	igen (%)	nem (%)
1. Hiszem, hogy édesanyám szeret (intézetben élőknél: gondozóm).	84	2,5	54,5	13,4	77,7	3,8	57,1	28,6
2. Hiszem, hogy édesapám szeret (intézetben élőknél: gyámom).	77	3,9	45,4	15	69	6,1	57,1	28,6
3. Mikor kicsi voltam, mások is segítettek a szüleimnek vigyázni rám, és úgy tűnt, ők is szerettek.	59	3,3	38,4	7,6	60,4	4,9	16,7	0
4. Amikor kicsi voltam, valaki szeretett a családból játszani velem, és ezt én is szerettem.	66,5	1,8	46,7	4,7	67,2	1,1	50	0

5. Vannak rokonok (intézetben élőknél: szakemberek) a családban, akik segítenek, jobban legyek, ha szomorú vagyok, vagy aggódom valami miatt.	64,9	2,3	45,5	8	61,9	7	16,7	33,3
6. Azt hiszem, hogy a szomszédok, vagy a barátaim szülei szeretnek engem.	48,5	3,3	42,1	6,1	50,7	4,1	28,6	0
7. Bátran fordulhatok a tanáraimhoz, vagy az edzőkhöz, vagy a lelkészekhez segítségért.	36,9	12,1	48,1	9,3	27,1	23,1	50	0
8. Van olyan felnőtt a családban, akit érdekel, hogyan teljesítek az iskolában.	64,6	3,6	63,6	5,1	49,8	14,8	83,3	0
9. A családom, a szomszédok és a barátok gyakran beszélgetnek arról, hogyan tehetnék jobbá az életünket..	49	4,3	47,7	5,1	47	9,6	42,9	0
10. Vannak a házunkban szabályok, amelyeket elvárnak, hogy tartsunk be.	60,2	8,6	79	1,9	55,9	14,8	71,4	14,3
11. Mikor igazán rosszul érzem magam, szinte mindig találok valakit, akiben megbízok és beszélgethetek vele.	70,7	1,5	67,8	3,3	71,7	4,1	42,9	28,6
12. Az emberek észreveszik, hogy nemcsak alkalmas/képes vagyok dolgokra, hanem meg is tudom csinálni őket.	57	0,8	53,1	0	70,6	2,6	57,1	0
13. Független vagyok és céltudatos.	52,3	2,6	36	2,4	59,5	5,2	0	0
14. Hiszem, hogy az élet olyan lesz, amilyenné mi magunk tesszük.	55,9	3,6	54	0	65,3	2,2	71,4	0

Forrás: saját számítás

2. táblázat. A telepen és szakellátásban élők rezilienciájának összehasonlítása életkori bontásban

A telepen és szakellátásban élő 18 évnél fiatalabb megkérdezettek társas kapcsolatrendszere és társadalmi hálózata között éles differenciáltság tapasztalható. A legszembetűnőbb, hogy a telepi körülmények között élő serdülők leggyakrabban családjuktól, édesanyjuktól kapnak emocionális, társas támogatást, ezzel ellentétben a szakellátásban élő megkérdezettek a kortárscsoport tagjaitól, még pontosabban a szakellátásban velük együtt élőktől és nevelőjüktől szerezhetnek társas támogatást. Az evidencia, hogy a kortárs csoportoknak igazán befolyása van tinédzserkorban, azonban az empirikus adatok alapján megállapítható, hogy a szakellátásban élő kamaszok számára az átlagostól is nagyobb befolyásoló erővel rendelkezik a kortárscsoport. Velük együtt járnak iskolába, rendszerint együtt is laknak intézményi keretek között, a mindennapi élet kihívásait, élményeit együtt élik át, és nem utolsó sorban társas támogatást is egymástól kaphatnak. Ezt támasztja alá a 11. kijelentés szignifikáns magas aránya (67,8%), mely szerint a szakellátásban élő serdülők könnyen találnak olyan személyt, akivel interakciók révén támogatást kaphat. De ez a támogató személy – nyilvánvalóan – nem az édesanyja vagy az édesapja, hanem gondozójuk, nevelőjük, gyámjuk, stb. Ugyanakkor, azok a kortárscsoportok, melyekkel ezek a megkérdezettek közelebbi interperszonális viszonyba léphetnek, számos esetben hasonló családi háttérrel rendelkeznek, vagy akár deviáns magatartásúak, stb. Ezzel a kapcsolati tőkével sajnos inkább káros támogatást szerezhetnek, ami a társadalmi, gazdasági pozíciójukat könnyen veszélyeztetheti és természetesen egészségi állapotára is kedvezőtlenül hat (Eisenberg, Lipson és Posselt, 2017). Mindez pedig direkt formában kihat egészségattitűdjükre és egészséggel kapcsolatos viselkedésformájukra is – károsan (Németh, 2007).

A „független és céltudatos vagyok" 13. kijelentés során újból meghatározó különbség operacionalizálható a telepi és szakellátásban élő 18 évnél fiatalabbak körében. A 2. táblázat eredményei tisztán mutatják az eltérést, mely szerint a telepen élő tinédzserek nem sokkal több, mint a fele (52,3%), a szakellátásban élő hasonló korúaknak pedig csak csupán egyharmada (36%) vallotta azt, hogy rá határozottan igaz a fenti kijelentés. Úgy tűnik, hogy még a rossz családi háttér is magabiztosabb identitást, én-tudatot, pozitív önértékelést képes biztosítani a serdülők számára, mint az intézményi szocializációs keret.

Összefoglalva, a telepi körülmények között élő tinédzserek rezilienciája jobb, mint a szakellátásban kamaszoké. Kicsit pontosabban, a személyen belüli reziliencia szignifikánsan erősebb a telepi körülmények között élőknél, azonban a szakellátásban élők környezeti rezilienciája kismértékben jobb. A családi háttér – még ha kedvezőtlen szociokulturális feltételeket biztosít is – nagyobb pszichés biztonságot garantál a megkérdezetteknek, mint az intézményi szocializációs struktúra (Christensen és Mikkelsen, 2008). Általánosságban tehát elmondható, hogy a szakellátásban élő tinédzserek nagyobb biopszichoszociolális rizikófaktoroknak vannak kitéve, mint a telepen élő hasonló korú társaik.

A fenti megállapítást támasztják alá az is, hogy a szakellátásban élők szerint barátaik már több esetben cigarettáztak és maguk a megkérdezettek is dohányoznak (Balázs és Pikó 2016). Hasonló tendencia mérhető az alkohol- és drogfogyasztás tekintetében is ugyanebben az alcsoportban. Természetesen a dohányzás, a kábítószer- és az alkoholfogyasztás szokásainak empirikus mérésénél minden esetben rendkívül körültekintően kell eljárni, mert itt a látencia (rejtőzködés) figyelemre méltó mértékű (Engle, Castle és Menon, 1996; Németh, 2007). Főként a tinédzserek között tapasztalható extrémitás, akik kirívóan leplezik vagy esetenként túlértékelik ezek fogyasztását (Aronowitz és Morrison-Beedy, 2004). Alapvetően a minden empirikus kutatás azt támasztja alá, hogy a nagyobb társas támogatásban részesülő fiatalok vagy fiatal felnőttek egészségmagatartása és egészségattitűdje kedvezőbb, mint akik kevesebb pszichés védelmet kapnak (Hamvai és Pikó, 2009). Az egészségi egyenlőtlenségek statisztikailag mérhetőek a telepi körülmények és a szakellátásban élő tinédzserek és fiatal felnőttek között az előbbiek javára.

Összefoglalva, a telepi körülmények között élők társas kapcsolathálózata nagyobb támogatást, védelmet képes biztosítani, mint a szakellátásban élők interperszonális viszonyai (Pikó és mtsai 2015; Dahl és Malmberg-Heimonen, 2010; Kooiker és Christiansen, 1995; Williams, 1995; David, 2003). Ez a tény mindkét alcsoport egészségmagatartásának mintázatát szignifikánsan meghatározza, amit későbbi, longitudinális vizsgálatokkal szükséges majd mérni.

Irodalomjegyzék

1. Aronowitz, T. – Morrison-Beedy, D. (2004): Resilience to risk-taking behaviors in impoverished African American girls: The role of mother–daughter connectedness. *Research in Nursing és Health, 27*, 29−39.
2. Balázs Máté Ádám – Pikó Bettina: Szociális hatások a serdülőkori dohányzásban: a szociális háttér, a család és a kortársak szerepe. *Magyar Pedagógia*, 116:(1) pp. 73-89. (2016)
3. Böckerman, P. – Johansson, E. – Helakorpi, S. – Uutela, A. (2009): Economic inequality and population health: looking beyond aggregate indicators. *Sociology of Health & Illness*, 31: 422–440.
4. Christensen, P. – Mikkelsen, M. R. (2008): Jumping off and being careful: children's strategies of risk management in everyday life. *Sociology of Health & Illness*, 30: 112–130.
5. Csibi Sándor – Pikó Bettina – Csibi Monika – Randy M Page (2016): Életcélok és aspirációk összefüggéseinek vizsgálata egészségmagatartási tényezőkkel serdülők csoportjában. In: Csibi Monika – Csibi Sándor (szerk.): *Aktuális*

kérdések és alkalmazások az orvosi pszichológia területéről. Kolozsvár, Ábel Kiadó, 12-27.
6. Dahl, E. – Malmberg-Heimonen, I. (2010): Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of Health & Illness*, 32: 1102–1119.
7. David, B. (2003): The use of quantitative medical sociology. *Sociology of Health & Illness*, 25: 115–130.
8. Eikemo, T. A. – Huisman, M. – Bambra, C. – Kunst, A. E. (2008): Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30: 565–582.
9. Eisenberg, Danie – Lipson, S. K. – Posselt, J. (2017): Promoting resilience, retention, and mental health. *College Student Mental Health*, 156: 87-96.
10. Engle, P. L., Castle, S. – Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43, 621-635.
11. Fox, N. J. – Ward, K. J. (2008), What are health identities and how may we study them? *Sociology of Health & Illness*, 30: 1007–1021.
12. Gordon, A.K. – Longo, R. M. – Trickett, M. (2012): Fostering Resilience in Children. *Bulletin*. 2:875–899.
13. Greeff, A. P. – van der Merwe, S. (2004): Variables Associated with Resilience in Divorced Families. *Social Indicators Research*, 1:59–75.
14. Hamvai, Cs. – Pikó Bettina (2009): Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: A pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia, 108,* (1), 71–92.
15. Karvonen, S. – Rahkonen, O. (2011): Subjective social status and health in young people. *Sociology of Health & Illness*, 33: 372–383.
16. Karvonen, S. – Rahkonen, O. (2011): Subjective social status and health in young people. *Sociology of Health & Illness*, 33: 372–383.
17. Kooiker, S. – Christiansen, T. (1995): Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour. *Sociology of Health & Illness*, 17: 495–524.
18. Kovács K. E., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17-46.
19. Kövesdi Andrea (2016): A reziliencia hatása a krónikus betegségekre. *Gyermekgyógyászat*, (67) 4: 225-230.
20. MacDonald, R. – Shildrick, T. (2013): Youth and wellbeing: experiencing bereavement and ill health in marginalised young people's transitions. *Sociology of Health & Illness*, 35: 147–161.

21. Mandleco, B.L. – Perry, C. (2000): An Organizational Framework Conceptualizing Resilience in Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. (13) 3: 99-111.
22. Mead, G. H. (1934): *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
23. Németh, Á. – Költő, A. (szerk) (2011): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf.
24. Németh, Á. (szerk.) (2007): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az iskoláskorú gyermekek felmérésének Nemzeti jelentése.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
25. Pataky, N. (2014): Megküzdés és tehetség. In: Fülöp Márta (szerk): *Stressz, megküzdés, versengés konfliktusok.* Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, 67-119.
26. Pikó Bettina – Tarkóné Strifler Anita – Sinyiné Nagy Éva – Almásiné Hegedűs Ildikó – Nagyné Klembucz Erzsébet (2015): Békés megyei Ifjúságkutatás 2004-2014: Egészségmagatartás, pszichikai egészség, értékpreferenciák. *Egészségfejlesztés*, 56. (5-6): 14-25.
27. Pikó Bettina (2002): Egészségszociológia. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
28. Pikó, Bettina (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
29. Stewart-Brown, S. (2006): *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
30. Stronks, K. – van de Mheen, L. D. – Looman, C. W.N. - Mackenbach, J. P. (1996): Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18: 653–674.
31. Williams, G. H. (2003): The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25: 131–154.
32. Williams, S. J. (1995): Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?. *Sociology of Health & Illness*, 17: 577–604.
33. Windle, G. (2011): What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21,*152-169.

Stressz, anómia és a rizikómagatartás

Takács Péter, Huszti Éva, Hüse Lajos

A fejezet célja a stressz, az anómia és a rizikómagatartás viszonyainak elemzése a telepi és szakellátásban élő fiatalok különböző korcsoportjaiban. A vizsgálat ténylegesen nem vállalkozhat a vizsgálat fókuszát adó csoportok (1. telepi 18 év alattiak; 2. telepi 19+ korcsoport; 3. szakellátásban élő 18 év alattiak; 4. szakellátásban élő 19+ korcsoport) összevetésére – különbségek és hasonlóságok feltárására –, hanem a telepi fiatalabb és idősebb, valamint a szakellátás fiatalabb csoportjaira kell korlátozódjon. Ennek oka, hogy a negyedik, a szakellátás idősebb csoportjába olyan kis elemszám tapasztalható, hogy annak elemzésbe vonása megfontolandó.

A fejezetben a három megjelölt részcsoport (1. telepi 18 év alattiak; 2. telepi 19+ korcsoport; 3. szakellátásban élő 18 év alattiak) viszonyainak stressz-, anómia- és rizikómagatartás-vizsgálatára kerül sor – igazodva a kötet Kovács Karolina Eszter és Szigeti Fruzsina által felállított elméleti megalapozásához (Kovács és Szigeti, 2017), amely az egészségmagatartás Keeler-Kaiser-féle modelljét mutatja be részletesen. Az itt vizsgált változók között mind az intraperszonális, mind az interperszonális faktorok megjelennek a kulturális és környezeti faktorok mellett a modell összetevőiként. Az így kialakult kép természetesen nem lehet teljes, a tanulmánykötet többi fejezetében tárgyalt modellelemek teszik azt teljesebbé.

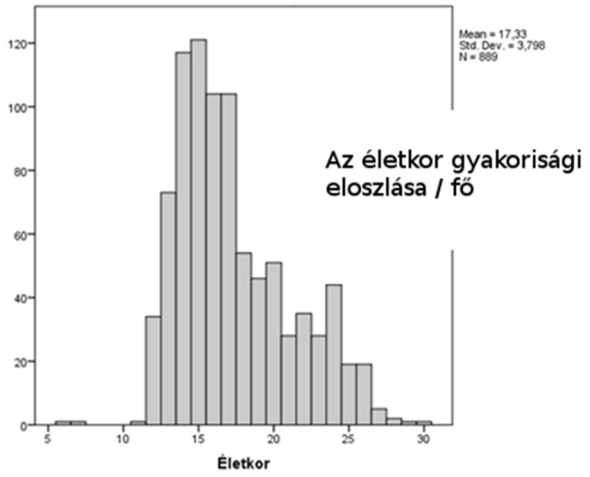
A szerzők itt bemutatandó, konkrétabb vizsgálati célja a megélt negatív életeseményekben tükröződő stressz, a belső anómia és a rizikótényezők teljes mintára vonatkozó arányainak feltárása; valamint a három részcsoport párosított összehasonlítása.

Az írás első része egy rövid betekintést nyújt a minta legjellemzőbb vonásaiba – célzottan kiegészítve a dolgozat többi fejezetében található hasonló részeket. Az ezt követő alfejezetekben rendre a stressz, az anómia és a rizikó témaköre kerül előtérbe – mind a teljes mintára, mind az egyes részcsoportok párosítására vonatkoztatva. A befejező rész egy összetettebb képet alakít ki az elemzések által feltárt eredmények összevonásával.

Anyag és módszer

Jelen vizsgálat (KAB-KT-16-25568) szegregátumokat feltáró összesen tizenkét települést érintett öt kistérségben, további települések (alacsony esetszámmal) összevontan jelennek meg a szakellátások rendszerén belül gyűjtött adatokban. A teljes minta nagysága 892 fő volt. A legtöbb válaszadó a Baktalórántházai kistérség lakosa (127 fő; 14,3%); a legkevesebben pedig Nyírmadáról kerültek a mintába (21 fő; 2,4%). Az egyes kistérségi adatok mögött több település összegzett eredményei jelentek meg. A mintával és a mintavétellel kapcsolatban pontosabb leírás jelen tanulmánykötet Hüse Lajos, Szoboszlai Katalin és Fábián Gergely által jegyzett fejezetében található (Hüse, Szoboszlai és Fábián, 2017).

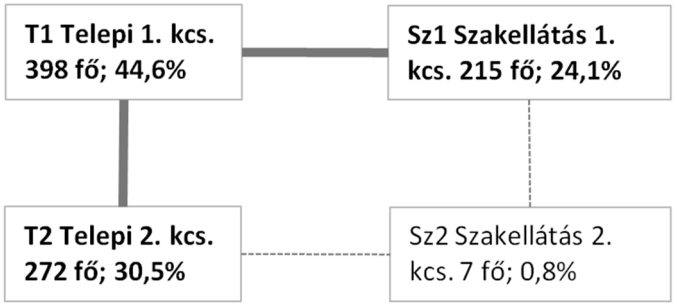
A mintaelemek a felmérés helye szerint két nagy csoportra bonthatók. A telepi gyerekek és fiatal felnőttek a minta 75,1%-át alkotják (668 fő); a szakellátásban élők pedig 24,9%-át (222 fő). A nemek tekintetében egyensúly tapasztalható: a fiúk aránya 49,8% (438 fő), a lányoké pedig 50,2% (442 fő). A teljes minta életkori átlaga 17,33 év (95% CI, 17,8-17,58 év); szórása 3,8 év. A legfiatalabb jelzett életkor 6 év, a legidősebb életkor pedig 30 év volt. A 12 év alattiak száma 3 fő volt; akik itt az elemzésekből nem lettek kizárva – a kis életkori szóródás jelzi, hogy ők igazán nem befolyásolják a kialakuló összképet. Az életkor eloszlása nem szimmetrikus, ferde képet mutat (1. ábra). Ezen okból, ahol lehetőség nyílt, ott a paraméteres elemzési módszerek mellett a megfelelő nemparaméteres vizsgálatok eredményei is szerepelnek a leírásban. A 18 évesek és a fiatalabbak a válaszadók 69,6%-át alkották (610 fő), az idősebbek aránya 31,4% (279 fő).



1. ábra. A minta életkori eloszlása

A vizsgálatok során a felmérés helye (telepi és szakellátás) és a megkérdezettek életkora (1. csoport: 18 évesek és fiatalabbak; 2. csoport: 19 évesek és idősebbek) alapján történtek további részcsoportokra bontások. A vizsgálati céloknak megfelelően kialakított almintákat a 2. ábra mutatja. A minta kétdimenziós bontása jelezte, hogy a szakellátás 2. korcsoportjába csak 7 fő esett. Mivel ez a kis elemszámú csoport nem nyújtana pontos és megalapozott képet az itt vizsgált kérdések tekintetében, így kutatói döntés alapján a mélyebb elemzések a továbbiakban csak a megfelelő elemszámmal bíró három részcsoportra vonatkoznak. Az alapmegoszlások viszont a hozzájuk tartozó statisztikai paraméterekkel együtt a teljes mintát figyelembe véve lettek lekérdezve.

Az egyes részcsoportok a tanulmány további részeiben a következő rövidítéssel szerepelnek: telepi 1. korcsoport **T1**; telepi 2. korcsoport **T2**; szakellátás 1. korcsoport **Sz1** (2. ábra).



2. ábra. A minta terület és korcsoport szerinti megoszlása. T1 telepi 1. korcsoport (-18); T2 telepi 2. korcsoport (18+); Sz1 szakellátás 1. korcsoport (-18); Sz2 szakellátás 2. korcsoport (18+).

Az iskolai osztályok tekintetében a legjellemzőbb a hetedik osztály (116 fő; 13,7%) – ez a 15-16 év körüli korosztály volt. A nyilatkozó középiskolások nagyrészt szakközép- (szakmunkásképző) iskolába jártak (64,9%, 170 fő); gimnazista 20,6% (54 fő); szakgimnáziumos 14,5% (38 fő). A minta 35,9%-a, 304 fő már nem járt iskolába a megkérdezéskor. A válaszadók átlagosan 16 éves korukban fejezték be tanulmányaikat. A már nem tanulók közel egyenlő arányban dolgoztak (32,5%); gyermeket neveltek otthon (32,8%) vagy munkanélküliek voltak (34,7%).

Az iskolai viszonyokat érintő kérdések elemzésével részletesebben Balogh Erzsébet és Hüse Lajos foglalkozott a kutatócsoportban; a további részletek az iskolai életre és az ahhoz köthető család viszonyokra (tanulmányi eredmények; tanulási nehézségek; segítségnyújtás) vonatkoznak (Balogh és Hüse, 2017).

A kérdőív rákérdezett a családi viszonyokon belül az apa/nevelőapa és az anya/nevelőanya iskolai végzettségére és foglalkozására is. Ezek tekintetében a már sok esetben igazolt kapcsolat tükröződött a mintában. A két szülői iskolai végzettsége és foglalkozása is közepesnél erősebb szignifikáns kapcsolatot mutatott (végzettség: Pearson r = 0,644; Spearmanrho = 0,652; foglalkozás: Pearson r = 0,723; Spearmanrho = 0,611; minden érték szignifikáns). A férfiakra és a nőkre (szülők) leginkább igaz rendre a befejezett 8 általános és a 8 osztálynál kisebb végzettség (43-46%; 26-26 %). Egy 2012-es telepi környezetben élő gyermekekre vonatkozó felmérés hasonló arányokat jelzett a csak nyolc osztályt végzettekre (49-52%; Sárváry és mtsai, 2012). A foglalkozás pedig jellemzően az alkalmazotti kör (31-32%) és a közmunka (30-24%). Az állástalanok aránya az országos átlag feletti (20-28%). Az országos adatok a munkanélküliségi rátára 4,5% volt a felmérés időszakában (KSH, 2017). A vállalkozói réteg a férfiak és a nők körében 3,5-1%. A családi kapcsolatok; bizalom a családi körben; szülői felügyelet és ellenőrzés témakörében a felmérés további eredményeit Láczay Magdolna és R. Fedor Anita mutatja be (Láczay és R. Fedor, 2017).

Eredmények

A fejezet elején kitűzött elemzési célok három nagy részben kerülnek bemutatásra. Minden alfejezet első lépésben a teljes mintára vonatkozó eredményeket ismerteti, majd a telepi két csoport összehasonlítása (T1-T2) kerül előtérbe, ezután pedig a két fiatal korosztály (T1-Sz1) összevetése következik.

1. Kockázati faktorok – Stressz a megélt életesemények tükrében

Egy ember életében sok olyan negatív életesemény következhet be, amelyek élethosszig tartó mély nyomot hagynak az esemény átélőjében. Fiatal korban talán még inkább igaz, hogy a megélt (és feldolgozott, vagy fel nem dolgozott) történés determináló hatásúvá válhat a kockázati magatartást illetően. Jelen kutatás – a karon folyó vizsgálatokra alapozva (Hüse, Huszti, Takács, 2016) –, a fiatalok által megélt életeseményeket a Holmes-Rahe skála fiatalokra alkalmazható változatának (Holmes és Rahe, 1967) redukált és kiegészített verziójával mérte (RÉS[1]); a

[1]A Redukált Életesemények Skála (RÉS) elnevezésű explorációs eszközt az eredeti Holmes–Rahe skála alapján került kialakításra abból a célból, hogy alkalmazása lehetőséget adjon a szociális területen dolgozó szakember számára, hogy nagyobb figyelmet fordíthassanak a vizsgált kérdésekre a szolgáltatástervezés, a prevenció és az esetkezelés során (Hüse, Huszti, Takács, 2016).

2012-es Magyar Ifjúság kutatás nyomán (Székely L., 2013; Székely A. ésmtsai, 2013). Míg az eredeti skála 37 fiatalokat terhelő életeseményt vett számításba, a Magyar Ifjúság 2012 kérdőíve ezekből nyolcat és még másik négy új kérdést illesztett a kérdőívbe. A Nyíregyháza Ifjúsága 2015 vizsgálat szintén egy redukált Holmes-Rahe skálát alkalmazott az említett országos ifjúsági felmérés tapasztalataira alapozva (Hüse, 2016).

A megélt negatív életesemények mintabeli arányait az 1. táblázat foglalja össze. Jelen kutatás válaszadói között leggyakrabban a baráttal/ barátnővel való szakítás fordult elő (43,9%). Az országos felmérés leggyakoribb helyzete a szülők munkahely elvesztése volt (14,3%). A táblázatban szereplő arányok egyik fontos jelzése, hogy a negatív életesemények sokszorosan jelennek meg jelen mérésben – lásd az arányok oszlopát az 1. táblázatban. Ezek közül is kiemelkedő az abortuszokra kapott rendkívül magas érték. A Nyíregyházi Ifjúság 2015 felmérés fiatal korcsoportjában 1,7%, az idősebb korcsoportban 1,4% volt az arány (Hüse, 2016). Más kutatások a roma nők körében hasonlóan magas arányokat mutatnak (Polónyi, 2011). Fontos azt is hangsúlyozni, hogy a vizsgált korcsoportban a szülők munkahely elvesztésének viszonylag alacsony említési aránya összefüggésben lehet a célcsoportra jellemző magas munkanélküliségi rátával is, azaz azért nem jellemző a szülők munkahely elvesztése, mert nincsenek jelen a munkaerőpiacon, vagy – egy másik lehetséges magyarázat alapján – a munkahely elvesztése olyan esemény ennél a rendkívül bizonytalan helyzetű társadalmi rétegnél, hogy azt a fiatalok már nem is érzékelik különleges eseménynek.

Az eredeti Holmes-Rahe skálának megfelelően az egyes megélt életesemények súlyosságuk alapján pontszámokkal súlyozhatók. Összegezve ezeket a pontokat a vizsgált egyének megélt életesemény pontszámai számíthatók ki. A teljes mintában átlagosan 134,04 ponttal rendelkeztek a megkérdezettek (95% CI 126,39-141,69; medián 103; minimum 0; maximum 605; szórás 116,426). Ezek a számítások azokat az egyéneket is magukba foglalják, akik nem jelöltek meg megélt életeseményt (0 pont). Azok átlaga, akik a felsorolásból legalább egy helyzetet megjelöltek, 163,78 pont volt (95% CI 155,93-171,64; medián 144; minimum 45; maximum 605; szórás 108,114). A Magyar Ifjúság 2012 hasonló kérdéseinek átlaga 150,56 pont volt (szórás: 107,453) (Hüse, Huszti és Takács, 2016).

	KAB 2017	MI 2012	KAB/MI
4. Szakítás baráttal/barátnővel.	**43,9%**	10,0%	4,39
1. Súlyos anyagi veszteség érte a családodat.	33,5%	12,1%	2,77
5. Súlyos betegség (neked vagy a családtagodnak).	30,3%	9,2%	3,29
3. Durva veszekedések voltak a szüleid között.	26,8%	12,4%	2,31
2. Elvesztette a munkahelyét a szülőd vagy a nevelőszülőd.	22,2%	**14,3%**	1,55
8. Elváltak a szüleid.	16,6%	13,6%	1,22
6. Rendszeresen lerészegedett a szülőd vagy a nevelőszülőd.	11,5%	7,3%	1,58
11. Abortuszod volt (vagy a partnerednek).	10,4%	1,0%	10,4 (!)
12. Meghalt az édesanyád vagy az édesapád.	8,7%	5,0%	1,74
7. A közvetlen környezetedben (család, barátok) öngyilkossági kísérlet az elmúlt 3 évben.	6,3%	3,6%	1,75
9. Rendszeresen megvertek, bántalmaztak a szüleid (nevelőszüleid).	5,6%	2,2%	2,55
10. Halállal végződő öngyilkossági kísérlet a közvetlen környezetedben. – A kis elemszám miatt nem összevethető adatok.	3,4%	48,5%	-

1. táblázat. Megélt negatív életesemények előfordulási arányai – Redukált Életesemény Skála, RÉS – KAB-KT-16-25568; Magyar Ifjúság 2012.

Az eredeti Holmes-Rahe skála három csoportot (0-149; 150-299; 300+) képez a pontok alapján – alcsoportokra osztva a mintát. A 2. táblázat ezt a besorolást mutatja be a „nullpontosokkal" és nélkülük. A táblázatok arányaiból látható, hogy a KAB-KT-16-25568 felmérésben („nullpontosok" nélkül rész) az alsó és a középső csoport esetében tükröződik egy közel tíz pontos eltérés: a jelen vizsgálatba került fiatalok között többen vannak, akik a 150-299 pontos kategóriába kerültek és kevesebben vannak olyanok, akik kevés negatív életeseményt éltek már át.

	0-val			0 nélkül			
csoport		KAB 2017	IFI 2012		KAB 2017		IFI 2012
0-149		63,3 %	86,5 %		***55,2 %***	<	***64,0 %***
150-299		27,6 %	9,3 %		***33,7 %***	>	***24,8 %***
300+		9,1 %	4,2 %		11,1 %		11,2 %

2. táblázat. A „Magyar ifjúság 2012" negatív életesemény pontszámok kategóriák szerinti eloszlása – nulla pontos eredményekkel és azok nélkül (%)

A megélt életesemények különbözősége a T1-T2 csoportokban

A két telepi életkori csoport RÉS átlaga (T1 átlag: 119,27; szórás: 106,714; N = 398; T2 csoport átlag: 168,31; szórás: 115,212; N = 272) szignifikánsan különbözik a mintában. A fiatalabb korosztály lényegesen kisebb megélt negatív élethelyzettel találkozott eddigi élete során, mint idősebb társaik (kétmintás t próba: t(668) = 5,654, p = 0,000; az átlagok közötti különbség: 49,035; Mann-Whitney U teszt: U(398,272) = 39994, Z = -5,759, p = 0,000). Hasonló eredmény adódott a három csoportba sorolt RÉS adatokra is (χ2(2, N = 670) = 23,527, p = 0,000).

A megélt életesemények egyezése a T1-Sz1 csoportokban

A telepi környezetben és a szakellátásban élő megkérdezettek azonos korcsoportjait összevetve nem adódott szignifikáns eltérés (T1 csoport átlag: 119,27; szórás: 106,714; N = 398; Sz1 csoport átlag: 118,76; szórás: 127,394; N = 215; kétmintás t próba: t(611) = 0,051, p = 0,960; az átlagok közötti különbség: 0,516; Mann-Whitney U teszt: U(398,215) = 40183, Z = -1,252, p = 0,211). A kereszttáblás elemzés viszont különbséget mutatott a két csoport között (χ^2(2, N = 613) = 9,570, p = 0,008). Az eloszlásokat figyelve a középső RÉS csoportok azok, amelyek legnagyobb mértékben eltérnek (7,8%), azaz a telepen élő 18 év alattiak lényegesen többen értek el 150-299 pontot.

	Megélt életesemény csoportok			Összesen
	0-149	150-299	300+	
T1	271	105	22	398
telepi 1. korcsoport	68,1%	26,4%	5,5%	100,0%
Sz1	151	40	24	215
szakellátás 1. korcsoport	70,2%	18,6%	11,2%	100,0%
különbség	2,1%	***7,8%***	5,7%	
χ^2(2, N = 613) = 9,570,	422	145	46	613
p = 0,008	68,8%	23,7%	7,5%	100,0%

3. táblázat. A két fiatalabb csoport megélt életeseményei.

II. Kockázati faktorok – Anómia

Az anómia fogalma több szinten is értelmezhető. Társadalmi szinten a közös társadalmi értékek és normák gyengülése; egyéni szinten pedig „a társadalom elvárt

céljai és az egyén lehetséges célelérő eszközei közötti ellentmondás nyomán kialakuló normanélküliség" (Murányi, 2000: 49-58; Merton, 1938, 1980; Andorka, 2006). Az anómia egyéni szintjének felmérésére a KAB-KT-16-25568 kutatás Murányi 2000. évi nevelőotthonban élő fiatalok körében végzett kutatásához hasonlóan a Srole-skálát (Srole, 1956) alkalmazta. Az egyes anómia kérdésekre adott válaszarányokat és átlagokat a 4. táblázat mutatja. Feltűnőek a táblázatban a teljes egyetértés negyven százalék körüli arányai.

A KAB-KT-16-25568 válaszok átlagaihoz kiszámított konfidencia intervallumok két esetben (Anómia 2, Anómia 5) tartalmazzák a 2000. évi felmérés átlagait; a többiben pedig ahhoz közel esnek. Ez az időben távoli kutatások párhuzamosságát, a hátrányosabb rétegek hasonló életfelfogását, a társadalmi környezetben való mozgáskör hasonló kiinduló alapjait tükrözik.

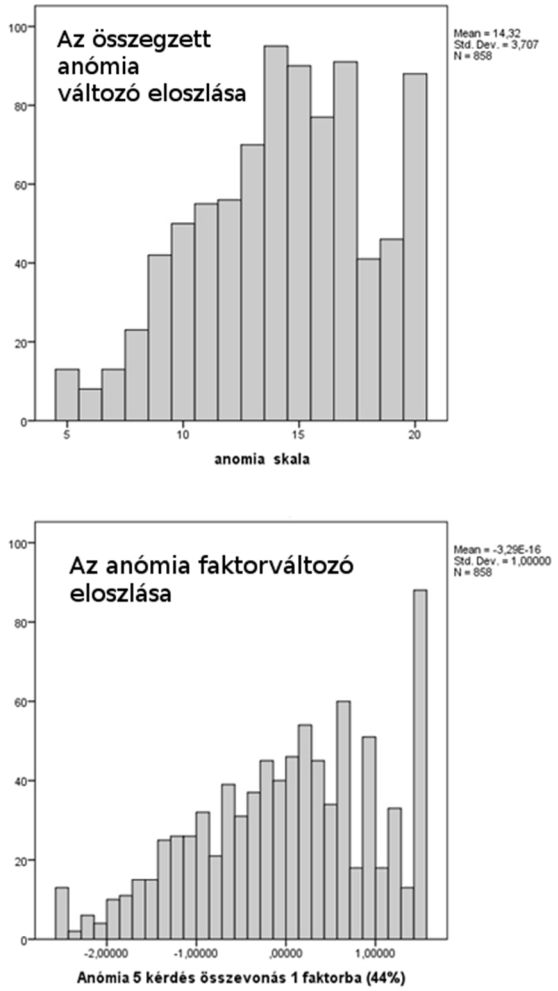
	Anómia 1 n=879	Anómia 2 n=874	Anómia 3 n=873	Anómia 4 n=870	Anómia 5 n=874
1 egyáltalán nem értek egyet	18,2%	13,8%	10,2%	18,2%	33,8%
2 inkább elutasítom	15,1%	18,6%	16,5%	18,6%	17,4%
3 inkább elfogadom	26,6%	24,6%	27,4%	21,5%	17,5%
4 teljesen egyetértek	40,0%	42,9%	45,9%	41,7%	31,4%
KAB 2017 átlagpont (95% CI)	2,90 (2,83-2,98)	2,98 (2,91-3,05)	3,10 (3,03-3,17)	2,87 (2,80-2,95)	2,46 (2,38-2,55)
Murányi 2000 átlagpont	3,24	*3,02*	2,67	2,60	*2,47*

Anómia 1: Mostanában nemigen tudja az ember, hogy kire számítson. Anómia 2: Nincs sok értelme a hivatalokhoz fordulni, az emberek baja nem igazán érdekli őket. Anómia 3: Mondjanak bármit, az emberek zömének egyre rosszabbul megy. Anómia 4: Ahogy a jövő kinéz, nem valami tisztességes gyereket a világra hozni. Anómia 5: Ma jobb, ha az ember csak a mának él, és nem törődik a holnappal.

4. táblázat. Az anómia kérdésekre adott válaszok aránya és átlagai a teljes KAB-KT-16-25568 mintában és Murányi István felmérésében (Murányi, 2000: 49-58).

Az egyes megkérdezettek anómia kérdésekre adott válaszait összegezve egy 5-20 pontértékű skála alakítható ki. Ennek eloszlását a mintában az 3. ábra bal oldalán szereplő grafikonja szemlélteti. Az összegzett változó átlaga a teljes mintában 14,32 (95% CI 14,07-14,57; medián = 15; szórás: 3,707). Az anómia kérdések összevonása főkomponens analízissel is megoldható. Az elemzésbe bevont öt változót egyetlen komponensbe vonta össze az eljárás (PrincipalComponntAnalysis; KMO = 0,745; Bartlett's Test of Sphericity p = 0,000). Ennek a változónak az eloszlását a 3. ábra jobb oldali grafikonja mutatja be.

Kérdés lehet, hogy melyik összevonást érdemes alkalmazni az anómia kérdések összevont és komplexebb elemzésére. Ennek megválaszolására több lehetőség is van. A 3. ábra grafikonjait összevetve látható a két eloszlás hasonlósága. A változók szoros kapcsolatát („együtt mozgását") a korrelációs elemzés módszerei szintén igazolták (Spearman féle rho:$r_s(857) = 0{,}995$, $p = 0{,}000$). Összegezve tehát elmondható, hogy jelen esetben a két összesítő változó egyenrangúnak tekinthető. A további elemzések az összegzett esetek változóját vizsgálják.



3. ábra. Az anómia kérdések összegzett és főkomponens analízis szerinti összevonásának eloszlásai

Anómia a T1 és T2 csoportokban

A vizsgálat foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy a két telepi csoportban (T1 és T2) az anómia jelenségét összegző változók átlagai egyformának tekinthetők-e vagy sem, azaz van-e különbség a telepi környezetben élő 18 év alatti és feletti fiatalok között a normák meggyengülésének észlelése között. A kérdés eldöntésre a kétmintás t-próba és a Mann-Whitney teszt egyaránt alkalmas. A számítások szerint mindkét eljárás szignifikáns különbséget mutatott a két csoport anómia átlagértékei között. A fiatalabb csoport esetében 1,425-el alacsonyabb anómia átlag (14,14; szórás 3,582) mérhető, mint az idősebbeknél (15,56; szórás 3,535) (t-próba: $t(641) = 4{,}991$, $p = 0{,}000$; Mann-Whitney U teszt: $U(378{,}265) = 38763{,}5$, $Z = 4{,}903$, $p = 0{,}000$).

Az egyes kérdéseket illetően az első négy anómia kérdésben különbség mutatkozott a T1 és T2 csoportok között. Az ötödikben viszont nem. Általános az a kép, hogy a fiatalabb T1 csoport még inkább bizakodóbb; nagyobb arányban választotta az alacsonyabb pontszámú válaszokat, mint az idősebbek (5-9. táblázatok).

	Anómia_1 Mostanában nemigen tudja az ember, hogy kire számítson.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább elutasítom	3 inkább elfogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1 telepi 1. korcsoport	81	56	115	139	391
	20,7%	14,3%	29,4%	35,5%	100,0%
T2 telepi 2. korcsoport	40	37	49	143	269
	14,9%	13,8%	18,2%	53,2%	100,0%
$\chi 2(3, N = 660) = 22{,}613$; $p = 0{,}000$	121	93	164	282	660
	18,3%	14,1%	24,8%	42,7%	100,0%

5. táblázat. Anómia 1 T1 és T2 csoportokban.

	Anómia_2 Nincs sok értelme a hivatalokhoz fordulni, az emberek baja nem igazán érdekli őket.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább elutasítom	3 inkább elfogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1 telepi 1. korcsoport	56	65	112	156	389
	14,4%	16,7%	28,8%	40,1%	100,0%
T2 telepi 2. korcsoport	26	37	47	158	268
	9,7%	13,8%	17,5%	59,0%	100,0%
$\chi 2(3, N = 657) = 23{,}769$; $p = 0{,}000$	82	102	159	314	657
	12,5%	15,5%	24,2%	47,8%	100,0%

6. táblázat. Anómia 2 a T1 és T2 csoportokban.

	Anómia_3 Mondjanak bármit, az emberek zömének egyre rosszabbul megy.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább elutasítom	3 inkább elfogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1	53	65	92	178	388
telepi 1. korcsoport	13,7%	16,8%	23,7%	45,9%	100,0%
T2	15	32	60	162	269
telepi 2. korcsoport	5,6%	11,9%	22,3%	60,2%	100,0%
$\chi 2(3, N = 657) =$	68	97	152	340	657
19,022; p = 0,000	10,4%	14,8%	23,1%	51,8%	100,0%

7. táblázat. Anómia 3 a T1 és T2 csoportokban.

	Anómia_4 Ahogy a jövő kinéz, nem valami tisztességes gyereket a világra hozni.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább el-utasítom	3 inkább el-fogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1	78	69	79	157	383
telepi 1. korcsoport	20,4%	18,0%	20,6%	41,0%	100,0%
T2	32	34	53	150	269
telepi 2. korcsoport	11,9%	12,6%	19,7%	55,8%	100,0%
$\chi 2(3, N = 652) =$	110	103	132	307	652
16,998; p = 0,001	16,9%	15,8%	20,2%	47,1%	100,0%

8. táblázat. Anómia 4 a T1 és T2 csoportokban..

	Anómia_5 Ma jobb, ha az ember csak a mának él, és nem törődik a holnappal.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább el-utasítom	3 inkább el-fogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1	124	77	65	122	388
1 telepi 1. korcsoport	32,0%	19,8%	16,8%	31,4%	100,0%
T2	80	39	42	106	267
2 telepi 2. korcsoport	30,0%	14,6%	15,7%	39,7%	100,0%
$\chi 2(3, N = 655) =$	204	116	107	228	655
5,852; p = 0,119	31,1%	17,7%	16,3%	34,8%	100,0%

9. táblázat. Anómia 5 a T1 és T2 csoportokban.

Anómia a T1 és Sz1 csoportokban

A telepi környezetben és a szakellátásban élő 18 év alatti korosztály esetén az anómia összegző változója szintén szignifikáns különbséget mutatott mindkét elemző módszerrel. A telepi T1 csoport esetében 1,032-el magasabb az anómia átlag (14,14; szórás 3,582), mint a hasonló korú, de szakellátásban élő Sz1 csoportban (13,11; szórás 3,716) (t-próba: t(584) = 3,293, p = 0,001; Mann-Whitney U teszt: U(378,2018) = 32508,5, Z = -3,481, p = 0,000).

Az egyes kérdések vizsgálata itt is részletesebb képet ad a különbségekről (10-14. táblázatok). Az első kérdés esetében a két csoport nem mutatott különbséget, az emberekben való bizalom hasonló értékelésűnek mutatkozott. A második kérdéstől számítva viszont különbségek láthatók. Az általános kép azt sugallja, hogy a telepi csoport az, ahol a nagyobb pontszámok (főleg a kérdéssel való teljes egyetértés) nagyobb arányban fordulnak elő, azaz a társadalmi normák meggyengülését jelző kérdésekkel a telepi környezetben élő 18 év alattiak nagyobb arányban értenek teljesen egyet.

	Anómia_1 Mostanában nemigen tudja az ember, hogy kire számíthatson.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább elutasítom	3 inkább elfogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1 telepi 1. korcsoport	81	56	115	139	391
	20,7%	14,3%	29,4%	35,5%	100,0%
Sz1 szakellátás 1. korcsoport	38	38	68	68	212
	17,9%	17,9%	32,1%	32,1%	100,0%
$\chi 2(3, N = 603) = 2,492$; $p = 0,477$	119	94	183	207	603
	19,7%	15,6%	30,3%	34,3%	100,0%

10. táblázat. Anómia 1 a T1 és T2 csoportokban..

	Anómia_2 Nincs sok értelme a hivatalokhoz fordulni, az emberek baja nem igazán érdekli őket.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább elutasítom	3 inkább elfogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
1 telepi 1. korcsoport	56	65	112	156	389
	14,4%	16,7%	28,8%	40,1%	100,0%
Sz1 szakellátás 1. korcsoport	37	61	52	60	210
	17,6%	29,0%	24,8%	28,6%	100,0%
$\chi 2(3, N = 599) = 16,620$; $p = 0,001$	93	126	164	216	599
	15,5%	21,0%	27,4%	36,1%	100,0%

11. táblázat. Anómia 2 a T1 és T2 csoportokban.

	Anómia_3 Mondjanak bármit, az emberek zömének egyre rosszabbul megy.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább el-utasítom	3 inkább el-fogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
1 telepi 1. korcsoport	53	65	92	178	388
	13,7%	16,8%	23,7%	45,9%	100,0%
Sz1 szakellátás 1. korcsoport	20	44	86	59	209
	9,6%	21,1%	41,1%	28,2%	100,0%
$\chi 2(3, N = 597) = 27{,}741$; $p = 0{,}000$	73	109	178	237	597
	12,2%	18,3%	29,8%	39,7%	100,0%

12. táblázat. Anómia 3 a T1 és T2 csoportokban.

	Anómia_4 Ahogy a jövő kinéz, nem valami tisztességes gyereket a világra hozni.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább el-utasítom	3 inkább el-fogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1 telepi 1. korcsoport	78	69	79	157	383
	20,4%	18,0%	20,6%	41,0%	100,0%
Sz1 szakellátás 1. korcsoport	47	58	54	52	211
	22,3%	27,5%	25,6%	24,6%	100,0%
$\chi 2(3, N = 594) = 17{,}777$; $p = 0{,}000$	125	127	133	209	594
	21,0%	21,4%	22,4%	35,2%	100,0%

13. táblázat. Anómia 4 a T1 és T2 csoportokban.

	Anómia_5 Ma jobb, ha az ember csak a mának él, és nem törődik a holnappal.				
	1 egyáltalán nem értek egyet	2 inkább el-utasítom	3 inkább el-fogadom	4 teljesen egyetértek	Összesen
T1 telepi 1. korcsoport	124	77	65	122	388
	32,0%	19,8%	16,8%	31,4%	100,0%
Sz1 szakellátás 1. korcsoport	87	35	45	45	212
	41,0%	16,5%	21,2%	21,2%	100,0%
$\chi 2(3, N = 600) = 10{,}669$; $p = 0{,}014$	211	112	110	167	600
	35,2%	18,7%	18,3%	27,8%	100,0%

14. táblázat. Anómia 5 a T1 és T2 csoportokban.

III. Kockázati faktorok – Rizikómagatartás

A KAB-KT-16-25568 kérdőívvel kapcsolatos rizikómagatartásra vonatkozó alapmegoszlások részletei a 10. fejezetben szerepelnek (Fucskó, 2017). Ezen fejezet elején néhány kiegészítő eredmény bemutatása történik meg; majd a T1, T2, Sz1 csoportok párosított vizsgálatainak eredményei kerülnek előtérbe.

A legális és illegális élvezeti szereknek a baráti körében történő előfordulását a 15. táblázat foglalja össze. Megfigyelhető, hogy a dohányzás gyakoribb előfordulása sokkal nagyobb arányú, mint a többi szeré. Ennek társadalmi, családi okai is lehetnek, hiszen a nagykorúság egyik jelzője mind a fiatal, mind annak családja számára is a dohányzás elfogadása, engedése. Az alkoholfogyasztás és főleg a részegség kisebb arányú. A válaszok alapján elmondható, hogy még ritkább a kábítószer megjelenése a baráti körökben.

	Szerinted hány barátod…			
	cigaretta	alkohol	részegség	kábítószer
1 egy sem	14,9	33,1	51,9	67,5
2 kevesen	13,2	19,0	21,1	13,9
3 néhányan	17,5	21,5	14,3	7,8
4 többség	27,6	15,3	6,2	4,4
5 mindegyik	26,8	11,1	6,5	6,4

15. táblázat. Legális és illegális élvezeti szerek használata a barátok körében.

A teljes mintában a válaszadó fiatalok 70,3% (619 fő) jelentette ki, hogy életében elszívott már legalább egy cigarettát (nem próbálta 29,7%, 261 fő).[2] A rendszeres dohányzás gyakoriságára vonatkozó kérdésre adott válaszok szerint nemdohányzó vagy már leszokott dohányos 33,6% + 11,4% = 44%. A többiek viszont valamilyen mértékben dohányoznak. A naponta legalább egy szálat elszívók aránya igen magas: 42,6% (355 fő) – Magyar Ifjúság 2012 felmérés 27%; Nyíregyháza Ifjúsága 2015 vizsgálat 15-18 évesek 16,7%, 19-29 évesek 28,5% arányokat jelzett (Hüse, 2016). A dohányzás mértéke, a naponta elszívott cigaretták száma is igen

[2] Egy „fejlődési" trend tükröződik a különböző felmérések alapján. 11 éves korban a telepszerű körülmények között élők körében SárváryAttila és munkatársai 24%-os kipróbálási arányt mértek (átlagpopuláció 14%; Sárváry és mtsai, 2012). 13 éves korban ez az arány 45% köré ér el (átlagpopuláció 38%). Jelen mérésben a fiatal középiskolások és felnőttek aránya már 70% körüli. Sándor János és munkatársai 18-29 éves korra 60%-os arányt állapítottak meg roma körben (Sándor és mtsai, 2017). A telepi és nem telepi vonatkozásban a telepiek korábbi életkorban történő dohányzás kipróbálása rögzíthető.

magas, átlagosan 15-16 szál. Majdnem egy teljes doboznyit szívnak el a dohányzó fiatalok naponta (átlag, 16,28; 95% CI 15,20-17,35; medián 15; szórás 10,193).

A részegségig való alkoholfogyasztás szintén erősen megjelenik a válaszokban. A legalább egyszer berúgók aránya 15,5% (137 fő), 2-3 alkalommal 18,5% (163 fő); 4-10 alkalommal 11,7% (103 fő); 10-nél többször 17,0% (150 fő) volt részeg. A válaszadók közel harmada (37,7%; 329 fő) jelentette ki, hogy még nem rúgott be. A rendszeres alkoholfogyasztás válaszai szerint naponta 1,9% (17 fő); hetente 5,1% (45 fő); havonta 12,2% (107 fő) fogyasztott alkoholt. Ez a válaszadók 19,2%-a.

Az elmúlt évi droghasználatot a 16. táblázat összesíti. A legnagyobb arányú a herbál, vagy biofű és a marihuána használata; ezen kívül kiemelkedő a gyógyszerek alkalmazása is (altató, nyugtató; alkohol gyógyszerrel). A Nemzeti Drog Fókuszpont által kiadott 2015-re vonatkozó éves jelentés (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2016) szerint a marihuána fogyasztás legjelentősebb az országban (18-34 éves korcsoport, 13,6%; 9-10. évfolyamon tanulók 18,6%). A herbál/biofű használata visszaszorulni látszott. Jelen kutatásban mutatkozó eltérések egyik fő oka valószínűleg anyagi tényezőkre vezethető vissza.

	Használtad-e (%)		**Milyen gyakran? (%)**		
	igen	**nem**	**szinte naponta**	**heti 1-2 szer**	**ritkábban**
herbál, biofű	**13,2**	86,8	21,5	14,0	64,5
altató, nyugtató (recept nélkül)	**5,7**	94,3	26,5	26,5	47,1
marihuána, hasis (fű, spangli)	**7,6**	92,4	15,4	13,5	71,2
LSD, gomba, meszkalin, más hallucinogének	2,1	97,9	16,7	8,3	75,0
amfetamin, metamfetain	1,6	98,4	22,2	22,2	55,6
ecstasy	2,2	97,8	0,0	7,7	92,3
kokain	1,5	98,5	0,0	33,3	66,7
crack	1,2	98,8	25,0	25,0	50,0
máktea	1,1	98,9	0,0	0,0	100,0
morfium, heroin	0,2	99,8	0,0	50,0	50,0
szerves oldószer (szipuzás)	3,5	96,5	17,4	30,4	52,2
doppingszerek, szteroidok	1,5	98,5	33,3	33,3	33,3
alkohol gyógyszerrel	**5,7**	94,3	7,9	23,7	68,4
fecskendővel bevitt drog	0,7	99,3	25,0	0,0	75,0
új „designer” drogok	1,8	98,2	7,7	23,1	69,2
más szer, pl:	1,3	98,7	8,3	0,0	91,7

16. táblázat. Előfordult-e az elmúlt egy évben, hogy használtad ezt a szert? Ha igen, milyen gyakran?

Egyénenként összesítve a droghasználat gyakoriságát elmondható, hogy egyetlen egy drogfajtát sem próbált a válaszadók 82,7%-a (627 fő). Rendre 1, 2, 3, 4, 5 féle drogot próbált 6,9% (52 fő); 3,3% (25 fő); 3,4% (26 fő); 1,2% (9 fő); 1,2% (9 fő).

A további elemzések és összehasonlítások érdekében az előző évi droghasználatra vonatkozó válaszok alapján új változókat volt célszerű kialakítani. Az egyik ilyen generált változó öt kategóriába sorolta a gyakoriságokat – összevonva a magasabb használat eseteit. Az eredmények szerint négy, vagy annál több szert használt a válaszadók 3,7%-a az elmúlt évben.

Ezekkel az adatokkal összecseng egy másik önálló kérdés is, amely arra kérdezett rá, hogy használt-e a válaszadó valaha az életben valamilyen kábító hatású anyagot. Nem, soha nem használt ilyen anyagot 74,7% (648 fő) – ami 8%-os eltérés az előző összesített eredménytől. Csupán egyszer tett ilyet 8,5% (74 fő) – az eltérés az előző választól 1,6%.

Dohányzás, alkohol és drog a T1 és T2 csoportokban

A telepi T1 és T2 csoportok dohányzás kipróbálásának tekintetében szignifikáns eltérést mutattak. A 17. táblázat jelzi, hogy a dohányzás kipróbálása a várt módon az idősebb korcsoportban szignifikánsan nagyobb arányú.

	Elszívtál-e már valaha legalább egy cigit (szivart, pipát)?		
	1 igen	2 nem	Összesen
T1	244	147	391
telepi 1. korcsoport	62,4%	37,6%	100,0%
T2	228	41	269
telepi 2. korcsoport	84,8%	15,2%	100,0%
$\chi^2(1, N = 660) = 39{,}093$,	472	188	660
$p = 0{,}000$	71,5%	28,5%	100,0%

17. táblázat. Elszívtál-e már valaha legalább egy cigit (szivart, pipát)?

	Jelenleg milyen gyakran dohányzol?					
	1 sosem és most sem	2 régen, de leszoktam	3 ritkábban mint hetente	4 hetente, nem naponta	5 naponta	Összesen
T1	144	40	27	20	125	356
telepi 1. korcsoport	40,4%	11,2%	7,6%	5,6%	35,1%	100,0%
T2	43	27	14	17	163	264
telepi 2. korcsoport	16,3%	10,2%	5,3%	6,4%	61,7%	100,0%
$\chi^2(4, N = 620) =$	187	67	41	37	288	620
$53{,}989, p = 0{,}000$	30,2%	10,8%	6,6%	6,0%	46,5%	100,0%

18. táblázat. Jelenleg milyen gyakran dohányzol?

A rendszeres dohányzás vagy a nem-dohányzás részleteit a 18. táblázat összegzi. Az elemzés jelzi, hogy a két életkori csoport eltérő szokásokat követ.

Az elszívott szálak tekintetében is szignifikáns különbség mutatható ki (t-próba: t(280) = 3,720, p = 0,002; Mann-Whitney U teszt: U(122,160) = 7734, Z = -3,036, p = 0,002) a telepi két korcsoport között. Az idősebbek átlagosan több szál cigarettát szívnak naponta (18,69; szórás 10,793; N = 160), mint a fiatalok (14,97; szórás 10,793; N = 160).

A részegségig tartó alkoholfogyasztásban is az idősebb korosztály a „tapasztaltabb" (19. táblázat) – az idősebb korosztályban nagyobb arányú a részegség és a többszöri berúgás.

	Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?					
	1 nem soha	2 igen, egyszer	3 igen 2-3-szor	4 igen 4-10-szer	5 igen, több mint 10-szet	Összesen
T1	169	61	67	40	55	392
telepi 1. korcsoport	43,1%	15,6%	17,1%	10,2%	14,0%	100,0%
T2	53	50	61	44	61	269
telepi 2. korcsoport	19,7%	18,6%	22,7%	16,4%	22,7%	100,0%
$\chi^2(4, N = 661) = 41,017$;	222	111	128	84	116	661
$p = 0,000$	33,6%	16,8%	19,4%	12,7%	17,5%	100,0%

19. táblázat. Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?

A kulturáltabb alkoholfogyasztás kérdése is szignifikáns különbséget mutat a telepen élő 18 éven aluliak és felüliek csoportjában (20. táblázat).

Az előző évi droghasználatra vonatkozó elemzés is szignifikáns különbséget mutatott a T1 és T2 csoportok között (t-próba: t(550) = -3,610, p = 0,000; Mann-Whitney U teszt: U(325,227) = 32599,5; Z = -3,538, p = 0,000). A fiatalabb csoport átlagosan kevesebb drogfajtát használt (T1 átlag 0,28; szórás 0,909), mint az idősebbek (T2 átlag 0,64; szórás 1,424). Az eredmények úgy is felfoghatók, hogy az előző évi kipróbált drogok száma megduplázódott az idősebbek esetében (T2/T1 = 0,64/0,28 = 2,29).

	Milyen gyakran fogyasztasz alkoholt úgy, hogy nem rúgsz be?					
	1 soha nem iszom	2 ritkán, de nem havonta	3 havonta	4 hetente	5 naponta	Összesen
T1	169	137	47	22	10	385
telepi 1. korcsoport	43,9%	35,6%	12,2%	5,7%	2,6%	100,0%
T2	79	128	43	13	6	269
telepi 2. korcsoport	29,4%	47,6%	16,0%	4,8%	2,2%	100,0%
$\chi^2(4, N = 654) = 16,400$;	248	265	90	35	16	654
$p = 0,003$	37,9%	40,5%	13,8%	5,4%	2,4%	100,0%

20. táblázat. Milyen gyakran fogyasztasz alkoholt úgy, hogy nem rúgsz be?

Ennél még szemléletesebb és részletesebb képet ad az összevont esetekre vonatkozó kereszttáblás elemzés (21. táblázat). A szereket nem használók aránya az idősebb korcsoportban 11,2%-kal kevesebb, mint a 18 éven aluliaknál és ezzel párhuzamosan növekszik a szerhasználók aránya a 19+-os telepi fiatalok körében. A korcsoportváltással tehát növekszik az egyre több drogot kipróbálók, használók köre.

	Előfordult-e az elmúlt egy évben, hogy használtad ezt a szert? Ha igen, milyen gyakran?					
	0	1	2	3	4+	Összesen
T1	284	18	11	3	9	325
telepi 1. korcsoport	87,4%	5,5%	3,4%	0,9%	2,8%	100,0%
T2	173	20	5	17	12	227
telepi 2. korcsoport	76,2%	8,8%	2,2%	7,5%	5,3%	100,0%
$\chi^2(4, N = 552) =$	457	38	16	20	21	552
22,867; $p = 0,000$	82,8%	6,9%	2,9%	3,6%	3,8%	100,0%

21. táblázat. Előfordult-e az elmúlt egy évben, hogy használtad ezt a szert? Ha igen, milyen gyakran?

Az előzőekhez hasonló különbség és az idősebbek nagyobb arányú szerhasználata mutatkozott a legalább egyszeri kipróbálás kérdésében is (22. táblázat).

	Használtál-e már valaha az életben valamilyen kábító hatású anyagot?					
	1 nem, soha	2 igen, egyszer	3 igen, 2-3-szor	4 igen, 4-10-szer	5 igen, több mint 10-szer	Összesen
1 telepi 1. korcsoport	313	24	18	7	21	383
	81,7%	6,3%	4,7%	1,8%	5,5%	100,0%
2 telepi 2. korcsoport	174	34	17	9	34	268
	64,9%	12,7%	6,3%	3,4%	12,7%	100,0%
$\chi2(4, N = 651) = 25,221;$	487	58	35	16	55	651
$p = 0,000$	74,8%	8,9%	5,4%	2,5%	8,4%	100,0%

22. táblázat. Használtál-e már valaha az életben valamilyen kábító hatású anyagot?

Dohányzás, alkohol és drog a T1 és Sz1 csoportokban

A T1 és Sz1 csoportok legális és illegális élvezeti szerek használata során az előzőekhez hasonló vizsgálati lépések a következő eredményeket tárták fel. A dohányzás kipróbálását és a rendszeres dohányzás gyakoriságát illetően nem mutatkozott szignifikáns különbség (23. és 24. táblázatok).

	Elszívtál-e már valaha legalább egy cigit (szivart, pipát)?		Összesen
	1 igen	2 nem	
T1	244	147	391
telepi 1. korcsoport	62,4%	37,6%	100,0%
Sz1	141	72	213
szakellátás 1. korcsoport	66,2%	33,8%	100,0%
$\chi^2(1, N = 604) = 0,858;$	385	219	604
$p = 0,354$	63,7%	36,3%	100,0%

23. táblázat. Elszívtál-e már valaha legalább egy cigit (szivart, pipát)?

A rendszeresen dohányzók a T1 csoportban átlag 14,97 szál cigarettát szívnak el naponta (szórás 9,192; N = 122); az Sz1 csoportban pedig 12,75 szálat (szórás 9,186; N = 63). A különbség két szál körüli, ami nem jelent szignifikáns különbséget, az átlagok eltérése a véletlennek tudható be (t-próba: $t(183) = 1,558$, $p = 0,121$; Mann-Whitney U teszt: $U(122,63) = 3179,5$; $Z = -1,946$, $p = 0,052$).

	Jelenleg milyen gyakran dohányzol?					Összesen
	1 sosem és most sem	2 régen, de leszoktam	3 ritkábban mint hetente	4 hetente, nem naponta	5 naponta	
T1	144	40	27	20	125	356
telepi 1. korcsoport	40,4%	11,2%	7,6%	5,6%	35,1%	100,0%
Sz1	91	27	14	11	64	207
szakell. 1. korcsoport	44,0%	13,0%	6,8%	5,3%	30,9%	100,0%
$\chi^2(4, N = 563) = 1,575;$	235	67	41	31	189	563
$p = 0,813$	41,7%	11,9%	7,3%	5,5%	33,6%	100,0%

24. táblázat. Jelenleg milyen gyakran dohányzol?

A T1 és Sz1 csoportok a mérték nélküli alkoholfogyasztás, a részegség gyakoriságának tekintetében sem különböznek (25. táblázat); viszont a mérsékelt alkoholfogyasztás adatai szignifikáns különbséget mutattak a két csoport között (26. táblázat). A T1 csoport szignifikánsan gyakoribb alkoholfogyasztásról számolt be.

	Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?					
	1 nem soha	2 igen, egyszer	3 igen 2-3-szor	4 igen 4-10-szer	5 igen, több mint 10-szet	Összesen
T1	169	61	67	40	55	392
telepi 1. korcsoport	43,1%	15,6%	17,1%	10,2%	14,0%	100,0%
Sz1	106	24	31	19	34	214
szakellátás 1. korcsoport	49,5%	11,2%	14,5%	8,9%	15,9%	100,0%
$\chi^2(4, N = 606) = 4,278$;	275	85	98	59	89	606
$p = 0,370$	45,4%	14,0%	16,2%	9,7%	14,7%	100,0%

25. táblázat. Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?

	Milyen gyakran fogyasztasz alkoholt úgy, hogy nem rúgsz be?					
	1 soha nem iszom	2 ritkán, de nem havonta	3 havonta	4 hetente	5 naponta	Összesen
T1	169	137	47	22	10	385
telepi 1. korcsoport	43,9%	35,6%	12,2%	**5,7%**	**2,6%**	100,0%
Sz1	118	69	16	9	1	213
szakellátás 1. korcsoport	55,4%	32,4%	7,5%	**4,2%**	**0,5%**	100,0%
$\chi^2(4, N = 598) =$	287	206	63	31	11	598
11,019; $p = 0,026$	48,0%	34,4%	10,5%	5,2%	1,8%	100,0%

26. táblázat. Milyen gyakran fogyasztasz alkoholt úgy, hogy nem rúgsz be?

Az előző évi droghasználat gyakorisága a t-próba esetében szignifikáns különbséget mutatott (t-próba: $t(522) = -2,013$, $p = 0,045$); a Mann-WhitneyU-teszt viszont nem ($U(325,199) = 30509$; $Z = -1,766$, $p = 0,077$). Az adatok azt mutatják tehát, hogy a telepi környezetben élő 18 év alatti csoport átlagosan kisebb arányú droghasználatot jelez (T1 átlag 0,28; szórás 0,909; $N = 325$), mint a szakellátásban élők ugyanezen korosztályba tartozók csoportja (Sz1 átlag 0,48; szórás 1,392; $N = 199$). A normalitás hiánya miatt a második teszt eredményét kell érvényesnek tekinteni; a csoportátlagok közötti eltérés tehát nem szignifikáns, inkább a véletlen műve.

Az előző döntést megerősíti az összevont esetekre vonatkozó kereszttáblás elemzés (27. táblázat); amely szintén a csoportok hasonlóságát támasztja alá.

	Előfordult-e az elmúlt egy évben, hogy használtad ezt a szert? Ha igen, milyen gyakran?					
	0	1	2	3	4+	Összesen
T1	284	18	11	3	9	325
telepi 1. korcsoport	87,4%	5,5%	3,4%	0,9%	2,8%	100,0%
Sz1	163	14	9	6	7	199
szakellátás 1. korcsoport	81,9%	7,0%	4,5%	3,0%	3,5%	100,0%
$\chi^2(4, N = 524) = 4,677$;	447	32	20	9	16	524
$p = 0,322$	85,3%	6,1%	3,8%	1,7%	3,1%	100,0%

27. táblázat. Előfordult-e az elmúlt egy évben, hogy használtad ezt a szert? Ha igen, milyen gyakran?

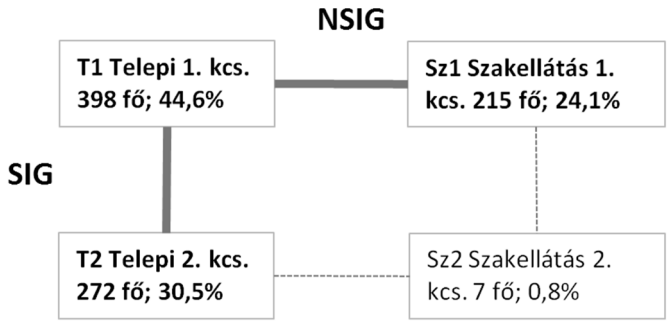
A témában utolsó, a szerhasználatra vonatkozó kérdésre adott válaszok szintén a T1 és Sz1 csoportok hasonlóságát tükrözik (28. táblázat).

	Használtál-e már valaha az életben valamilyen kábító hatású anyagot?					
	1 nem, soha	2 igen, egyszer	3 igen, 2-3-szor	4 igen, 4-10-szer	5 igen, több mint 10-szer	Összesen
T1	313	24	18	7	21	383
telepi 1. korcsoport	81,7%	6,3%	4,7%	1,8%	5,5%	100,0%
Sz1	154	16	11	9	20	210
szakellátás 1. korcsoport	73,3%	7,6%	5,2%	4,3%	9,5%	100,0%
$\chi^2(4, N = 593) = 7,901$;	467	40	29	16	41	593
$p = 0,095$	78,8%	6,7%	4,9%	2,7%	6,9%	100,0%

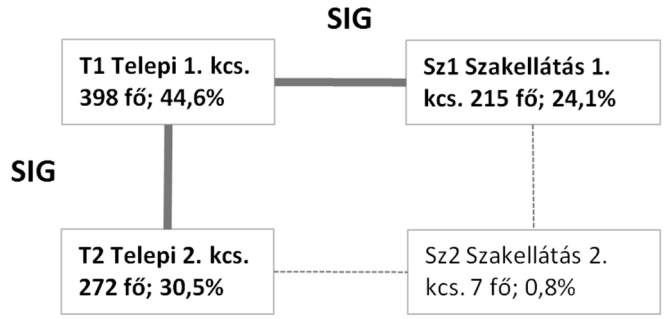
28. táblázat. Használtál-e már valaha az életben valamilyen kábító hatású anyagot?

Összefoglalás

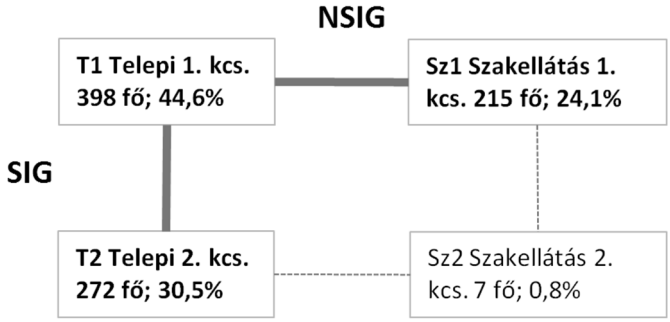
Milyen összkép tárul az olvasó elé, ha áttekinti a fejezet eredményeit? A következő ábrák (4-6.) segítenek ennek kialakításában. Az ábrákon az SIG jelzés a szignifikáns különbséget, az NSIG pedig a különbség hiányát hivatott jelezni.



4. ábra. Kockázati faktorok – Stressz a megélt életesemények tükrében.



5. ábra. Kockázati faktorok – Anómia.



6. ábra. Kockázati faktorok – Rizikómagatartás; dohányzás, alkohol és drog.

A 4-6. ábrák jelzi, hogy a telepi környezetben és a szakellátásban élő fiatalok csoportjai között a megélt életeseményi stressz és a rizikómagatartás tekintetében nem mutatkozott különbség. Egyedül az anómia kérdései jelentik az eltérést a két csoport között; ez nagy valószínűséggel külső, környezeti okokra vezethetők vissza. A telepi környezetben nagy valószínűséggel a serdülő korosztályra hamarabb tekint felnőttként környezete,jobban érzik saját bőrükön a társadalom működési problémáit, több tapasztalatuk van, mint más környezetben élő társaiknak.

A két telepi csoport életkorban különbözik, ami oka lehet a szignifikáns eltérseknek. Tanulmányunk mindhárom részében az idősebb korcsoport jelenti a negatívabb, a több életeseményt megélt, a drogokat nagyobb valószínűséggel kipróbáló, a világra elkeseredettebben néző fiatalokat.

Az országos Magyar Ifjúság 2012, a Nyíregyháza Ifjúsága 2015 és más felmérésekhez hasonlítva az elemzés eredményeit elmondható, hogy a vizsgált populáció az országos átlaghoz képest rosszabb képet mutat; feladatot adva ezzel a szociálpolitikai szakembereinek és döntéshozó politikusainknak.

Irodalomjegyzék

1. Andorka R. (2006): Bevezetés a szociológiába. Osiris, Budapest.
2. Balogh E., Hüse L. (2017): Az iskolai közérzet és a rizikómagatartás egyes aspektusainak összefüggései. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 91-112.
3. Hüse L., Szoboszlai K., Fábián G. (2017): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatás. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 7-16.
4. Fucskó M. (2017): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartása.In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 61-72.
5. Holmes, T. H.,Rahe, R. H. (1967): The SocialReadjusmentRatingScale. In: Journal of Psychosomatic Research, 11(2): 2013–221.
6. Hüse L. (2016): A fiatalok rizikómagatartása Nyíregyházán. In: ActaMedicinae et Sociologica7(20–21): 131-153.

7. Hüse L., Huszti É., Takács P. (2016): A gyermekvédelem peremén: Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására. Metszetek – társadalomtudományi folyóirat, 5:(4): 80-108.
8. Kovács K., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17-46.
9. KSH Gyorstájékoztató, Munkanélküliség, 2017. január–március. Elérhető: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/mun/mun1703.html (2017.06.15.)
10. Láczay M., R. Fedor A., (2017): A szabolcs-szatmár-beregi fiatalok bizalmi kapcsolatainak bemutatása kockázati tényezők elemzése alapján. Prediktorok és protektorok egy vizsgálat adatbázisának több dimenziós elemzésében. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. (szerk.): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 73-90.
11. Merton, R. K. (1938): SocialStructure and Anomie. American SociologicalReview, Volume 3, Issue 5. p. 672–682. http://www.d.umn.edu/ cla/ faculty/ jhamlin/ 4111/ Readings/MertonAnomie.pdf (2017.06.14.)
12. Merton, R. K. (1980): Társadalmi struktúra és anómia. InMerton, R. K: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Budapest, Gondolat. 321-391. elérhető: http://lakatos.free.fr/Tanitas/Szociologia/1felev/files/page55_6.html (2017.06.14.)
13. Murányi I. (2000): Nevelőotthonban élő fiatalok drogfogyasztása és értéktudata. In: Murányi I., Pénzes M., Barát K. (szerk.): Drog – család – érték. Nevelőotthonban élő fiatalok drogfogyasztása és értékrendje. Észak-Kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület, Nyíregyháza. 49-85.
14. Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (2016). 2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. Elérhető: http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/#2016 (2017.06.15.)
15. Polónyi É. (2011): Vélemények és tények az abortuszról a roma nők körében. Készült: Az Országgyűlés Ifjúsági, szociális, családügyi és lakhatási bizottságának megbízásából, 2011. Elérhető: http://www.parlament.hu/biz39/ isb /tan/abortusz_roma_nok/abortusz_roma_nok.htm (2017.06.14.)
16. Sándor J., Kósa Zs., Boruzs K., Boros J., Tokaji I., McKee M., Ádány R.: The decade of Roma Inclusion: diditmake a differencetohealth and use of healthcareservices? Int J Public Health. 2017 Mar 29. doi: 10.1007/s00038-017-0954-9.
17. SárváryA., Kósa Zs., Jávorné Erdei R., Gyulai A., Takács P., Sándor J., Sárváry A., Németh Á., Halmai R., Ádány R. (2012): Telepszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása Északkelet-Magyarországon. Népegészségügy 90:(4) pp. 230-245.

18. Srole, L. (1956): SocialIntegration and CertainCorollaries: An ExploratoryStudy. American SociologicalReview. 21.
19. Székely A. – Susánszky É. – Ádám Sz. (2013): Fiatalok kockázati magatartása. In: Székely L. (szerk.) (2013): Magyar ifjúság 2012. Kutatópont, Budapest: 179–210
20. Székely L. (szerk.) (2013): Magyar ifjúság 2012. Kutatópont, Budapest.

Személyes célok és reziliencia

Markos Valéria, Szoboszlai Katalin

Bevezetés

A reziliencia jelenségére a 60-as, 70-es években figyeltek fel a kutatók. Olyan gyerekeket és serdülőket vizsgáltak, akik stresszes szociális környezetben éltek (szegénység, gyakori családi konfliktus, szülők mentális betegsége), mely során körükben igen magassá vált a káros egészségmagatartások előfordulásának kockázata. A reziliencia jelenség arra világ rá, hogy egyes fiatalok e negatív hatások ellenére is képesek voltak ellenállni, fizikailag, pszichikailag, mentálisan és szociálisan egészséges, sikeres és eredményes felnőttekké váltak. A kutatási eredmények azt bizonyítják, a magas rezilienciával jellemezhető személyekre az alkoholfogyasztás, dohányzás és szerhasználat alacsonyabb foka jellemző (Kovács, 2015; Kovács és Szigeti, 2017)

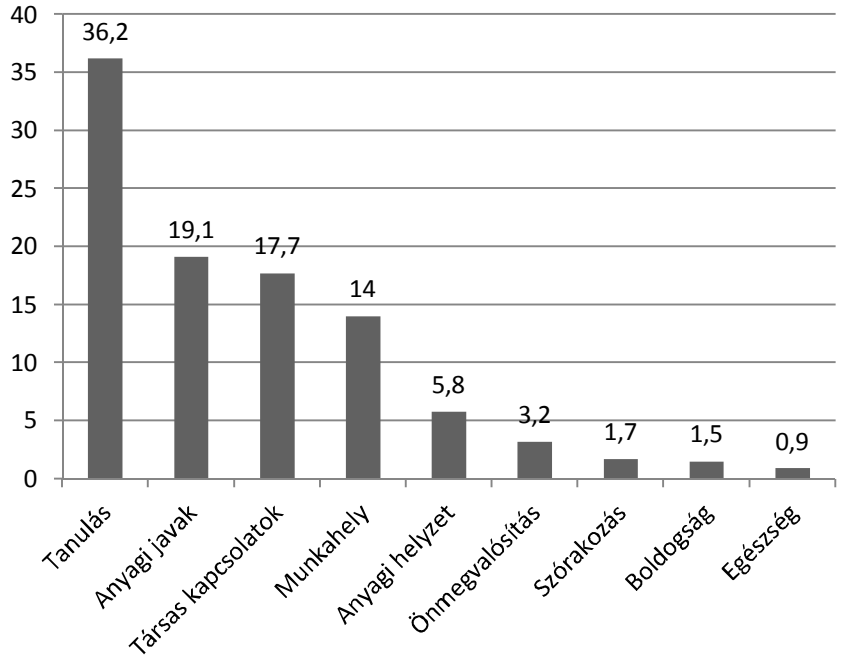
Tanulmányunk célja egyrészt, hogy feltérképezzük az általunk megkérdezett fiatalok legfontosabb személyes céljait a jövőjükkel kapcsolatban. A célokra nyitottan kérdeztünk rá, melyeket vizsgálatunk során magunk kategorizáltunk. A válaszokat sorrendjének is jelentőséget tulajdonítottunk, így első, második és harmadik célt különböztettünk meg. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy a reziliencia valóban protektív tényezőként van-e jelen a fiatalok életében. Vajon képes-e megvédeni az egyént az egészségre veszélyes, azt károsító kockázati vagy rizikó magatartásoktól, mint például a dohányzás, az alkoholfogyasztás vagy droghasználat. Vizsgáltuk azt is, hogy a reziliens fiatalok céljai vajon mennyiben térnek el kevésbé reziliens társaik személyes céljaitól. Vizsgálati módszereink alapmegoszlások, kereszttábla elemzés, varianciaelemzés és korreláció. Terjedelmi korlátok miatt tanulmányunkban csak a szignifikánsan összefüggő eredményeket ismertetjük.

Személyes célok vizsgálata

A személyes célok feltérképezéséhez, arra kértük a megkérdezetteket, hogy nevezzék meg három hosszú távú céljaikat, amelyeket a jövőben el szeretnének érni. A könnyebb értelmezhetőség érdekében, a kapott válaszokat kilenc kategóriává alakítottuk, melyek a következők: egészség, anyagi helyzet; anyagi javak, társas kapcsolatok, tanulás, munkahely, szórakozás, boldogság és önmegvalósítás.

- Az egészség kategóriába soroltuk azokat a válaszokat, mely az egyén egészségének megőrzését jelölik, mint a káros szenvedélyektől mentes, fizikai jólét és egészséges életvitelt.
- Az anyagi helyzet csoportban egyrészt a biztos megélhetést, másrészt a magas jövedelemmel összefüggő kívánalmakat soroltuk.
- Anyagi javak közé sorolhatóak a saját lakás, saját autó megléte, azonban mivel a megkérdezettek többsége 18 év körüli, így a jogosítvány megszerzését, mint célt (mely körükben igen jelentősen jelent meg) is ide soroltuk.
- A társas kapcsolatok kategória lefedi egyrészt a családi (jelenlegi és jövőbeli családalapítással kapcsolatos kívánalmak), másrészt a baráti kapcsolatokat, legyen az baráti vagy párkapcsolati viszony.
- A tanulás csoportba soroltuk a sikeres tanulmányok folytatását, egy szakma megszerzését és felsőoktatásban való továbbtanulást, diploma megszerzését.
- A munkahely tárgykörébe a munkahelyi elhelyezkedést, karrierépítést, munkahelyi sikerek kerültek.
- Szórakozáson értettük mindazt, ami az egyén számára kikapcsolódást jelent, mint a sport, utazás, vagy a barátokkal való szabadidő eltöltés.
- Boldogságon a jelenlegi és jövőbeli békés, nyugodt, boldog életet értettük.
- Az önmegvalósítás fogalomköre felölel egyrészt magatartás és személyiségbeli változást, másrészt egy olyan új élet kialakítását mely akár más településre vagy külföldre való költözéssel jár.

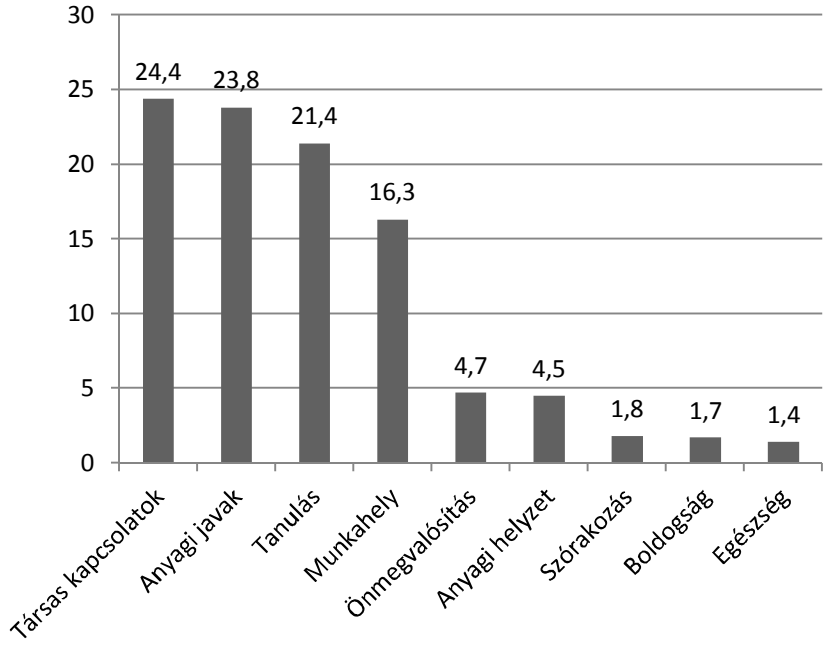
A kategorizálást követően sorra vettük, hogy hogyan alakulnak a kívánt célok fontosságuk szerint. Az 1. ábrán látható, hogy a fiatalok többsége számára az első és legfontosabb cél a tanulás (36,2%). Ez azzal magyarázható, hogy a megkérdezettek 68,6%-a 18 éven aluli, azaz tanköteles korú, így a velük szemben támasztott elvárt cél egyértelműen a tanulmányok folytatása. A tanulást, az anyagi javak megszerzése követi (19,1%), mint a saját lakás, autó, jogosítvány megszerzése. A harmadik helyen a baráti kapcsolatok kialakítása, megtartása, és családalapítás áll (17,7%). A fiatalok kis hányadának fontos a biztos megélhetés és magas jövedelem (5,8%), az önmegvalósítás (3,2%), a szórakozás (1,7%), a boldogság (1,5/) és az egészségének megőrzése (0,9%).



1. ábra Az első cél kategóriák szerinti megoszlása (N=810).

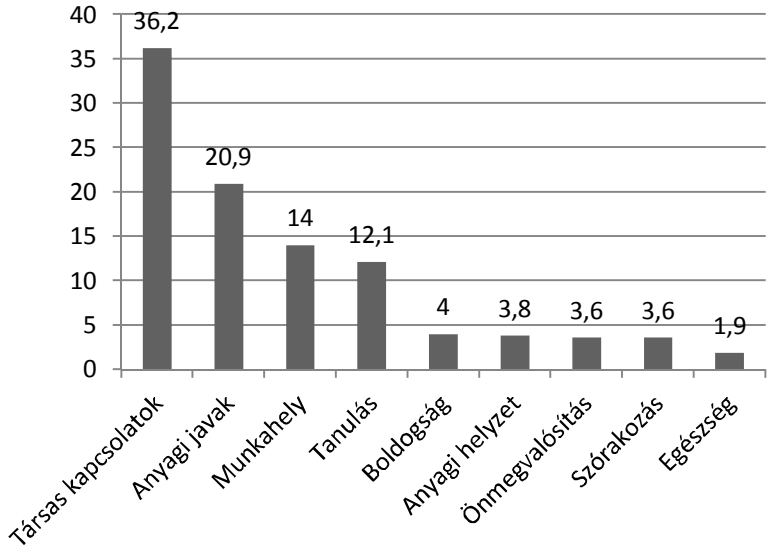
A következőkben megvizsgáljuk, hogy az első legfontosabb célhoz képest, mennyire mutat azonos mintázatot a második kitűzött cél (2. ábra).

Ha a 2. ábrát összevetjük a fentebb látható 1. ábrával, akkor megfigyelhetjük, hogy a rangsor elején található tanulást a baráti kapcsolatokra és családi meglétre való igény váltotta fel (24,4%). Míg az első cél esetén a fiatalok 19,9%-a tartotta fontosnak az anyagi biztonság megteremtését, a második cél esetén ennek igénye tovább nőtt, és a megkérdezettek 23,8%-a tartotta fontosnak azt. Mivel a megkérdezettek többsége jelenleg tanuló, így tanulás továbbra is fontos maradt számukra (21,4%). Azonban a fiatalok a munkaerőpiacra való belépés előtt állnak, így 16,3%-uk számára fontos, a jövőbeni jó munkahely, sikeres karrier kiépítése is. A 2. ábrán a rangsor ötödik helyére került az önmegvalósítás (4,7%), mely fontosabbá vált, mint a korábban ötödik helyen álló anyagi helyzet (4,5%). A további sorrend alakulásában az első ábrához képest nem történt változás. A fiatalok 1,8%-ának fontos a szórakozás, 1,7%-ának a boldogság és 1,4%-ának az egészség.



2. ábra A második cél kategóriák szerinti megoszlása (N=718).

A harmadik kitűzött cél esetén is megvizsgáljuk, hogy történt-e elmozdulás a kívánalmakban az első két célhoz képest (3. ábra). A rangsor első két helyén a 2. ábrához képest nem történt változás, hisz legfontosabbnak továbbra is társas kapcsolatok (36,2%) és az anyagi javak (20,9%/) bizonyultak. Azonban míg a társas kapcsolatok szerepe jelentősen nőtt, addig az anyagi javaké csökkent. A harmadik helyre a munkahely (14%), míg negyedik helyre a tanulás került (12,1%). Utóbbit összevetve az előző ábrákkal (1. ábra, 2. ábra) látható, hogy jelentősége lecsökkent. A rangsor vége felé haladva hasonló adatokkal találkozunk, mint korábban, hisz továbbra is kevésbé jelent meg célként a szórakozás (1,8%), a boldogság (1,7%) és az egészségük megőrzése (1,4%). A boldogság fontossága azonban valamivel fontosabbá vált mint korábban, hisz kétszeresére nőtt azok aránya, akik harmadikként a boldogságot említették.



3. ábra A harmadik cél kategóriák szerinti megoszlása (N=580).

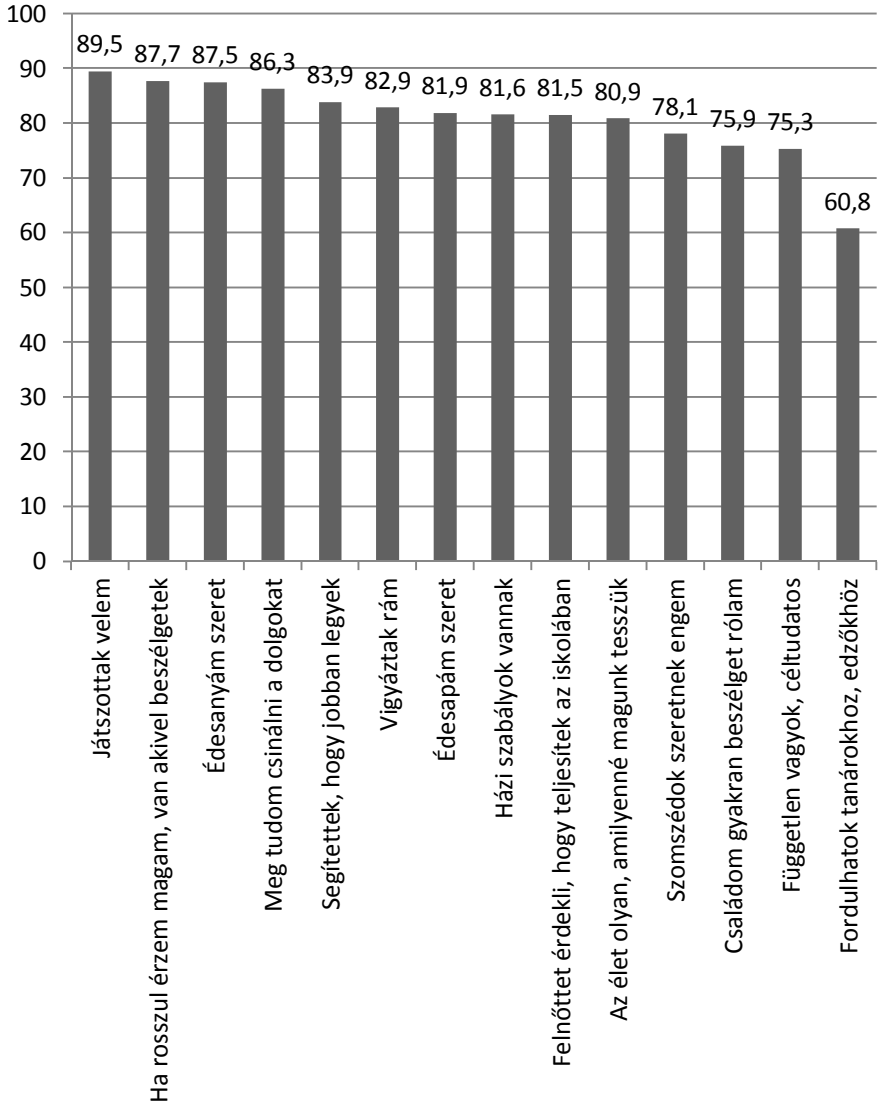
Ha a fiatalok által legfontosabbnak vélt három célt összevetjük az látható, hogy a tizenévesek korukból és kötelezettségeikből kifolyólag a tanulást helyezik az első helyre, melyet a családi biztonság és társas kapcsolatok követnek. A materiális célok, mint az anyagi javak megléte és a stabil anyagi háttér, illetve a magas kereset szintén jelentős hangsúllyal szerepel a céllistájukon, azonban ezen szükségletek kielégítését követően felerősödnek az olyan posztmateriális célok iránti vágy, mint az önmegvalósítás, szórakozás vagy egészség.

A reziliencia vizsgálata

A következőkben a környezeti reziliencia faktorokat vizsgáljuk, mely a megkérdezettek családját, iskoláját és környezetét, mint támogató kapcsolatokat foglalja magába. A fiataloknak 14 olyan itemet soroltunk fel (4. ábra), mellyel vizsgáljuk azt, hogy a reziliencia valóban protektív tényezőként van-e jelen, mely - a kutatások szerint - véd a negatív egészségügyi kimenetelektől vagy a szerhasználat kialakulásától (Kovács és Szigeti 2017).

A 4. ábrán látható, hogy a fiatalok jelentős hányadának volt és van olyan személy a szűkebb és tágabb környezetében, aki szeretik őt, gyermekkorában gyakran előfordult, hogy vigyázott rá és játszott vele, akivel megoszthatja

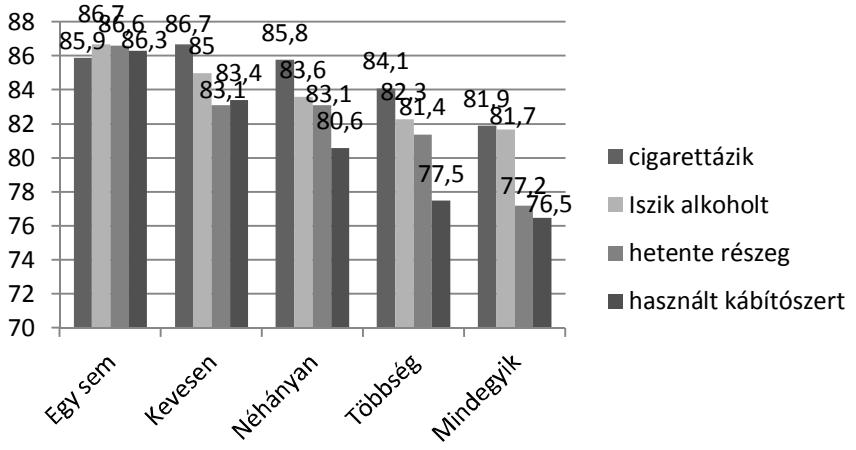
problémáit, akiben megbízik és bármikor beszélgethet vele, akihez fordulhat segítségért, és aki érdeklődik tanulmányi teljesítménye iránt. A fiatalok többsége magát függetlennek, céltudatosnak tartja és hiszi azt, hogy önmaga alakíthatja életét.



4. ábra A rezilienciát támogató környezet elemei (N=775).

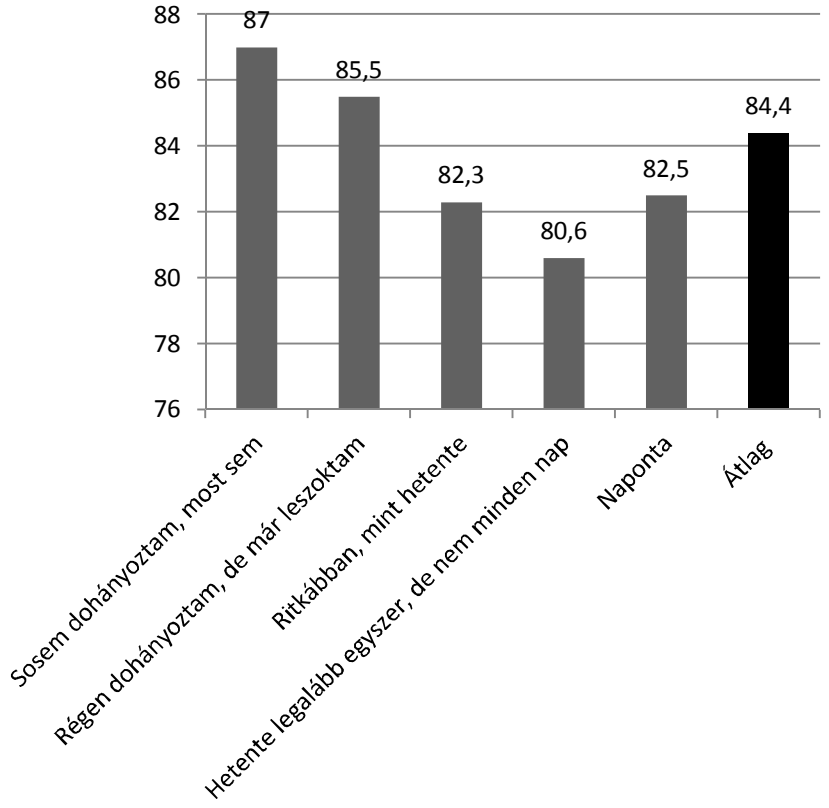
A megkérdezett reziliens fiatalok szignifikánsan (P=0,015) átlag (84,4) feletti arányban élnek telepi körülmények között (85), míg átlag alatti arányban szakellátásban (82,6). A reziliens fiatalok esetén nincs jelentős különbség a korcsoportok között. Azonban azokra a fiatalokra, akik telepi körülmények között élnek és fiatalabbak (18 és 18 éven aluliak) átlag (84,4) felett jellemző a rezeiliencia (86,1), mint ugyanebbe a korcsoportba tartozó, ám szakellátásba tartozó társaik(83,4) és idősebb szakellátásban (79) és telepi környezetben élő társaik esetén (82,7).

A 4. ábrán felsorolt 14 itemből létrehoztunk egy reziliencia indexet. Az indexet egy 100 fokú skálává alakítottuk, ahol 0 jelöli, ha egyáltalán nem reziliens az egyén, 100 pedig ha teljes mértékben reziliens. Elsőként arról kérdeztük a fiatalokat, hogy hány olyan barátja van, aki cigarettázik, fogyaszt alkoholt, rendszeresen részeg és használ valamilyen kábítószert. Az 5. ábrán látható, hogy azok a fiatalok tűnnek leginkább reziliensnek, akiknek egyik barátja sem, vagy kevés barátja cigarettázott, fogyasztott alkoholt, gyakran volt részeg és használt kábítószert. A cigarettázó barátok esetében az látható, hogy átlag (84,4) feletti rezilienciáról beszélhetünk akkor, ha egy barátja sem, kevés vagy néhány barátja cigarettázik. Az alkoholfogyasztás esetén akkor áll fenn átlag (84,5) feletti reziliencia, ha egy sem, vagy kevés olyan barátja van, aki fogyaszt alkoholt és egy olyan barátja sincs, aki hetente részeg. A kábítószer fogyasztás esetén hasonló eredmények mutatkoznak. Átlag (84,4) feletti rezilienciáról beszélhetünk, ha egy barátja sem használ kábítószert. Összességében kirajzolódik, hogy a reziliens fiataloknak több egészségtudatosabb barátja van, mint nem reziliens társaiknak.



5. ábra Reziliencia és a baráti kör dohányzó, alkoholt és kábítószert fogyasztó barátok száma (N=770) (P=0,003) (N= 766) (P=0,001) (N=767) (P=0,000) (N=770) (P=0,000).

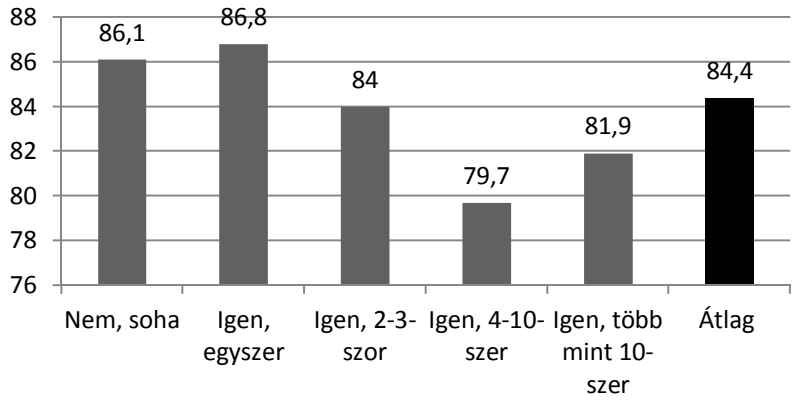
A következőkben már nem a barátok, hanem a megkérdezettek saját dohányzási szokásait vizsgáltuk. A 6. ábrán látható, hogy átlag feletti reziliencia jellemzi azokat a fiatalokat, akik sosem vagy a múltban dohányoztak, de ma már nem dohányosak. A megkérdezettek többsége sohasem dohányzott és jelenleg sem dohányzik, míg legalacsonyabb azok aránya, aki hetente legalább egyszer rendszeresen dohányoznak. Vizsgáltuk azt is, hogy naponta hány szál cigarettát szív el az egyén, azonban az adatok szignifikáns összefüggést nem mutattak a reziliencia és az elszívott mennyiség között. Azaz, az elszívott cigaretták száma független attól, hogy az egyén reziliens-e vagy sem.



6 ábra. Reziliencia és dohányzási szokások (N=291) (P=0,000).

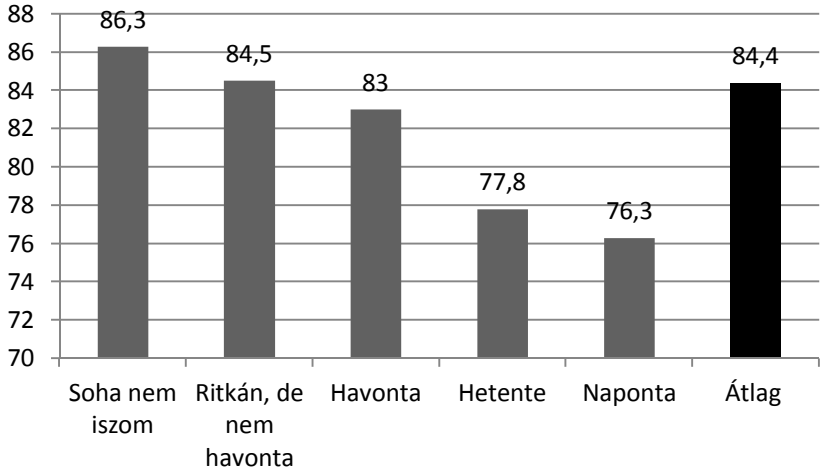
A 7. ábrán a reziliencia és alkoholfogyasztási szokásokat vizsgáltuk, azaz, hogy ivott-e már valaha annyi alkoholt a megkérdezett, hogy be is rúgott. Látható, hogy átlag feletti reziliencia akkor áll fenn, ha az egyén egyszer sem, vagy legfeljebb

egyszer rúgott be élete során. A fiatalok többsége életében egyszer már átesett a berúgáson, azonban legalacsonyabb azok aránya, akik minimum négyszer és maximum tízszer már berúgtak életük során.



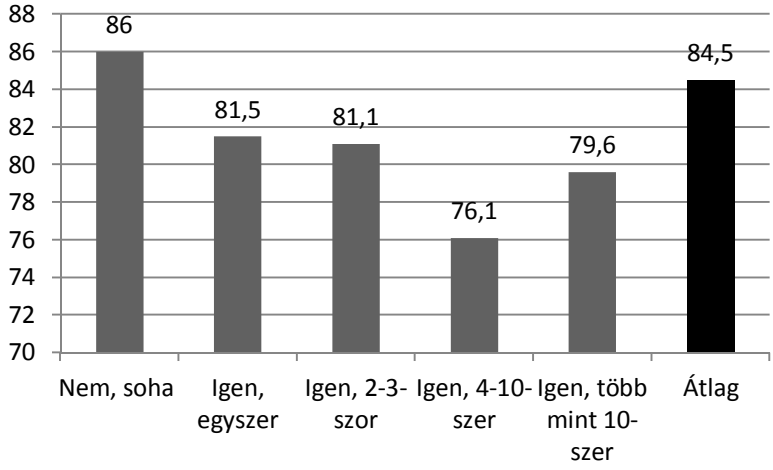
7. ábra Reziliencia és alkoholfogyasztási szokások (N=771) (P=0,000).

A fiatalok alkoholfogyasztási szokásaik kapcsán nem csak a nagyivást vizsgáltuk, hanem azt is, hogy milyen gyakran fogyasztanak minimális alkohol, azaz annyit, hogy nem rúgnak be (8. ábra). Az adatok rámutatnak arra, hogy az átlag felett reziliens fiatalok soha nem isznak, vagy ha isznak is, nem havi rendszerességgel alkoholt, míg a kevésbé reziliens fiatalok havonta, hetente vagy akár naponta fogyasztanak kisebb mennyiségű alkoholt.



8. ábra Reziliencia és az alkoholfogyasztás mennyisége(N= 765) (P=0,000).

Az alkoholfogyasztáson túl arról is kérdeztük a fiatalokat, hogy használtak-e már valaha az életükben valamilyen kábító hatású anyagot. Az 9. ábra alapján megfigyelhető, hogy átlag feletti a reziliens fiatalok aránya azok körében, akik még soha nem fogyasztottak kábítószert, és átlag alatti a reziliensek aránya azok között, akik legalább egyszer, de akár többször is kipróbáltak hasonló kábító hatású anyagot. A megkérdezettek többsége azonban még soha nem próbálta ki a kábítószert.

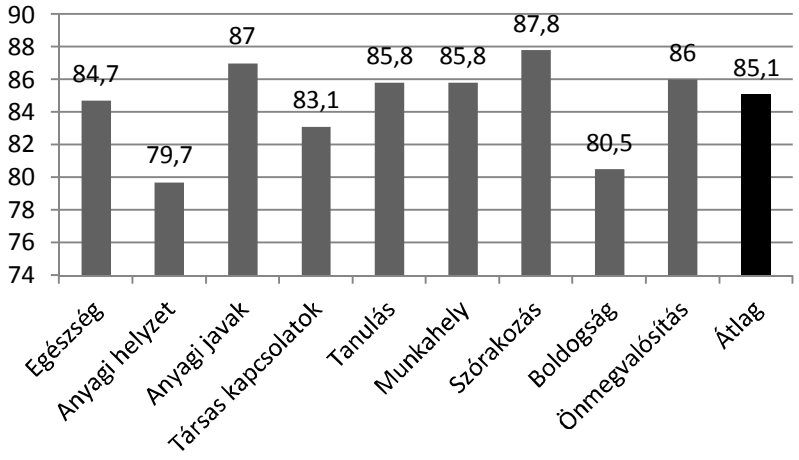


9. ábra Reziliencia és kábítószer használat (N=758) (P=0,000).

Összességében megállapítható, hogy a reziliencia és az egészségkárosító magatartás között (dohányzás, alkoholfogyasztás és droghasználat) szoros összefüggés mutatkozik. Az adatok rávilágítanak arra, hogy azok a fiatalok, akik támogató otthoni és iskolai környezetben élnek, egészségtudatosabbak, így az alkoholfogyasztás, dohányzás és szerhasználat alacsonyabb foka jellemző rájuk.

A személyes célok és a reziliencia kapcsolata

Tanulmányunk elején részletesen vizsgáltuk azt a három legfontosabb célt, melyeket a fiatalok az elkövetkezendő évek során el szeretnének érni. Fontosnak tartjuk azonban annak vizsgálatát is, hogy a reziliens és nem reziliens fiatalok céljai között milyen hasonlóságok fedezhetők fel. Az első és a harmadik megfogalmazott cél esetén a két csoport hasonló kívánalmakat nevezett meg. A megkérdezett célok közül egyedül a második legfontosabb cél és a reziliencia esetén tapasztaltunk szignifikáns különbséget (10. ábra).



10. ábra A személyes célok és a reziliencia kapcsolata (N=627) (N=0,026).

A 10. ábrán látható, hogy a reziliensek aránya azon fiatalok körében magasabb, akik célként a szórakozást, önmegvalósítást, anyagi javak megszerzését (ház, autó stb.), tanulást és továbbtanulást, a munkavállalást és karrierépítést tűzték ki célul. Úgy tűnik, mivel a reziliensek rendelkeznek támogató és védelmező közeggel, (anyagilag és lelkileg egyaránt) többet foglalkozhat olyan egyéni életcélokkal, mint az önmegvalósítás, szórakozás, tanulás vagy karrierépítés. Ugyanakkor az adatok azt mutatják, hogy a kevésbé reziliens fiatalok számára a társas kapcsolatok, a boldogság, az anyagi helyzet biztosítás valamint az egészség megőrzése a fő cél. Ennek oka a támogató közeg hiánya. Ugyanis egy protektív és támogató környezet nélkül az egyén bizonytalanná válik az élet számos területén, mint például a barátok, családtagok anyagi és lelki támogatásának hiányában. Majd rádöbben arra, hogy mindezt magának kell megteremtenie (anyagi biztonság, egészség megőrzése), így jövőbeni céljaként ezek kerülnek megfogalmazásra. Fontos számukra a családalapítás is, mely hozzásegítheti egy saját támogató és védelmező közeg megteremtéséhez.

Összegzés

Tanulmányunk elsődleges célja volt, hogy megvizsgáljuk azt, hogy a reziliencia vajon valóban protektív tényezőként van-e jelen a fiatalok életében és képes e megvédeni az egyént a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a droghasználattól. Az

eredményeink azt mutatják, hogy a reziliencia és az egészségkárosító magatartás között szoros összefüggés van. Azok a fiatalok, akik támogató otthoni és iskolai környezetben élnek, egészségtudatosabbak, így az alkoholfogyasztás, dohányzás és szerhasználat alacsonyabb foka jellemző rájuk. Ugyanakkor, ha az egyén számára nem adott a protektív és támogató közeg, az tovább növeli az egészségkárosító magatartások elsajátításának esélyét. Ez hozzájárul ahhoz, hogy olyan kapcsolatok kiépítésére tegyen szert a fiatal, mely meggátolja a védelmező közeg mielőbbi kialakítását. A reziliens és kevésbé rezliens fiatalok személyes céljai között is különbségek mutatkoznak. Ha adott a támogató környezet, az egyén nagyobb hangsúly tud fektetni az olyan céljaira, mint az önmegvalósítás, szórakozás, vagy karrierépítés, míg a kevésbé reziliens fiatalok tudatában vannak a támogató közeg hiányának, így maguknak és maguk köré kialakítják ezt a környezetet.

Felhasznált irodalom

1. Kovács K. (2015): A sportolás mint támogató faktor a felsőoktatásban. Oktatáskutatók könyvtára 2. Debrecen, CHERD.
2. Kovács K., Szigeti F. (2017): A serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok áttekintése. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17-46.

Rizikó- és protektív tényezők a szegregátumban: az élvezeti szerek használatának mérése kvalitatív módszerrel

Ludescher Gabriella

Bevezetés

E fejezet a 2017-ben végzett fókuszcsoportos interjúk eredményeit mutatja be. E kvalitatív módszer kiegészíti a fiatalok egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok kérdőíves vizsgálatát. A kérdések két fő blokk köré csoportosultak, az első az általános tájékozódás, a második a NIDA (National Institute on Drug Abuse) Family Check up kérdései voltak (lásd bővebben Hüse, Szoboszlai és Fábián 2017: 13. oldal). Kilenc fókuszcsoportos interjú készült, összesen 65 személy nyilvánított véleményt Szabolcs-Szatmár-Bereg négy településén: Csenger, Nyírmada, Baktalórántháza és Mátészalka. A települések közül három járásközpont egy pedig kisváros. A települések fő jellemzője, hogy szegregátummal rendelkeznek. A megkérdezett fiatalok és a szülők többnyire a szegregált településrészből lettek kiválasztva, a szakértők pedig a munkájuk során napi kapcsolatban állnak e városrész lakóival. Csengerbe két fókuszcsoportos interjú készült, egy a szülőkkel (N=9) és a másik a fiatalokkal (N=5). Nyírmadán ismét a fiatalokat (N=5) és a szülőket (N=10) kérdeztük meg, míg Baktalórántházán a szakértőkkel (N=10), szülőkkel (N=5) és a fiatalokkal (N=7) egyaránt sikerült fókuszcsoportos interjút készíteni. Mátészalkán a fiatalokkal (N=4) és a szakértőkkel (N=10) készült interjú. Szakértők közé soroljuk a család- és gyermekjóléti, esetkezelő, addiktológus, védőnő, támogató ellátásban dolgozó szakembereket, akik a mindennapi munkájuk során találkoznak veszélyeztetett családokkal és fiatalokkal.

Települések	Szakértők (fő)	Szülők (fő)	Fiatalok (fő)
Baktalórántháza	10	5	7
Csenger	-	9	5
Mátészalka	10	-	4
Nyírmada	-	10	5
Összesen	20	24	21

1. táblázat: Fókuszcsoportok helyszínei és személyei

Fókuszcsoport módszer alkalmazása

Vizsgálódásunkban bevont interjúalanyok a megkeresésük során csak annyi információt kaptak a kutatással kapcsolatban, hogy életminőségi vizsgálatot folytatunk a „cigánysoron" (az ott lakók megnevezése alapján). Fontosnak tartottuk, hogy a megkérdezettek ne legyenek felkészülve a vizsgálandó témára, így lehetőség nyílt arra, hogy a terepen lévő problémák maguktól lépjenek be a kommunikáció színterére és a beszélgetés során a csoport dinamikájának megfelelően újabb és újabb témát hozzanak a felszínre. Mint minden fókuszcsoportos interjú esetében nagyon fontos volt egy „fókuszt", illetve „gyújtópontot" találjunk. Ez a „gyújtópont" a vizsgálatunk során az életminőségre irányult, illetve a fiatalok esetében a szórakozási lehetőségekre az adott településen. A kérdések a blokkokhoz igazodtak, miden fókuszcsoportos interjú során voltak nyitó, bevezető, átvezető, kulcs és befejező kérdések.

Célként fogalmazódott meg, hogy az interjúk általános háttér-információkat gyűjtsenek a témában, potenciális problémákat tárjanak fel, valamint preventív jellegű megoldásokat keressenek.

Az interjúk elemzése és feldolgozása

Az interjúk elemzése átíratok alapján történt. Törekedtünk az interjúkat elhangzottak alapján rögzíteni és idézni, ez viszont néha nehezíti az interjúk megértését (interjúalanytól függő).

Többféle kvalitatív módszert alkalmaztunk, mint például: megfigyelést, narratíva, tartalom, társas interakció és csoport dinamika elemzést végeztünk el. A fókuszcsoportos interjúk során több személy megszólalásának elkülönítése, valamint az anonimitás megőrzése céljából azt a módszert dolgoztuk ki, hogy az első megszólalót mindig a latin ABC első betűjével jelöltűk, a következőt pedig az ABC második betűjével és így tovább. Ha egy témában többször is megszólalt, akkor visszatértünk arra a betűre, mellyel őt jelöltük. Az idézetekben az A vagy B vagy C személy nem egyezik meg más idézetek A vagy B személyeivel.

A fókuszcsoportos interjúk feldolgozása vertikálisan, azaz csoporton belüli és horizontálisan, csoportok közötti elemzési módszerrel készült. A vertikális elemzés esetében csoport szinten elemezzük, hogy mely témákban és értékelésekben születtek különbözőségek. Így minden csoportot külön elemeztünk az alapján, hogy az interjúalanyok, hogyan látják a fiatalok egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorokat. Horizontális vizsgálat esetében megnéztük, hogy a szülők csoportjai miben térnek el a fiatalok és a szakértők tapasztalataitól,

valamint a szakértők probléma szemléletük miben különbözik a szegregátumban élőkétől.

A három fő jellemzők mentén a következő csoportokat alakítottuk ki, melyeket vertikálisan vizsgáltunk:

1. Szülők csoportját
2. Szakértők csoportját
3. Fiatalok csoportját

Horizontális vizsgálat során a következő két-három csoport elemzési összehasonlítást végeztük.

1. szülőket a fiatalokkal
2. szülőket a szakértőkkel
3. fiatalokat a szakértőkkel

E csoportok egymásnak képesek olyan tükröt tartani, ahol generáció és helyzetbeli (szakértő) különbségek is megjelenhetnek. A csoportok szereplői kifejtik, hogy mit gondolnak a másik „oldal" hozzáállásáról, hogyan értelmezik a kommunikációt, a kapcsolatot, mennyiben érzik támogatónak/elfogadónak a másik csoportot.

A vizsgálat eredményei

Szülők elemzése

A vertikális vizsgálatunk során elsőként a szülők (édesanyák) a településükkel és a helyzetükkel kapcsolatos megítélésüket elemeztük. Baktalórántházán, Csengeren és Nyírmadán (összesen N=24) a legnagyobb problémájuknak azt látták, hogy a lakosság, de főként a cigányság körébe alacsony a foglalkoztatottság, valamint erősen diszkriminálva vannak, mind a munkaerőpiacon, mind a szabadidő eltöltésük tekintetében.

> *„(A személy) A fiataloknak szórakozási lehetőségük nincs, semmi, (B személy) Itthon maradnak, semmi nincs. (C személy) Semmit nem tudnak, itt semmi nincs. (D személy) Hát ez a probléma. (E személy) Itt nincs egy mozi, itt nincs egy diszkó, itt semmi olyan hely nincs, ahova a gyerekek elmehetnek, el lehet engedni egy 18 évest. (F személy) A kultúrháza se tart (programot), ahol egy központi hely lenne, (G személy) Oda be sem engedik őket. (A személy) Tudom! Azt mondom. Mert ha be is mennek, kizavarják őket! (B személy) Még a WC-re sem engedik őket. Mondjuk annyi, hogy ingyen internetezés, de csak 4 óráig. Minden nap, nem tudom hánytól hányig. (G személy) Na de amelyik olyan gyermek, azt kizavarják. Úgyhogy erről meg ennyit"* (Nyírmada szülők).

> *„(A személy) Romákat nem engednek be szórakozóhelyekre. (B személy) De ha van is rendezvény, akkor se engedik be, mert úgy van, hogy zártkörű. (C személy) De nem csak ide, hanem az uszodába se mehet be roma származású"* (Csenger szülők).

Heves indulatokkal telített beszélgetés, melyben egymást erősítik a szülők, hogy a cigány fiataloknak nincs lehetőségük kulturált szabadidő eltöltésre és mindemellett diszkriminálva is vannak a közösségi terekből.

A telepi, azaz szegregátumi környezet bemutatásának beszélgetése során a szülők említették a fiatalok és a fiatal felnőttek körében elterjedt pszichoaktív szerek használatának gyakoriságát. A droggal, alkoholizmussal, szexualitással kapcsolatos magatartások szoros összefüggésben állnak a kulturális és a környezeti faktorokkal. Az interjúalanyok a családnak vitathatatlan szerepet adnak, mely lehet védő vagy ártó.

> *„Hát vannak olyan szülők, akik...jön a nyár ugye. A gyereket reggel kiengedik majd este 10 órakor kiabálnak, hogy gyertek haza, addig amerre van arra van a gyerek...*"(Baktalórántháza szülő).

> *„Megpróbáljuk azokat jobb útra téríteni, akik nem jól viselkednek. És sok beszédnek sok az ára. Na most cigánytelepeken általában ez egy nagy család ez egy közösség. És akkor az egész cigánytelep 10 családból áll. A család tagok összefognak, mindenkit bevonnak, és akkor megpróbálják jobb útra téríteni azt aki eltévedt"* (Csengeri szülő).

A hátrányos körülmény, a szülők alacsony iskolai végzettsége, inaktív státusza a gyermekek nevelésében negatív hatással bír. A hátrányok halmozódnak, melyet már az ott élők is megfogalmaznak és próbálnak menekülési útvonalakat keresni.

> *„Hát még nincsen nyár, de már mivel kijött a jó idő, van két ház amibe nem laknak most a telepen, már azt gallyra vágták. Szétszedték, leszedték a tetőt, szedik a fát belőle, oszlopokat mindent. Ablakokat tördelnek, a múltkor innen a suliból vittek el egy gyereket a rendőrségre, mentek a szülőkért, hogy menjenek utánuk mivel ablakot törtek. Sokszor úgy beszélnek a tanárokkal, ahogy nem kéne"* (Baktalórántháza szülő).

Baktalórántháza szegregátumában a szülők elmondásuk szerint a fiatalok és a felnőttek körében olyan gyakori a biofű használatának elterjedése, hogy megóvni a következő generációt csak a szegregátumból való elköltözéssel lehetne.

„(A személy) A sógorom, ő mikor ott volt nálunk már úgy jött elő, hogy már be volt állva. Hát az mikor beesett nem kérte a kávét vagy a cigit, hanem neki támadt egyből a hűtőnek. Máskor pedig alig bír enni az a fiú, de ilyenkor kieszik egy hűtőt… (B személy) Ilyeneket lehet látni, mi is pont ezért költöztünk el inkább oda a feljebb ugye egy utcával a cigánytelepről, mint hogy ott maradjunk, igaz hogy ott fizettünk 40.000 de azt mondta a Miki is inkább fizessek 50.000 akkor is tudjuk azt, hogy nyugodtan vagyunk a családdal"(Baktalórántházai szülők).

A cigányközösség jól ismeri a szintetikus és kannabinoid alapú szerek használóit, azoknak a fogyasztói szokásait és a szer függőség okozta kínlódásokat. Emellett tisztában vannak az aktuális árakkal és azzal is, hogy milyen módszerrel teremtik meg hozzá a forrásokat.

„(A személy) A családjuk megy rá. A ruhát leveszik magukról, a tányért ha kell kiveszik a szekrényből, a kanalat, a poharat. Mindent. (B személy) Mindent. (C személy) Mindent. (D személy) Azt nem tudjuk kiveszi meg. Van úgy, hogy a munkásruhát kiadják…(E személy) A sógorom is azt csinálta. (B személy)…és eladják, Képesek eladni magukról a ruhát. Nem csak férfiak. (A személy) 10-ből 5-6 család ilyen. (B személy) a legszegényebbek használnak biofűvet….(A személy) eladnak mindent szarért húgyért, most akár mennyibe kerüljön, mondjuk megveszek most egy plazma Tv-t hát ő bekattan vagy akármi, akkor mán odaadja még ha kell 500 forintér is csakhogy az a fél adagja meglegyen, hogy tudjon beállni. (B személy) De az is max egy fél óra még van a hatása utána keresik a…van úgy, hogy elmennek a magyaroknál már hogy így kell mondanom lopni, és utána mennek eladni. (F személy) Már meg vagyunk szokva, mert már tudjuk ki milyen. (B személy) A felnőttek elfogadják viszont a gyerekek ennek látványába, hogy nőnek fel? Utána úgy is az lesz, hogy a te gyermeked is azt fogja csinálni…...hogyha ilyen körülménybe nő fel!" (Baktalórántházai szülők).

A csengeri fókuszcsoportos interjún az interjú alanyok közel se rendelkeztek annyi információval, minta a Baktalórántháziak, de ez még önmagában nem jelenti azt, hogy egyik szegregátum jobban fertőzve lenne kannabinoid szerekkel, mint a másik.

„(A személy) Mi csak azt mondjuk, amit hallunk. Mi nem láttuk, hogy milyen drog volt az. (B személy) Hát hogy drogoznak azok rendesen. Ez a füves cigi meg a speed. Ez a speed ez a mit tudok én mi ez. Ez a bogyó. A biofűtől is csúnyán be lehet állni. (C személy) Táncolnak, ugrálnak,

visonganak. (B személy) Hülyén viselkednek. (Többen) Mi rászólunk. (D személy) Addig mondják nekik míg el nem mennek" (Csengeri szülők).

A fókuszcsoportos interjúk is alátámasztják a szakirodalmi eredményeket (például Daw et al. 2015; Dékány et al. 2010), hogy a hátrányos szociális helyzettel és az alacsony társadalmi státussal jellemezhető városrészben élő, szegregálódott fiatalok körében magasabb a rizikómagatartások megjelenési aránya. A hátrányos helyzetű gyermekek körében a szexuális töltetű viselkedések koragyermekkori szakaszban már megjelenik. Az egyszobás lakóhely felerősíti a gyermekek viselkedésében a felnőtt életet jelképező viselkedésformák utánzását.

„(A személy) Egy kisfiú egy másik kisfiúval (szexelt). Igen. És nálam ez már kétszer történt meg. Nem figyelnek oda az oviban se már. Sajnos itt már látnak olyat a gyerekek is.(B személy) Szoba-konyha lakások vannak a cigánytelepen. (A személy) És a legtöbb szülő sajnos nem figyel oda arra a dologra, hogy a gyereke ne vegye észre, hogy mi történik.(C személy) Így van. (D személy) Vagy testvér van olyan. Fiú testvére vagy lány testvér, akinek már barátnője van vagy barátja van, akkor a kisebb gyerekek előtt is csinálja, ha kell oszt ennyi. (A személy) Ezt mondom én is. Igen. (B személy) Sajnos. (D személy) Mert kevés a hely, nincs külön szoba és ennyi. (C személy) Nincs gyerekszoba. (A személy) Az oviba sem történik olyan, ha a gyereke ezt nem látja valakitől, nem? .... (B személy) A biszexualitás is divat lesz. (A személy) Így van. Hát itt már egyébként a telep 98%-a biszex"(Csengeri szülők).

A szexuális élet hamarabb kezdődik és hamarabb vállalnak gyermeket is.

„(A személy) Hát én megmondom magának a mi időnkbe kezdtük 16, 17, 18 most meg megy 13, 14, 15. (B személy) Ház ez most fejlettség kérdése. (A személy) Én őszintén beszélek. Tapasztalt vagyok benne sajnos. Mer az én lányom is 15 évesen ment férjhez. És van 5 gyermeke és az 5 gyermek énvelem van és van rajtam két süket gyermek és 4 tartós beteg gyermek" (Baktalórántházai szülők).

„(A személy) Hát vagy van olyan, aki már 13 évesen már emberrel van, szül. (B személy) Hát meg igen nyolcadikos korára. Iskola le van téve, terhes, gyatra gyerek születik" (Nyírmadai szülők).

Az interjúk során az iskola faktorok, kortárscsoportok nagy szerepet kaptak. Az iskolatípus és az iskolai teljesítmény, mint magyarázó tényező jelenik meg, mind rizikó, mind protektív tényezőként.

„Én a saját tapasztalatomról tudok beszélni. Nekem van egy nevelt fiam, aki rendszeresen füvezett. Ez akkor kezdődött, ahogy ő elkerült Nyirmadáról továbbtanulni, addig tudtam féken tartani és miután egy olyan társaságba keveredett Vásárosnaményba, na ott elkezdődött az a füvezés dolog. Tehát ő nagyon sokáig. Ő most javítóintézetben van e miatt. Mert ugye tőlem nem kapott rá pénzt, valahonnan elő kellett ezt teremteni, és sajnos oda került. Hát nem volt mit tenni. Betört, lopott, stb, ilyeneket" (Nyírmadai szülő).

A kutatásunk alapján megfigyelhető, hogy a kortárscsoporthoz való igazodás eszközévé vált a káros szerek fogyasztása terén. Sajnos a települések nem tudnak kínálni a fiatalok számára változatos szabadidő-tevékenységeket, mely protektíven hatna a kortárscsoport egészség magatartására.

„(A személy) Nem árulják ők, hanem hozzák, aki a barátja annak adnak. (B személy) Meg úgy akarnak barátkozni. Hogy nekem ez van és kipróbálod? (Csengeri szülők).

„Az én gyerekemet csak a tanulás érdekli. 18 éves, jövőre érettségizik. A tanuláson kívül más nem érdekli. Képes egész éjszaka fent ülni tanulni. Csak ott a bibi, amit az előbb elmondtam. Itt ragadnak. Az anyagiak miatt" (Nyírmadai szülő).

A vizsgálatunk a szakirodalmi eredményeket erősíti, hogy a jó tanulmányi eredmény, a vallásosság, jó szülői kapcsolat protektív hatással bír a fiatalok magatartására. A szülők véleményei szerint azon fiatalok, akik vallásosak, eljárnak a vallási szertartásokra, azok nem isznak, nem fogyasztanak drogokat és jobban bekapcsolódnak a közösség életében (lásd bővebben e téma szakirodalmát Kovács Karolina – Szigeti Fruzsina, 2017 fejezetében).

„(A személy) Amióta van a gyülekezet és egyre többen járnak oda, azóta nem nagyon van ilyen drog probléma… (B személy) A közösségi házba is, minden héten csütörtökön hitgyülekezetet tartanak, ami szép számmal van. Olyan 30-40 fő minden héten. Szabad keresztények, úgyhogy ott sem drog sem alkoholfogyasztás nincsen" (Csengeri szülők).

A szegregátumban élők felismerték a prevenció fontosságát és azt, hogy a szülők az elhangzottakat otthon megerősítsék.

„A prevenciós nap. Az is itt a közösségi házban szokott lezajlani. Próbálunk olyan embereket, szakembereket hívni, akik szintén alkohol vagy drogfogyasztók voltak, ők is tartanak előadást. Én úgy gondolom, hogy azok az emberek, akik nem is csinálták még ezt elgondolkodnak azon, hogy elkezdjék vagy ne. De most is mondom, nem jellemző Csengerre drogfogyasztás" (Csengeri szülő).

Összegzésként a szülőkkel készített fókuszcsoportos interjúk során minden településen elhangzottak rizikó- és protektív faktorok. Rizikó faktorok a rossz családi körülmények és minták, alacsony szocioökonomiai státusz, melyhez kapcsolódik a szegregátumban található alacsonykomfort fokozatú lakókörülmények. Rizikó tényezőként jelennek meg a szakiskolák és a kortárscsoportok, ahol, akivel eltöltött időt a szülők nem képesek kontrolálni. Ehhez még erősen társul az iskola elvégezte vagy elhagyása utáni kilátástalansággal, munkanélküliséggel sújtotta jövőkép.

Protektív tényezők lehetnek: a szülői odafigyelés és a kontroll, a vallásosság, a tanulmányi célok és vágyak, szabadidő hasznos eltöltése, valamint prevenciós programok.

A szülők elmondása szerint Nyírmadában, Baktalórántházán jelenek meg a legerősebben a pszichoaktív szerek használata, míg Csengerben tudnak róla, hogy vannak ilyen problémák, de nem tartják jellemzőnek.

Fiatalok elemzése

A vizsgálat szempontunk továbbra is a vertikalitás maradt a fiatalok körében. Keresünk hasonlóságokat és eltéréseket, mely segít bennünket abban, hogy jobban feltárjuk a fiatalok egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorokat.

Négy település, Baktalórántháza, Csenger, Mátészalka és Nyírmada fiataljaival (összesen N=21) készült fókuszcsoportos interjú. Mátészalka kivételével a többi település fiatalja a szegregátumból származnak. Baktalórántháza esetében három fiatal a lakásotthonban él. A megkérdezettek vegyes csoportot alkottak és a korosztály 14 évestől 24 évesig terjedt.

A fiatalok számára a „gyújtó" kérdés az volt, hogy milyen az adott településen az élet és milyen szórakozási lehetőségek vannak. A szórakozási lehetőségek hiányosságának felvázolása után felvázolásra került, hogy a „nagy unalmat" mások mivel enyhítik.

„(A személy) Megjelenik drog buli nélkül is. Hát vannak, akik árulják, megveszik, jobban megveszik, mint a kenyeret. (B személy) Így van. (A személy) Pedig 3000-ért adják. Van speed, amiből ennyit adnak, mert csalnak, de most tényleg. Felütik mindennel amúgy meg nem is rendes drogot adnak csak azt mondják, hogy az. Amúgy Xanaxot mindent belekevernek. Na azt adják 3000-ért, meg árulják a biofűvet is. Azt ilyen kis fóliába adják, de amúgy össze-vissza dobálnak bele mindent. (C személy) Hát 500 Ft egy db, amúgy meg 2000. Függ a nagyságtól, a mennyiségtől. Egy ilyen cigi az 2000 Ft egy db. (A személy) De valamelyik amúgy nem attól függ mennyi a mennyiség hanem hogy milyen erős…. Tudják ki árulja. Én tudom mondjuk, hogy ki árulja – ezt most csak úgy mondom. Igen. Én mondjuk tudom, hogy melyik házba árulják, elmegyek oda, megkérdezik hányat kérek, én mondom, hogy csak egy grammot. Vagy hogy kell mondani? (B személy) Egyet oszt azt már tudják. (A személy) Egyet vagy kettőt odaadom a pénzt és adják. Ennyi. Elindulok a diszkóba. A diszkóba is igen van aki árulja. (B személy) A diszkóba ott már látjuk, hogy oda megy valaki és attól veszi. (Többen) Nagyon fogyaszt. Mindenki. (A személy) Nincs olyan ember, aki nem fogyaszt valamit. Itt a cigánysoron borzasztóan fogyasszák. Inkább jobban megy a füves cigi mert az hamarabb hat. Elszívják, akik járnak előttem ilyen (nagy) szemük van. Már alig bírnak beszélni mert nincsen nyáluk. Amúgy már volt a soron olyan aki majdnem meghalt tőle. (B személy) Így van. És azt a gyereket nem is ismertük. (A személy) És le se jöttek semmit se csinálni a rendőrök de mikor betörtek egy embernél, egy jelentéktelen embernél, ahol nem volt semmi, oda helyszínelőket küldtek. De a gyerekkel meg senki nem foglalkozott” (Csengeri fiatalok).

A narratívák kifejezik, hogy a fiatalok tudják, hogy mi történik a közvetlen környezetükbe, ismerik, hogy kitől mennyiért, hogyan lehet vásárolni. Ugyan abba nem biztosak, hogy egy grammként kell e mondani, de azt tudják, hogy ha „egyet” mondanak, akkor azt is megértik.

A baktalórántházai fiatalok (kutatásunk legfiatalabb csoportja, többnyire 14 évesek) nehezebben tudták megfogalmazni, hogy mit is csinálnak szabadidejükben. A cigaretta kipróbálása 9-10 éves korukban megtörtént, az energia italok fogyasztása mindennapos, néha alkohollal vegyítve. A barátok, nagyobb testvérek, unokatestvérek szerhasználati szokásaikkal tájékozottak.

„(A személy) Unokatesóm zöldet fogyaszt rendszeresen. Hát úgy csinálja, hogy dohány, rá csinál egy pakkot és rádugja a hogyhíjjákot, a herbát rászórja a dohányra és feltekeri, megnyálazza a pakkot… Igen, láttam, hogy hogy szívja el. Hát, olyan mintha a fellegekben járna.(B

személy) Szét van csúszva. (A személy) Piros a szeme, elalszik meg minden. (C személy) Meg annyit eszik mint egy lú (ló). (A személy) Há' annyit eszik" (Baktalórántházai fiatalok).

A lakásotthonokban élő három gyermek rendelkezett a legtöbb információval és élménnyel a kábítószer használatával kapcsolatban.

„Elsőnek úgy volt, hogy volt bent a lakásotthonba egy B… Gabi. Ő mondta nekünk, hogy menjünk el füvezni. Én elmentem vele, oszt beleszívtam, oszt szédülni kezdtem nem láttam, elestem, nem láttam, hogy merre megyek." (Baktalórántházi fiatal, akkor még 12. életévét se töltötte be.)

„(A személy) Hát oda vitt ott elkezdtünk inni és akkor tett bele valamit gondolom. (Moderátor) De mibe? (A Személy) Pálinkába. (Moderátor)[1] És milyen érzésed volt mikor ittad? (A személy) Hát rossz. Szédültem. (B személy) Utána habzott a szája, vérzett az orra.(Moderátor) És akkor kihívták a mentőt? (A személy) Igen. (B személy) Újraélesztették. (A személy) Hát kimosták a gyomromat meg infúziót adtak. (Moderátor) De mért csinálta a fiú ezt veled? (A személy) Hát honnan tudjam? (B személy) Le akarta fektetni biztos. (Moderátor) És te? (A személy) Nem" (Baktalórántházai fiatalok)

„Egyszer fogyasztottam. Vásárosnaményba Tisza parton biocigit. Nem volt jó, mert elvitt a mentő. Rosszul voltam. Naményi osztálytársaimmal ott álltunk egy körbe, aztán akkor nekem is ideadták azt a cigarettát. Négyet – ötöt szívtam, rosszul is voltam. Azt annyi is volt, már vitt is a mentő egyből Gyarmatra. Így kikötve, szíjazva. Nem tudtam magamról. Csak arra ébredtem, hogy reggel Fehérgyarmaton fekszem kiszíjazva…." (Nyírmadai fiatal)[2]

A fiatalok közül többen elismerték, hogy már kipróbáltak kannabinoid alapú szereket, de már nem használnak ilyeneket, mert nagyon rosszul érezték magukat. Azoknak a fiataloknak volt több ilyen saját vagy baráti körből származó történetük, akik a szegregátumban vagy lakásotthonokban laktak. Továbbá

[1] A moderátori kérdések azért jelenek meg az interjúba, mivel a fiatal lány nagyon nehezen tudja elmesélni a történéseket, holott a társaságukban mindenki ismeri a történetét. Az esemény amikor megtörtént, akkor a fiatal lány még 13 éves se volt.

[2] Megfigyelés alapján ez a fiatal még továbbra is kábítószer fogyasztó.

ezekre a fiatalokra jellemző volt, hogy azokra a kérdéseinkre, hogy milyen terveid/céljaid vannak a jövőre nézve, a válaszukban a legjobb esetben egy foglalkozást említettek, mint pl. cukrász, pincér, autószerelő. Ezek a válaszok elcsépelve, megszokottan hangzottak, mely igazából csak a felnőtteknek szól, hogy ne kérdezzék őket tovább.

A fiatalok interjúiban is megjelenik a szakiskola, kortárscsoport, mint erős kockázati tényező, ott érezhető ez erősebben, ahol helyben nincs középiskola és a közeli városba kell ingázni.

> *„(A személy) Akik bemennek Vásárosnaményba, az 99%-a az mind kipróbálja. Aki a kollégiumba bekerül, az biztos. (B személy) Nem, az iskolába. (C személy) Elég az iskola környéke. (D személy) Egy ilyen naményi baráti társaság vagy győrei vagy lajosapáti társaság. (E személy) Nem kell kijönniük. (A személy) Bemegy az ember iskolába, mit csinál? A szülei mit tudnak? Ott a pénz, adnak kajára pénzt, bérletre. Leszállnak a buszról, Összegyülekeznek, várja őket egy fenntartó, aki adja nekik a szöveget, hülyíti őket, kábítja őket. Pá-pá-pápárá. Tesóm. Több száz ezer Ft hagynak ott. Mit mesél egy ilyen? Hát kipróbálja veled, biztos jó lesz. Belefele beszélnek, veled ilyenkor úgy be van lőve. Jól érzed magad öcskös? Jól, jó, minden jó. Jó, oké. Csináljad. Kijózanodik, na úgy csináld, holnap hozzál pénzt, megint találkozunk, megyünk venni, gyere, gyere menjünk. Leszáll a buszról, gyere öcskös, menjünk lefele. Iskola semmi. (A személy) Ez olyan, mint ha valakit bedobok egy mély vízbe. Vagy ki tud úszni, vagy megfullad. Az élet megtanítsa mindenre. Ennyi. Ezt nem lehet sehogy. (B személy) Ezt magának kell megoldani. (A személy) Megvédeni nem lehet, majd csak utána, max ha a szülei olyan hatással vannak rá, hogy meg fogja mondani a gyerek, hogy jó, köszönöm, nekem ennyi elég volt. De viszont, amikor arra a gyerekre a szülei nem is tudnak rá hatni. Hát akkor azt csinálja, hogy elmegy reggel, majd hazajön az ötös – hetes vonattal Hetessel hazamegy, bárhol elalszik, azt annyi. És így kezdődik minden reggel. Felkel, megy, hazajön, alszik. Ennyi.”* (Nyírmadai fiatalok)

Az interjú dinamikájából, a beszélgetés hanghordozásából és a narratívából jól érzékelhető, hogy a fókuszcsoport szereplői mind tudják, hogy egy fiatal befolyásolása, hogy történik, mikor történik és milyen utakat járnak be. Ezekben az interjúkban is az alanyok iskola típusnak jellemző utat mutatnak be. Bogdándi és munkatársainak (2008) vizsgálata is megfogalmazta, hogy különböző évfolyamokon, illetve különböző típusú iskolába járók véleménye jelentősen eltérő az egészséget veszélyeztető magatartásformák megítélésében. A legtoleránsabb ezekkel a magatartásformákkal szemben a szakközépiskolákba járók. A tolerancia megjelenik

abban is, hogy a felelősséget se kívánják átadni a felnőtteknek, úgy érzik, hogy ezzel ők nekik kell megbirkózniuk.
A kutatás során szerettünk volna arra is választ kapni, hogy a fiatalok hogy látják, kik akik, a legjobban érintettek a kábítószer fogyasztás által és milyen okai lehetnek.

> *„(Moderátor) Nektek vannak közeli ismerőseitek, akik fogyasztanak? (Többen mondák) Hogyne. (Moderátor) És mi jellemző rájuk? Miért fogyasztják? (A személy) Van, aki a bánat miatt. (B személy) Magány. (C személy) Van, akinek nincs életcélja vagy mit tudom én. (D személy) Meg akarnak halni.(Moderátor) Szüleik foglalkoznak velük? (C személy) Hát ez meg a másik, hogy nem foglalkoznak velük. Nincsen hátterük. (A személy) Van, aki azért menekül bele, hogy ne lássa a problémákat. Nincs, aki gondoskodjék róluk, nincsen, ahova haza menjenek leülni, akivel beszélgethetnének. (B személy) Meg figyelemfelkeltésből is csinálják. Hogy valaki foglalkozzon velük. A szüleik, testvéreik. (A személy) Bármelyik ember hozzájuk szóljon, ha mondjuk pl túl izélnek és rosszul van, Vagy van olyan, aki nincs is rosszul, de úgy tesz mintha rosszul lenne, hogy valaki menjen oda hozzá. (Moderátor) a szülők vajon mit látnak ebből? (A személy) Semmit. Mert valaki ugyanúgy csinálja, mint eddig. (B személy) Van, aki a szüleitől ellesi és azt hiszi, hogy ez természetes, (C személy) Igaz. (D személy) Ilyen is van. A szüleit látja és a szülei ezt megveszik (C személy) Hát aki ebbe nő fel az ezt is fogja csinálni. Aki most így elkezdi. (B személy) Van, aki megnyomorodik tőle. (C személy) Így van. (B személy) Ha valaki látja, hogy a szülei ebbe mentek tönkre. (C személy) De jó az más, ha egy hónapban egyszer, ha buli van, vagy ünnepekkor kipróbálja vagy valami. Hát de azért minden nap…”* (Csengeri fiatalok)

Összegezve a fiatalokkal készített interjúk alapján megállapítható három fontos kutatási eredmény. Az első, hogy e városrészek drog által magasan fertőzöttek, a második eredmény, hogy e szegregátumokban, lakásotthonokban fennáll a fiatalkorúak veszélyezettsége. Végső eredményünk, hogy e korosztály ismeri a rizikómagatartás tényezőit. Ennek tekintik a gondatlan szülői magatartás, a felnőtt környezeti mintát, a kortárscsoport befolyásoló tényezőit, szakiskolába járás időszakát. Az egészségtelen életvitelnél megjelenik a korai életszakaszban (8-9 éves korban) elkezdődő dohányzás és nemi kapcsolat. Fontos megemlíteni, hogy a nemi kapcsolatoknál a fiatalok egyformán kezelik a heteroszexualitást, homo-szexualitást és a biszexualitást. A vizsgált szegregátumok között volt olyan, melyben a biszexualitás elterjedt.

Vizsgálat során a fiatalság protektív tényezőként kezelte a családi törődést, támogatást, kontrollt, a felnőttek (pedagógusok, család- és gyermekjóléti szakemberek, rendőrök) figyelmét, a sportot, az életcélokat és kulturált szórakozási lehetőségeket.

Szakértők elemzése

A vizsgálatunk során két településen, Baktalórántházán és Mátészalkán készült 10-10 fővel fókuszcsoportos interjú. Az interjúk közlésénél az anonimitás megőrzése érdekében a települések nevét nem tüntetjük fel.

A megkérdezett szakemberek napi kapcsolatban állnak a gondozottjaikkal, akik hátrányos helyzetűek, a szegregátumban vagy leszakadó településekben laknak. A fiatalság egészségtelen magatartás-problémájukat távolabbról közelítik meg. A családokat egészébe kezelik, így az interjúk során kitérnek a drogfogyasztással összefüggő tényezőkre.

„(A személy) Nagyon nehéz tehát munkát találni, az ügyfeleimnek az egyik része közmunkán dolgozik, a másik része munkanélküli otthon. Szerintem elég sokan közülük, a szülők közül alkoholisták. Az ügyfél gyerekeknél is szinte mindegyik dohányzik, a kamaszok ugye már rendszeresen fogyasztanak alkoholt, amelyikkel kicsit bizalmasabb kapcsolatom van, tudom, hogy valamilyen más szert is használ. Nagyon kétségbeejtő szerintem ez a rész, térség helyzete.

(B személy) …én mindenhol azt látom, hogy a gyerekek nem látnak perspektívát maguk előtt. Tehát érti ő, hogy tanulni kellene, mert ugye gyakran a védelembe vételt az is indokolttá teszi, hogy az igazolatlan hiányzás meghaladja az ötven órát, látja, ő hogy tanulni kellene, de minek tanuljon. Nem találnak egy olyan szakmát, amire azt mondja, hogyha ő ezt elvégzi, akkor abban itt tud majd dolgozni, ez az egyik. A másik, már csak azért sem hisz ebben az opcióban hogy ez működik, mert nem ezt látja otthon. Otthon is azt látja, hogy élünk a mának elvagyunk, élünk egyik napról a másikra. Ne menjél iskolába fiam majd megyünk napszámba, majd abból azt magadra költheted, nekik ez nagyon nagy szó, hogy elverhetik azt a kis pénzt amit… nem is fogják fel hogy ők egész nap izzadtak azért a pénzért, tehát úgy költik el, mintha csak odaadták volna a kezükbe, mintha nem is kellett volna érte megdolgozni. Az anyukáknál szoktam azt tapasztalni, hogy nem az előírt adagban szedik be a gyógyszerüket, tehát a nyugtatóból többet vesznek be, mint amit felírt a szakorvos, sőt olyan is van, akinek nem is írta fel szakorvos, olyan is van sajnos hogy háziorvos segítő szándékkal felír neki egy kis frontin-t ha látja hogy kicsit maga alatt van anyuka. Akkor ez az egyik lehetőség, a másik hogy ezek valahonnan megszerzik.

Tehát most például az egyik ügyfél kislány 30 szem Rivotrilt vett be, amit a három házzal arrébb lakó nénitől vett meg, akinek nem írja fel szakorvos, hanem szerzik a Rivotrilt itt Győrtelken például, mint a cigit vagy a sört meg a pálinkát. (C személy) Tehát ez a felnövő generáció ezt látja, hogy nem tudja a feszültségét csökkenteni más módszerekkel, tehát a gyógyszerhez nyúl az alkoholhoz vagy ezekhez a szintetikus szerekhez. Tehát nincsenek meg ezek a stratégiák, hogy egy családon belül meg lehessen oldani ezeket a problémákat, én ezt látom. Nagyon kevés százalék jut el orvoshoz, vagy ha el is jut terápiás kezelésen nem vesznek részt… Felírják a Rivotrilt, a Frontint és ezzel úgy kész, de nem tanítják, meg nekik hogyan lehet a feszültséget csökkenteni, hogyan lehet a konfliktusaik megoldani a családba, hanem mindenre ez a megoldás." (szakértők).

A szakemberek komplexen látják az egészségtelen magatartás hátterében meghúzódó tényezőket. A gyermekeket veszélyeztető szülőknek gyenge az intraperszonális és interperszonális, valamint a kulturális és a környezeti faktoruk. Az egészséget veszélyeztető tényezőket nem tudják, nem akarják felmérni. Alacsony a pszichoszociális érettségük, mivel nem látnak perspektívát, nincs kellő felelősségérzetük, nem gyakorolnak mértékletességet. Így ezen családok nem képesek betölteni az egészségmagatartást megőrző szerepüket (szakirodalmi háttér lásd. Kovács Karolina Eszter és Szigeti Fruzsina, 2017).

A nyugtató, az alkohol mellett megjelenik az újabb és újabb szintetikus anyagok fogyasztása, mely nagy kihívást jelent a szakemberek számára.

„A lakásotthonban élő fiatalok azok még nagyobb számban nyúlnak ezekhez a szerekhez. Ez bizonyított dolgokon alapszik, tehát ugye itt az a baj, hogy nagyon nincsenek tisztába egyébként senki a fogyasztók körében, hogy ez az úgynevezett felütött vagy fel nem ütött szerek milyen egészségkárosodási dolgokat okozhatnak egy-egy gyermek vagy család életében, tehát abszolút nincsenek, igazából még egyszer mondom tehát még mi se. A családgondozás során úgy nagyjából mi nagyjából képben vagyunk, hogy melyek ezek a családok. Ugye a kemény drogoknak tudjuk a mellékhatásait, orvosilag is nagyon szépen leírták. De itt, itt aztán bármi lehet. Vagy volt olyan, hogy kolléganő tapasztalta, hogy hát majdhogynem csak az egészségházba neki ment. Tehát magyarul jobban örülünk azt szoktuk mondani egy csupán alkoholista embernek már, tehát így magunk között szleng nyelven, merthogy kiszámíthatatlanok ezek a fogyasztó emberek"(szakértő).

A szakértők elmondása szerint a szakellátásban lévők jobban veszélyeztetve vannak, mint a szegregátumban élők. Baktalórántházán e két csoport találkozása során a veszélyezettségük nő, a szülői kontroll hiány miatt.

> *„Az egyik lakásotthon mellett volt egy üres ház…, amikor a lakók jelezték, hogy ebben az üres házban mi folyik… Kiderült szépen, hogy abban az üres lakásban amit már feltörtek meg minden, hát cigiztek, drogoztak, pszichiátriai beteg gyerekek jöttek-mentek és iskolába abszolút nem jártak…A lakásotthonosok több mint fele valamilyen szinten…alkalmanként fogyaszt drogot" (szakértő)*

A szakértők csak tippelni tudnak, hogy a szegregátumban és a lakásotthonokban élő fiatalok milyen arányba fogyasztanak szintetikus szereket. A problémák felszínre kerülésekor gyakran szembesülnek azzal, hogy sok esetben a drogfogyasztás állt a háttérben.

> *„Kokain és heroin igazolt jelenlétét ambuláns lapon láttuk családoknál"*(szakértő).

Baktalórántházához és Mátészalkához kapcsolódó leszakadó falvakban a drog még nem jelent meg, itt többnyire az alkohol, nyugtatók vannak jelen. A szakértők szerint csak idő kérdése, hogy ott is mikor jelenik meg. Az ott élő leszakadó lakosságra jellemző, hogy alkoholfogyasztásnál csak az számít, minél gyorsabban és jobban hasson. A szegregátumban a szülők nem szolgálnak jó mintával, a szülői engedélyt megkapják a dohányzáshoz, megveszi a cigarettát vagy megtölti neki.

> *„Nálunk 18 év felettiek vannak és általában dohányzás, alkoholizmus és gyógyszerfüggőség van nagy számban jelen. A gyógyszert azt lent egymást közt cserélgetik a telepen, meg üzletelnek vele ugyanúgy, mint a cigarettával"* (szakértő).

> *„Egy roma anyuka, kiment rágyújtani és egy slukk a picinek az ölében, egy pedig neki, tehát ő nem érzi hogy ezzel veszélyezteti a gyereket, hogy erre a gyereknek nincs szüksége. …a kis kétéves gyerek issza a nagypapa sörét és mondja, hogy ezt szereti..."* (szakértő).

A szakértők szerint ezeknek a családoknak a családról való felfogásuk teljesen más. A családi szeretet nekik azt jelenti, hogy megengednek nekik mindent.

> *„Cigizzen, hogy ha nincs kedve iskolába menni ne menjen, meg szeretetből veri agyon is mert meg akarja nevelni. Meg adok neki alkoholt*

meg cigit mert, ha én jól vagyok tőle akkor ő miért ne lenne jól tőle. Ez a baj szerintem, innen indul ki minden" (szakértő).

A kutatásban résztvevő szakértők interjúiból megfogalmazhatjuk, hogy kik azok, akik a leginkább veszélyeztetettek és e csoport helyzetén milyen eszközökkel, tevékenységekkel lehetne változtatni. Veszélyeztetetteknek leginkább azokat a gyermekeket tartják, akik alacsony szociokulturális közegben nőnek fel, ezek a gyermekek egészségtelen magatartással kapcsolatos mintákat kapnak, könnyen befolyásolhatóak a környezetük, a kortárscsoportjuk által. E családokra jellemző, hogy társas kapcsolatok megromlottak, konfliktusosak, amiből a gyermekek a kortárscsoportjukhoz, korai szexuális kapcsolatba és a szerhasználatba menekülnek.

A probléma kezelésére fontos lenne nagyobb számú pszichológus bevonása, akik segítséget tudnak nyújtani a konfliktusok kezelésében, a kudarcok feldolgozásában, az intraperszonális és interperszonális kapcsolatok növelésében. A szakemberek fontosnak tartják, hogy a szegregátumban élők közül legyenek olyan kulcsemberek kiválasztva, akiket a helyiek követendő példának tekintenek és a szakemberek is mint partnerekre számíthatnak. Egyes település részekben jelen vannak helyi vallási vezetők, akik pozitív hatást fejtenek ki a környezetükre. Munkahelyteremtés a hátrányos településeken. Továbbá fontosnak tartják a helyi jelzőrendszert, a közös szakmai munkát. Problémaként fogalmazódott meg, hogy a család- és gyermekjóléti szakemberek adminisztrációs terheik elveszik az idejűket a veszélyeztetettekkel való foglalkozástól.

Horizontálisan vizsgálatunk

Mind a három csoport vizsgálata során hasonló „gyújtópont" volt, hogy milyen az életminőség az adott szegregátumban és mit gondolnak mi az oka annak, hogy egyre több fiatal él kábítószerekkel. A fókuszpont kibővült azzal, hogy a fiatalok egészségmagatartásában milyen rizikó és protektív faktorokat látnak. A horizontális vizsgálatunk során a fő csoportok válaszait összehasonlítjuk.

Fókusz-csoportok	Szegregátum helyzete	Rizikó faktorok	Protektív faktorok
Szülők csoportja	• alkoholfogyasztás magas • kábítószer használata jelen van, de nem számottevő • szexualitás korai életszakaszba megjelenik, a biszexualitás, homoszexualitás nagy számba jelen van	• gazdasági/munkanélküliség kilátástalanság • családi problémák • szocioökonómiai státusz • lakóhely hatása • kulturális szórakozási lehetőség hiánya • kortárscsoport • másik város középiskolába való bekerülés	• családi jó minta, támogatás és kontroll • vallás • tanulás szeretete • a szegregátum elhagyása • prevenciós programok
Fiatalok csoportja	• alkoholfogyasztás magas • kábítószer használata magas • szexualitás korai életszakaszba megjelenik, a biszexualitás, homoszexualitás nagy számba jelen van	• kilátástalanság • családi problémák, szülők elhanyagolják gyermekeiket • kulturális szórakozási lehetőség hiánya • kortárscsoport • másik város középiskolába való bekerülés	• családi jó minta és kontroll • sport • kulturált körülmények • lehetőségek biztosítása • egyéni elhatárolódás/felelősség • jövőkép
Szakértők csoportja	• alkoholfogyasztás magas • kábítószer használata magas • szexualitás korai életszakaszba megjelenik, a biszexualitás, homoszexualitás nagy számba jelen van	• gazdasági/munkanélküliség kilátástalanság • családi problémák • szocioökonómiai státusz • lakóhely hatása • kulturális szórakozási lehetőség hiánya • kortárscsoport	• pszichológusok bevonása • vallás • munkahely teremtés • „kulcs személyek”

Forrás: a fókuszcsoportos interjúk alapján

2. táblázat: Horizontális elemzés

A táblázatban jól látható, hogy a fiatalok és a szakértők egyformán látják a kábítószer jelenlétét a szegregátumban. A rizikó- és a protektív faktorokat hasonlóakban látják a szülők és a fiatalok, míg a szakemberek szakmailag közelítik meg a problémát.

Összegzés

A fókuszcsoportos interjúk vertikális és horizontális vizsgálata során arra az eredményre jutottunk, hogy a szegregátumban a veszélyeztetettség magas. A drogfogyasztás jelen van, melyhez társul a magas alkoholfogyasztás és korai szexuális élet. Mind a három fő fókuszcsoport fontos szerepet tulajdonít, a családnak, szocioökonómiai környezetnek, mind a rizikó- és protektív faktorként. E körülmény javítását a szülők és a szakértők csoportja a gazdasági fejlesztésben, munkahelyek létrehozásában látják. Így a gazdaságban bekövetkező változás hozzájárulna a hátrányos szociális helyzet felszámolásához, mely csökkentené közvetetten a serdülők veszélyes viselkedéseit.

A fiatalokkal készült interjúk a társadalmi felelősség mellett megjelenítették az egyéni felelősséget. Tudva azt, hogy a serdülőkorra egy kritikus időszak jellemző, melyben a legmagasabb a rizikómagatartás, úgy vélik, hogy elsőként az egyéni döntések állnak az egészségromboló magatartás hátterében.

Irodalomjegyzék

1. Bogdándi I., Hüse L., Pénzes M., Fábián R., Nyírcsák J., Varga É. (2008): Határtalanul. „Harc a problémák szabad mozgása ellen”. Határmenti partnerség a drogprobléma hatékony kezeléséért. Észak-kelet Magyarországi Szenvedélybetegségeket Megelőző Egyesület. Nyíregyháza
2. Daw, J., Margolis, R. & Verdery, A. M. (2015): Siblings, friends, coursemates, club-mates: How adolescent health behavior homophily varies by race, class, gender, and health status. *Social Science & Medicine, 125,* 32-39.
3. Dékány, K., Balázs, M. Á., Pikó, B. (2010): A lakóhely és a szülői védőfaktorok jelentősége a serdülőkori rizikómagatartások gyakoriságában. *Magyar Epidemiológia,* 7, 95-100.
4. Hüse L., Szoboszlai K., Fábián G. (2017): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok droghasználati szokásainak feltárására irányuló kutatás. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 7-16.
5. Kovács K. E., Szigeti F. (2017): Serdülők egészségmagatartásában szerepet játszó rizikó- és protektív faktorok. In: Fábián G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 17-46.

Drogkörkép az online lapokban

Kanalas Ottília

Bevezetés

A legolvasottabb hazai hírportálok drogtémában közzétett cikkeit tanulmányoztam a tartalomelemzés során. Célom az volt, hogy összegyűjtsem a 2015. január és 2017. május között a hazai online sajtóban herbál és szintetikus drogok használatával kapcsolatban megjelent újságcikkeket, és elemezzem milyen sajtóműfajokban, milyen gyakorisággal jelentek meg írások drogról. Elsősorban az érdekelt, hogy mi áll a kábítószerekkel összefüggő médiatartalmakban? Miről írnak drogtémában az újságok? Továbbá a tipikustól eltérően, a kábítószerekről szóló híreken túl, a drogtémában megjelent cikkek bemutatják-e, a droghasználat társadalmi hatásait. A tartalomelemzésben kitérek arra, hogy a közzétett írások milyen üzeneteket fogalmaznak meg az olvasó számára, van-e a publikált anyagoknak közvélemény formáló hatása. Komoly aggodalomra ad okot ugyanis, hogy a szintetikus drogok 2006-os megjelenése óta, a biofű itthon a legelterjedtebb kábítószerré vált a fiatalok - főként a 16-20 évesek - körében. „Magyarországon, egy hétvégén 350 ezer ember használ valamilyen pszichoaktív szert, évente 45 millióra tehető a szerhasználat. Egy évben, átlagosan ötezer rendőrségi eljárás indul drog miatt és körülbelül hatszázan kórházba kerülnek rosszulléttel, túladagolással." Aggasztó méreteket ölt a szintetikus kábítószerek jelenléte, és a probléma hatással van az egész társadalomra (1).

A tartalomelemző tanulmányokat a sajtóval foglalkozó kutatók és a szociológusok alkalmazzák, én elsősorban médiaszakemberként vizsgáltam az online tartalmakat. Figyelembe vettem, hogy a társadalomtudományos kutatásoknál a szövegelemzési módszerek már meglévő adatokkal dolgoznak, céljuk a szövegek értelmezése, kész statisztikák elemzése, összehasonlítása. A szövegelemzés úgynevezett beavatkozás-mentes vizsgálat. Ez esetben arra a kérdésre kerestem a választ: mivel foglalkoznak a kábítószer-használattal kapcsolatos újságcikkek, és a droghasználat társadalmi vetületeit hogyan mutatják be. A szövegek elemzése emberi információk, rejtett tartalmak felismerésére ad lehetőséget. Nap, mint nap közléseket fogunk fel, értelmezünk, kategorizálunk, és tartalmakat közvetítünk mi magunk is. A mindennapi kommunikációink során, de a nyilvánosságnak szánt újságcikkek sorai között is megtaláljuk a mögöttes tartalmat, azaz tudunk a sorok között olvasni. Munkámban elsősorban a droghasználatról írt sajtótartalmak kommunikációs üzeneteit tártam fel, az online újságokban megjelent cikkek

idézeteinek, részleteinek segítségével. A pontos hivatkozás nehézségekbe ütközött, mivel a legtöbb cikk hírműfajban jelenik meg, az oldalak szerző és cím nélkül egymás híranyagait is átveszik, ezért néhány esetben nehéz volt megtalálni az eredeti forrást. A Magyar Távirati Iroda híreit az online oldalak hírforrás megjelöléssel használják dátummal, szerző és cím nélkül, volt, hogy ezt a jelölést alkalmaztam a végjegyzetben, külön tüntetem fel az irodalomjegyzéket.

„Kattintás-online hírfogyasztás”

Sokan meg vannak győződve a média társadalomformáló hatásáról, a hasábok lapjain megjelent írások közvélemény formáló erejéről. Ha ez így van- és azok a hírek, amiket nap, mint nap ránk zúdítanak az egyre sokasodó sajtótermékek – akkor fontos és számít mi jelenik meg a sajtóban, hogyan ír a médiamunkás, vagy milyen képekkel illusztrálnak egy történetet.

A médiafogyasztásban markáns változás a digitális átrendeződés. Míg az 1990-es évek közepén egyértelműen a 17- 45 éves korosztályhoz kötötték az online híroldalak olvasását, mostanra a hazai felnőtt korú lakosság több, mint a fele nyilatkozott úgy, hogy rendszeresen lapozgatja az online újságokat. A Kutatópont Kft. 2016-os felmérései alapján a lakosság 67 százalékának van valamilyen közösségi oldalon felhasználói profilja, és a regisztráltak 74 százaléka olvas híreket ezeken a közösségi felületeken. Kimutatta a kutatás, hogy 60 százalékuk meg is oszt híreket. A hazai napilapok szinte mindegyike az eladott példányszámaikat nézve zsugorodott az elmúlt öt évben, de online verziójuk segítségével olvasottságuk nem csökken olyan mértékben, mint nyomtatott termékeik népszerűsége. Mindebből látszik, hogy ma a hírfogyasztás, a tájékozódás, ha úgy tetszik az „újságolvasás” terepe a világháló lett. Itthon a legnagyobb látogatottságú hírportálok közül az Origo, az Index, a 24. hu, és a HVG áll a lista előkelő helyén. A Digitális Közönségmérési Tanács az úgynevezett „Real User” módszerrel méri a forgalmat a médiatérben. Az oldalletöltéseket a hagyományos számítógépek mellett a mobiltelefonokon és a tableteken is számolják. Az utóbbi néhány évben a fent említett portálok látogatottsága nem esik, híranyagait a hazai rádiók és televíziók is felhasználják, ezért ezeken az oldalakon kutattam.

A herbált „fiatal drogként” aposztrofálják, a 2010-es évektől rohamosan terjedt a „szegények drogjaként” is emlegetett olcsó kábítószer. Igazán csak az elmúlt pár évben kapott a sajtóban nagyobb visszhangot a szer használatának problémája. A média felületeken megjelenő hírekben egy-egy, időnként tragikus kimenetelű eset kapcsán került elő a biofű. A szerrel kapcsolatos cikkek között nagyobb arányban hírekkel, bűnügyi hírekkel lehet találkozni, az online tájékoztató lapok jóval

kevesebb tényfeltáró riportot, eseményleírást, vagy tudományos kutatásokról szóló prezentációt közölnek. A kábítószer problémával kapcsolatos írások -, ha annak politikai vonatkozásait is figyelembe vesszük - jóval visszafogottabbak, mint tíz évvel ezelőtt. Újságírói álláspont közvetítése riportokban vagy a publicisztikai műfajban közzétett írások szinte teljesen eltűntek kábítószer témában.

Droghasználattal kapcsolatos hírek az online sajtóban

A kutatás első részében azt vizsgáltam, hogy a leglátogatottabb négy hírportálon az összes megjelent cikk között milyen számban fordulnak elő droggal kapcsolatos tartalmak. Az általam felállított kategóriákban elsőként a drogfogyasztás, kábítószer, majd a herbál, biofű, szavakra a kereső által megtalált írások számát jegyeztem le. A keresőben szókapcsolatokkal- társításokkal szűkítettem a találatokat. Több ezer cikk ugrott fel a keresőben a kulcsszavakra, olyan írások is, melyek nem közvetlenül a hazai drogfogyasztással voltak kapcsolatosak, ezért a drog- biofű, kábítószer-itthon, narkó- fiatalok, a drogozás-egészség, a drog- hazai prevenció, a dizájner/szintetikus drog- veszélyek szópárosításokkal zártam szorosra a találatokat.

2015-2017 időszak	ORIGO	INDEX	24. hu	HVG
Kábítószer-használatról szóló cikkek száma	267	116	462	63
Herbál/ biofű –használatról szóló írások	20	28	28	24

1. táblázat: A vizsgált online sajtótermékek drogtémában megjelent írásainak száma

A szűkítés után csak a magyarországi híreket, esetleírásokat, riportokat listáztam. Az Origo, Index, 24. hu és a HVG-hez csatolt társult weboldalakat, blogokat, kommenteket nem vettem számításba. Az volt a célom, hogy a témában az újságírók, a hivatalos szervek (rendőrség, ügyészség), szakértők, társadalomkutatók, nyilatkozatait vizsgáljam, nem a hírportálokon fellelhető laikus véleményeket, hozzászólásokat. Ez utóbbiak nem szerepelnek a kutatásban. Lényeges volt továbbá, hogy az általam vizsgált írások a sajtóműfajok alapvető kritériumainak megfeleljenek, és hiteles forrásból származzanak.

Drogtémában mindig akkor írnak sűrűbben a lapok, ha a figyelem fókuszában kerülnek olyan precedens értékű ügyek, melyek sokáig a közbeszéd tárgyává válnak. Ilyen volt pl. a törökszentmiklósi bedrogozott kismamák este. A történtek után a sajtó újra felkapta a herbálozást, számos szakértőt szólaltattak meg a témában, statisztikai adatokat közöltek figyelemfelhívó, elrettentő és prevenciós céllal. A bűnügyi hírek általában jó táptalajt jelentenek a tényfeltáró riportoknak, mélyinterjúknak. A riportműfajok által az olvasó a hírek mögöttes tartalmát is megérti, összefüggéseket ért meg, elvonatkoztathat az egyedi tartalomtól és eljuthat az általánosításig. Az úgynevezett induktív gondolkodásra épülnek azok a kábítószerrel kapcsolatos riportok, amikor egy-egy érintett élettörténetén keresztül példázzák a drog veszélyeit, a rászokás rizikóját vagy sok esetben a nehézkes és hosszú rehabilitációt is az egyedi eseteken keresztül általánosítják.

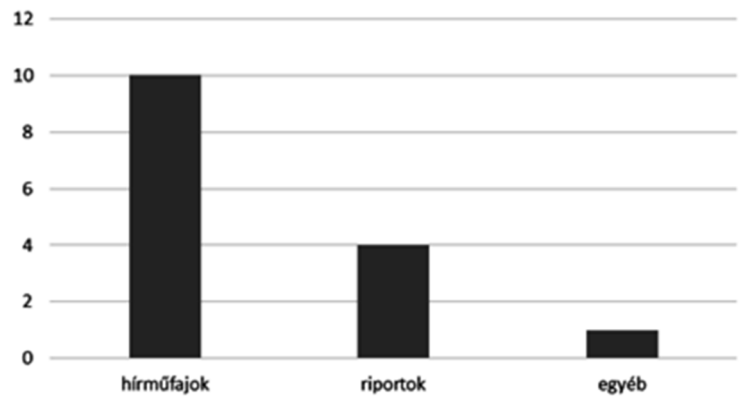
A vizsgált cikkek tartalmi megoszlása, tartalmi sajátosságai

A webes sajtóban felfokozott hírverseny van. A gyorshírek, flashek, mínuszos- és rövid hírek a kutatásomban nem szerepelnek. A kevés tartalommal bíró néhány soros, gyors információkra hagyatkozó műfajok nem adnak lehetőséget arra, hogy hiteles képet adjanak a hazai droghelyzetről. Az általam vizsgált webes sajtótermékek közül csak azokat részletezem, amelyekben a herbál / biofű használtat fő témaként jelenik meg, az írások hossza legalább kétezer karakter.

Herbál- fogyasztásról szóló cikkek	ORIGO 20	INDEX 28	24. hu 52	HVG 48
tájékoztató műfajcsalád (hír, tudósítás)	17	21	46	37
riport/ interjú	3	7	6	11
publicisztika	0	0	0	0

2. táblázat: A vizsgált online újságcikkek műfaji megoszlása

A fenti táblázatban a sajtóműfajok tovább bonthatók, csoportosíthatók. Informatív bűnügyi hírekre, tudósításokra, a riportok és interjúk inkább a tematikus rovatokba illő szak- illetve tudományos cikkek közé sorolhatók.



1. diagram: Sajtócikkek műfaj szerinti megoszlása



2. diagram: Az online lapok droghasználattal kapcsolatos tematikus írásai

Vezércikkel, vagy kommentárral nem találkoztam, mint ahogyan egyéb publicisztikai műfajokban sem írtak drogproblémáról az újságírók.

A szintetikus drogok reprezentációja az online sajtóban

A vizsgálat során a vizsgált hírportálokon szembetűnő, hogy a kábítószerek használata, a drogozás- beleértve a biofű használatát is - leggyakrabban bűnügyi kontextusban jelenik meg. „Jogerősen 13 év fegyházbüntetéssel sújtotta csütörtökön a Szegedi Ítélőtábla azt a lajosmizsei férfit, aki egy konyhakéssel többször mellkason szúrta saját másfél éves kislányát. A férfi 2014-től többször fogyasztott kábítószert. A bűncselekmény elkövetése előtt négy napig kristályt szívott bánatában, mert élettársa nem költözött vissza hozzá. A drog hatására a férfi hallucinált...magához vett egy 21 centiméteres pengéjű konyhakést, magához ölelte kislányát és négyszer mellkason szúrta" (2).

„Tizenöten-húszan csaptak össze a bánokszentgyörgyi sportpályán: a falunap hivatalos lezárása után szinte azonnal kirobbant a verekedés. Volt, aki baltával és láncfűrésszel akart beszállni a több felvonásos összecsapásba, a harci vágyat állítólag a herbál is növelte" (3)

„Gyermekkora óta ismerte áldozatait, szállást is kapott tőlük - mégis lemészárolta őket a fiatal százhalombattai férfi, aki életfogytiglani fegyházbüntetésre számíthat. A most 23 éves elítélt alkalmilag régi iskolatársa szüleinél lakott, Százhalombatta óvárosában – a helybeliek úgy tudják néha drogozott....(4).

Deviáns viselkedésről, mentálisan sérült emberekről szólnak a hírek. A szer tudatra gyakorolt hatását emelik ki. A biofű kiszámíthatatlan, hosszú távon megváltoztatja az ember gondolkodását, fogyasztása személyiségzavarhoz vezet. A közlések révén arra a következtetésre juthat az olvasó, hogy egyrészt növekszik a szintetikus drogok hatása alatt elkövetett bűncselekmények száma, másrészt a szerhasználók közül egyre többen követnek el bűncselekményeket. A hírközlő műfajokban kritérium, hogy csak a tényekre hagyatkozva és hivatkozva lehet egy-egy problémát bemutatni, szemléltetni. Az újságíró megállapításokat közölhet, de egyéni véleményt nem fogalmazhat meg. Az Origo-n és az Indexen is ennek a követelményeknek megfelelnek a drogtémában megírt cikkek, a két hírportál helyszíni riportokkal bemutatja a „szereplőket"is, igyekszik megvilágítani a probléma hátterét! Szociofotókkal illusztrálja cikkeit. „Az aranyfukszos terjesztők az utcán villognak, miközben a gyerekeink majd meghaltak a szerektől –háborognak a törökszentmiklósi telepen. A város peremén jártunk, ahonnan a hétvégén hat fiatalt, köztük két terhes nőt is kristály-túladagolás miatt szállítottak kórházba – a telepen, ahol elképesztő a szegénység, tarolnak a dizájner drogok, és senki sem

tudja, milyen szert szív, szúr be éppen……A 12 éves gyerek szájában is ott fityeg a műfüves cigi erre még van pénz, más anyagra nem telik a cigánysoron…..” (5).

A közlések típusa szerint az Origo és az Index kiemelkedően magas számban jelentet meg a drogfogyasztás társadalmi vetületeit feltáró írásokat, valósághű ábrázolással tárják a közvélemény elé a kábítószer-használat mögött húzódó perszonális, szubkulturális és társadalmi okokat. A médiumok többsége az imént idézett törökszentmiklósi eset kapcsán, sem ejtett szót a túladagolás miatt kórházba vitt fiatalok származásáról, szociális helyzetükről, életkörülményeikről. Ámbár markáns állásfoglalás az Origo-s cikkben sincs és általában a publikált anyagokban szakértők megszólalnak, de a hatóságok csak formálisan és szűkszavúan nyilatkoznak. A rövid és mínuszos hírek hátrány, hogy csak részinformációkat közöl. „A fiatalok közül sokan nem tudják mit is szívnak ….” A 24.hu-n 2016. júniusában kapott nyilvánosságot egy kutatás, amelyet az ELTE SZTE kutatói, a Kék Ponttal közösen végeztek. Kvalitatív módszerrel kérdeztek hat kábítószer használót, ebből készült egy rövidfilm is.

„Egy fiatalember besétál egy budapesti vegyszerboltba. Elmegy a polcok előtt, majd levesz két doboz WD-40 csavarlazítót, amikor meglát egy doboz patkánymérget felcsillan a szeme, elrakja. Hazamegy és nekilát herbált készíteni….” (6).

Egy év alatt 140 új szer volt 2015-ben a szintetikus drogok piacán, a szerek és azok összetevői olyan mértékben változnak és folyamatosan átalakulnak, hogy az ártalomcsökkentéssel foglalkozó szakemberek mire megismerik az egyiket, már négy-öt újfajta kábítószer kerül a fogyasztókhoz. A legnagyobb baj, hogy a „kotyvasztott” szerek hatásait a toxikológusok sem tudják követni. A mai ideggyógyászok véleménye szerint a kábítószerrel elért eufória veszélyes boldogságállapot, mert a narkomániás rövid időre elszakad a valós világtól, megszűnik kisebbségi érzése, elfelejti valós vagy vélt sérelmeit. Az online újságírók a szintetikus drogok egészségkárosító hatását nyomatékosítják. A pszichológus a mentális-és pszichés ártalmakat emeli ki az írásban. Rácz József pszichiáter professzor, kutató tudományosan alátámasztott tényeket tár fel, miszerint: a herbál, vagy más néven biofű- ami tulajdonképpen vegyszer alapú kábítószer- már napok, hetek alatt komoly függést, súlyos fizikai és lelki károsodást okoz. A kutatás a jelenlegi hazai drogpolitikával szembeni kritikát is megfogalmaz. „2010 óta az érdemi drogpolitika megszűnt, a forráskivonás mértéke mára elérte a 90 százalékot is. A kutatók szerint a kábítószer egyáltalán nem nagyvárosi probléma. Vidéken teljes tájékozatlanság közepette veszik magukhoz az emberek a kétes szereket, különösen a fiatalok”(6).

A közvélemény drogképét erősen meghatározza a médiumokban megjelenő droghasználó emberábrázolása. Az újságokban ritkán szólaltatják meg a szerhasználót, az olvasó közvetlen információt csak elvétve kap a drogostól. Kivétel ez alól, ha a már rehabilitáción átesettek drogosok szólalnak meg. Ilyenkor általában az életkörülményeikről, átélt élményeikről, a leszokás nehézségeiről kérdezik őket. A reális képhez az is hozzátartozna, ha a riportok a visszaeső drogosokról is írnának. „Azt mondta, szép vagyok, és ágyba hozza majd a kakaót nekem... Csavargás, drogozás, prostitúció – sorolják a lányok az esztergomi leánynevelő intézetben, amikor azt kérdezem, miért kerültek ide. Esszük a vacsorát…Öten ülünk az asztalnál, és az a kép kezd kirajzolódni, miszerint a történet szinte mindenkinél ugyanaz: 11-12 éves korban ismerkedés a drogokkal, főleg herbál, cigibe sodorva. Ötödiktől folyamatos lógás az iskolából, kiemelés a családból, szökések, csavargás, prostitúció…" (7).

Az esztergomi leánynevelő intézetben gondozott tizenéveseket mutatja be a szocioriport. A fő témája a prostitúció, az írás részletezi hogyan váltak a tizenévesek a bűncselekmények áldozatává. A súlyos beilleszkedési és magatartási zavarokkal küzdő lányok ebben az intézetben átlagosan két évet tölthetnek. Segítséget kapnak ahhoz, hogy tisztán, drogmentesen kerülhessen ki az életbe. A riport különlegessége, hogy az intézetben egy sajátos módját választják a negatív életesemények feldolgozására. Az „Árvaálom" c. darab egy drogos prostituált történetét viszi színpadra. A szereplők a pszichodráma segítségével dolgozzák fel saját bántalmaikat, sérelmeiket.

A sajtópublikációk szűrőjén keresztül a társadalom a drogprobléma csak kicsi és szelektált szeletét ismeri meg (8). Ez még akkor is igaz, ha az általam kiválasztott riportok időnként szembe mennek a közgondolkodással és a kábítószer-fogyasztást nem pusztán egy egyéni akarattól függő döntésként kezelik, hanem a drogozás okának különböző pszichológiai és szociológiai összefüggéseire is rávilágítanak. A kiváltó okok nyilvánvalóan sokfélék lehetnek: élethelyzetek, családi viszonyok és tragédiák, anyagi javak, baráti kapcsolatok, kortárshatások. Kijelenthető, az is, hogy drogtémában az elmúlt két évben nem volt olyan sajtótermék, ami nem volt „szégyenlős". Az általam kutatott online médiumok között például nyíltan írtak arról, hogy vannak társadalmi csoportok, ahol egyre nagyobb méreteket ölt a drogozás, és nem érdemes elhallgatni annak következményeit.

„…a hírekből egyre többször hallani: a mélyszegénységben élőknél egyre elterjedtebb a szerhasználat, és a fiatalok legtöbbször nyíltan, a kisebbek szeme láttára csinálják. Egyfajta közösségi, generációkon átívelő droghasználat kezd kialakulni, ahol az idősebb generáció az alkohol és a cigaretta mellett gyógyszereket

fogyaszt, míg a fiatalok az új szereket használják. Mindezt azonban nyíltan, a szülők, nagyszülők előtt teszik…….”(9).

A Szécsi Judit az ELTE kutatója szerint: „időzített bombán ülünk” ….. a probléma az információhiány, és az, hogy az egészségügyi ellátórendszer is hiányzik, gond esetén csak a mentőt tudják hívni. „Márpedig gond mindig van: szinte mindegyik szerhasználó interjúalany beszámolt túladagolásos történetről.” A szegénységben élő szenvedélybeteg embereknek mindegy, hogy alkohol, gyógyszerek vagy dizájner drogok - mindegy mit használnak csak „kiüsse őket”. „Kábulat-függőségnek” nevezik ezt a jelenséget, amikor az érintett azért iszik vagy drogozik, hogy a valóságból kiszállhasson, elfeledje miben él. Szécsi Judit kendőzetlenül ír erről 2016-os tanulmányában (10). A fentebb idézett HVG-s tudósítás arról is beszámol, hogy a drog-használó, mélyszegénységben élők, többnyire munkanélküliek vagy közfoglalkoztatottak, nincs jövőképük. A kilátástalanság és a szegénység pedig a drog melegágya. A sajtó hasábjain kiderül, hogy a ”szegénységi droghasználat” a szegregátumokban fordul elő egyre nagyobb mértékben. Itthon a borsodi, szabolcsi, de a somogyi falvak cigánytelepein sokasodott meg a droggal élők száma.

„Az utolsó házból egy anyuka tolt ki babakocsit. Megismerte szociális munkás kísérőmet, és morgott valamit a herbálról. „Te is herbáloztál?.... a nő a fejét rázta, hogy nem, majd egykedvűen a ház felé intett: „Ott benn szívják. Egész nap ezt csinálják.”… errefelé már nem valami különös, városias hóbort a droghasználat, hanem a napi valóság része. „Itt, ha egy ötéves gyereket megkérdezel, úgy dalol neked a drogról, mint a kismadár” – mondta egy lány, aki ugyan az ország másik részén élt, egy kisváros szélén, de hasonló állapotokról számolt be. „Itt azok nem használják, akik 2-3 évesek” – folytatta a lány hátborzongató tényszerűséggel a hangjában, majd partneréhez fordult: „Csabika mennyi volt, amikor rászokott?” „Tizenegy.” „Elképedésemet látva sorolták: „Családos anyák is drogoznak.” „Van néhány olyan ház, ahol az apa, az anya, meg a gyerekek is használják. Mikor mit: herbált, kristályt, bogyót, ami van”(11).

Ezek a riportok láttatják a tendenciát miszerint a hátrányos szociális helyzetben élők között egyre többen szintetikus drogokra és gyógyszerekre cserélik az alkoholt. Leírják a droghasználat egészségügyi, szociális és kriminológiai veszélyeit, ám mégis van némi hiányérzete az olvasónak. Miért? Felmerülnek a kérdések: ezek a gyerekek súlyos veszélyeztetésnek vannak kitéve? Ha igen, akkor, hol van a gyermekvédelmi ellátó rendszer? Ha a szociális munkás kísérte el a riportert a telepre, akkor a probléma helyi szinten régóta ismert, mit cselekszik a szociális segítőhálózat? A drogozás és a terjesztés bűncselekmény, tehát ezek az esetek a rendvédelmi szervek látókörébe is bekerülnek. Mi történik ezután? A helyszíni

riportban szereplő információk hitelesek, képekkel támasztja alá az újságíró a borsodi kisfaluban tapasztalt gondokat, mégis bőven hagy maga után nyitott kérdést az írás. Móró Levente a finnországi Turkui Egyetem kognitív idegtudományi központjának doktorandusz hallgatója pszichológiából. Doktori disszertációjának témája a tudatkutatás, ezen belül a módosult tudatállapotok: az álmodás, a hipnózis, a hallucinációk, valamint a pszichoaktív szerek. Magyarországon független drogszakértőként tevékenykedik. A szakértőt 2016. áprilisában kérdezte meg egy interjúban a HVG arról, hogy miért különösen veszélyes vidéken a drogfogyasztás, ahol soha sem jutottak hozzá jó minőségű anyaghoz a szerhasználók. „Nem az a cél, mint a füves cigarettánál, hogy ellazuljon, és hátradőlve hallgassa a zenét. Ez már rég nem olyan rekreációs fogyasztás, amelyben jól akarják érezni magukat a fiatalok. Sokkal inkább menekülődrog típusú használatról van szó: minél jobban üssön a szer, hogy akik fogyasztják, egy időre elfeledkezzenek a nyomorról…" (12). Van a szegénységnek, a devianciának egy olyan szintje, amelyből nem lehet egyedül kijönni. „Túladagolás Veresegyházon. Az elhunyt nő az őrizettbe vett férfi barátnője. Veresegyházon feltehetően kábítószer-túladagolásban halt meg egy fiatal nő, ketten pedig kórházba kerültek…"(13). A hírműfajban meglehetősen homogén kép alakult ki az illegális drogokról. A kábítószerkérdést bűnügyi aspektusban ragadják ki. A veszélyeket olyan figyelemfelkeltő címekkel akarja a sajtó „eladni", ami nem tükrözi a valóságot. Sokszor a vezető hírekben drogos halálesetekkel példázzák, hogy a szerhasználat halálos kimenetelű is lehet. Nem teszik hozzá, és nem állítják viszonyba a halálos esetek számát, a drogosok hatalmas számával, vagy például más szenvedélybetegségekkel (alkohol, dohányzás), melyeknek szintén súlyos egészségügyi kockázatai vannak (14). „A felhasználók nemcsak a drog hatását nem ismerik, de általánosságban sincsenek tisztában olyasmikkel, mint hogy mit jelent a rászokás, a leszokás, vagy milyen hosszú távú hatásuk van az anyagoknak. A dizájnerdrog a társadalom legsebezhetőbb rétegét tarolta le, egyszerűen azért, mert olcsó, könnyen elérhető, és a felhasználókat nem fenyegetik komoly retorziók….."(15).

Merre tart a prevenció?

Alaptézis, hogy ha időben alkalmazzák a prevenciós beavatkozásokat csökkenthető a droggal való találkozás, legalább is a kockázata visszafogható. Ha a gyerekek megfelelő életkorban széles körű tájékoztatást és felvilágosítást kapnak a kábítószerekről a kipróbálások száma is kevesebb lehet. A drogmegelőzésnek számos színtere létezik, amelyek más-más mechanizmusokon keresztül funkcionálnak és érik el azt, hogy kevesebben nyúljanak a droghoz (16).

Magyarországon a Nemzeti Drogellenes Stratégia jelöli ki a prevenció útját. A stratégiában rögzített céloknak és prioritásoknak megfelelően például az iskolai programokat egy központi szervezet a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (az intézet 2017. áprilistól jogutód nélkül szűnt meg, feladatait a járási és a kormányhivatalok vették át) ellenőrizte és minősítette annak érdekében, hogy a megelőzésre kidolgozott programok hatékonyak legyenek. Eszerint az iskolákban komplex programokat kell végezni (Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013). A drogmegelőzés sajtókritikája mindig is elsősorban arra irányult, hogy az iskolákban zajló programok tudás fókuszú beavatkozások, ami azt jelenti, hogy előadásokat hallgatnak a diákok a kábítószerekről, azok hatásairól és következményeiről, a hozzájuk kapcsolódó negatív attitűd kialakítása céljából. Ezzel párhuzamosan a prevenciós munkában lényeges szerepet kaphatnának az úgynevezett affektív beavatkozások, ami a droghasználattal kapcsolatos védettség megalapozását jelenti. Az egyén belső jellemzőinek (önbecsülés, motivációs tényezők, felelősségvállalás, az elutasítás képessége, nyitottság a problémamegoldásra) tulajdonságainak erősítése révén.

A rendőrség drogmegelőző tevékenysége, a D.A.D.A. program és a középiskolásoknak szóló változata az Ellenszer program éveken át a sajtó fókuszában volt, a program elemeit a nyilvánosság megismerhette, és hatástanulmányok is készültek. Mára ezek a programok - noha folytatódtak az iskolákban - mégis majdhogy nem teljesen eltűntek a közvélemény látóteréből. A kábítószer függőség kialakulásában számos faktor közrejátszhat, azonban kiemelt szerepe és jelentősége van a családnak. A szülőknek, testvéreknek, barátoknak, a kortárs csoportoknak ingen fontos szerepe van az egyén életének alakulásában (17).

„A Legyen más a szenvedélyed! Sportolj, zenélj, alkoss, tanulj, vagy legyen a szerelem a szenvedélyed! – ezt üzeni a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács (NBT) mozgalommá fejlődött road showja a fiataloknak. A program tematikusan szólítja meg a fiatalokat, döntően a felső tagozatos általános iskolás és a középiskolás korosztályt….”(18).

Az uniós támogatású projekt túlmutat a hagyományos felvilágosításon, és más az üzenete, mint a korábbi prevenciós programoknak. Nem a drogok tiltására teszi a hangsúlyt. Lehetnek pozitív szenvedélyeink is, melyek még jót is tesznek az egészségünknek. A média hónapokon keresztül részletesen bemutatta a programot, amely nem a tiltás felől hanem teljesen új oldalról közelíti meg a drogmegelőzést. A folytatásra egy - kétmilliárdos keretet fordítanak 2020-ig, szintén uniós támogatással. „A Legyen más a szenvedélyed! 2. elindítása minden magyar fiatalnak jó hír, és illeszkedik a kormány drogmegelőzési politikájába a legfontosabb azon fiatalok megerősítése, akik nem kerültek be a veszélyt jelentő körbe, és kábítószerek nélkül élnek.” (19).

A lapokban differenciált kép jelenik meg a hazai drogpolitikáról. A plurális sajtó más - más szemüvegen keresztül látja a kérdést. A diskurzus középpontjában

legfőképp az áll, hogy mire és mennyit költsön a drog elleni harcban a magyar állam. Az elmúlt évek „drogpolitikai" vitájának központi kérdésköre volt, hogy a megelőzés mellett megéri-e foglalkozni az ártalomcsökkentéssel. A diskurzus fókuszában állt továbbá, hogy fontos-e az ellátó rendszert szélesíteni pl. gyermekaddiktológiákkal, és az érdemi munkába a korábbinál nagyobb kompetenciákkal kell-e felruházni a szociális hálózat intézményeit, a megelőzésben pedig az iskolákat? Tanulmányokra van szükség ahhoz, hogy feltérképezhető legyen a drogelleni küzdelem útja. Óriási lemaradásban vagyunk a kábítószer problémák kezelésében, egyáltalán a rendszerváltás előtt nem is létezett a probléma, így mínuszból indult az első drogstratégia is. Semmi tapasztalata nem volt ebben az országnak (20).

Az első után a második drogprogramot megújították, a 2013-as drogstratégia után pedig több eredményt várnának a kritikusok- köztük a szakma.

„…Az első drogstratégia még alapvetően liberálisan próbálta kezelni a kábítószerhelyzetet. A program vezérelve az ártalomcsökkentés volt, a fogyasztás közben keletkező egészségügyi, gazdasági és társadalmi károkat próbálták mérsékelni, tűcsereprogramok indultak, a lebukott fogyasztóknak kezelést ajánlottak, prevenciós előadásokat tartottak az iskolákban…." „…a 2011 októberében megjelent új stratégia tervezete eltért a korábbiaktól: az ártalomcsökkentés helyett a fogyasztók sokkal szigorúbb büntetése került a fókuszba. 2012 közepén megszavazták az új Btk.-t, a jelenleg is érvényben lévő szabályok szerint két év letöltendő börtönbüntetés is járhat egy spangliért. Ezt egyszer még ki lehet váltani elteréléssel…." (21).

Az újságcikk szerint ezek a stratégiai programok túl hosszúak ahhoz, hogy hatásosak legyenek. A politikának, a szakmának mindig az aktuális problémákra kell választ adniuk. Az írás idéz egy –a területért felelős államtitkári nyilatkozatot is:

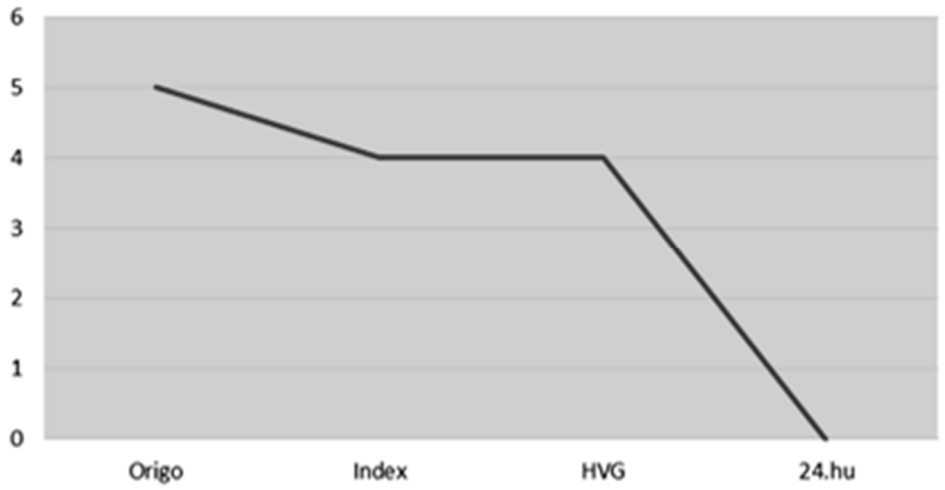
„….legutóbb 2016 júniusban, a kábítószer-ellenes világnap alkalmából szólalt meg Czibere Károly, az Emmi szociális ügyekért és társadalmi felzárkózásért felelős államtitkára. Az mondta, hogy „a legújabb jelentések szerint a középiskolások vonatkozásában 30 százalékkal csökkent a szerhasználat, ami kézzelfogható eredmény, és igazolja a kormány drogstratégiáját, ezért ebben a szellemben kell tovább folytatni a munkát" kitért a telepeken, szegregátumokban „iszonyatos ütemben terjedő" új pszichoaktív szerekre is. Ennek a helyzetnek a megértésére és kezelésére átfogó vizsgálatot kell indítani, ki kell dolgozni a megfelelő stratégiát az eredményes beavatkozásra, különben „nemzedékek fognak a semmibe hullani"- mondta. …." (21).

Az államtitkár ugyanebben a tudósításban beszélt arról az EFOP- keretében megvalósuló, jelenleg futó szegregátum-kutatásról is, amely nem pusztán a telepeken történő szerhasználatot vizsgálja, hanem megoldási javaslatokat is

felvázol. Hozzáteszi meg kell próbálni összetetten kezelni az telepeken élők sorsát, erre hivatottak a pl. a komplex telepprogramok.

Ha visszatekintünk a kutatásom elején szerepelő táblázatokra jól látható, hogy a drogról szóló publikációkhoz csak óvatosan nyúlnak hozzá az újságírók. A kábítószer használatról jegyzetet, tárcát nem olvastam az elmúlt két évben, más témák kapcsán mindennap kapunk olvasnivalót a szubjektív műfajokban is. Kényes és rizikós terület a droghelyzet a zsurnaliszták számára. Szakmai elvárás, viszont, hogy bármely műfajban a kábítószer fogyasztás egészségügyi és társadalmi veszélyeiről félelemkeltés nélkül kell írniuk, reális képet alkotva (számadatokkal, szakmai véleményekkel alátámasztva) a droghasználat miatti egyéni és társadalmi károkról. A kábítószer pusztítja az egyéni akaratot, a családi és társadalmi kohéziót. Az információkkal csínján kell bánnia az újságírónak, nem írhat le bármit kábítószer témában, nem fedhet fel olyan tényeket, amelyek például nyomozást érintenek. Előítéletektől mentesen ábrázolják a problémát, a szerfogyasztóra vonatkozó pejoratív megjegyzést nem találtam az elemzett híranyagokban, és interjúkban. Az ismeretterjesztő műfajokban fontos, hogy a drogos felépülését segítő-és támogató rendszerről is írjanak, és emeljék ki a prevenció szerepét.

Az írások tartalmának elemzésén kívül azt is megfigyeltem, hogy a drogmegelőzéssel foglalkozó cikkek általában az online oldalak tematikus rovataiban jelennek meg. Az alábbi grafikonon érzékelhető, hogy a sajtóorgánum profilja meghatározza a tematikus írások számát, hangsúlyosságát. Az Origo-n, HVG-n, Indexen napi/ heti rendszerességgel frissül a rovatok tartalma, leggyakrabban saját szerzőik írásaival, a 24. hu-n ez nem jellemző.



3. diagram: Drogprevenciós cikkek az online újságokban

Zsély Anna Addikciók a médiában c. írásban azt taglalja, hogy a sajtóban bemutatott anyagok nem függetlenek a készítők attitűdrendszerétől, és az üzenetek magukon viselhetik a médiaszereplők drogokkal kapcsolatos nézeteit (22). Ha ez igaz, akkor a riportalanyok és az újságíró véleménye mégiscsak tükröződik a publikációkban, ezek befolyásolhatják a közvéleményt. A szerző ebben a munkájában elemzi azt is, hogy a különböző generációk eltérő módon értelmezik és viszonyulnak a droggal összefüggő témához. Általában a fiatalabb médiamunkások tájékozottabbak, bővebb az ismeretük a szenvedélybetegségekről, bátrabban és előítéletek nélkül írnak a szenvedélybetegségekről és kábítószeres esetekről (22). Az újságíró akkor hiteles, ha több forrásból értesül, mielőtt megírja a cikket. Az online újságokat olvasva, számtalanszor ugyanazokban a hírekbe futunk bele egymástól teljesen eltérő oldalakon. Híréhség van, kattintás számok utáni profit. Az online-on a vezető hír mindig egyben a legolvasottabb írás. A papír alapú hagyományos sajtóban ez nem így van. A lap által a legnagyobb érdeklődésre számot tartó cikk kerül a főoldalra. A kritikusok szerint fellazult az újságírói szakma megesik, hogy ellenőrizetlenül hamis információk is bekerülnek a webes – sajtóba, ha nincs kontroll. A laikusok is tisztában vannak azzal, hogy a bulvár lapokban a szenzációkeltés mindenek felett áll. Az újságcímek, headlineok is erről árulkodnak. Egy MTI-s hírben: „40 milliós drogfogás a hétvégén" címmel olvasható egy bűnügyi hír, míg a Blikk-ben ugyanez: „Egy külvárosi garázsban tárolta a drogot a hétvégén elfogott bűnbanda…" vagy egy másik cím: „Elképesztő találmány: egy szívószál, ami kimutatja, ha az italában drog van!" A bulvárhírek általában nagy hatással vannak a befogadóra, és a pletykák rögzülnek az emlékezetben. Miközben az olvasók jelentős része tudja, hogy a bulvárnak vajmi kevés a valóságalapja, mégis elolvassák. A pletykalapok szavahihetőségét az olvasók rendszerint megkérdőjelezik és ellenőrzik az ott megjelenő információk valódiságát egy másik oldalon. Az online média, mivel sokkal nagyobb tömegekhez ér el, mint a hagyományos nyomtatott sajtó vagy elektronikus médiumok, a közvélemény drogprobléma iránti fogékonyságát növelheti, és a téma társadalmi kommunikációjában játszhat szerepet (23).

A fiatalok kommunikációjában egyre nagyobb teret nyernek a digitális eszközök. Az internetet a prevenciós programokra is jól lehetne hasznosítani. Ám az általam vizsgált oldalakon nem találtam számottevő és a kommunikációját tekintve tudatosan prevencióra tervezett írást. Az online média tanácsadási és felvilágosítási szándékkal elenyésző mennyiségű anyagot tesz közzé, főként ahhoz képest mennyire szükség lenne a felvilágosításra. Ellenben a globális elektronikus kommunikáció nyílt terepe az antiszociális, erkölcstelen elvek és információk közlésének is (23).

Pörög a világ

Óriási robbanás történt a digitalizációban a 2000-es évektől egészen mostanáig. Ma már egy kétéves kisgyerek is ért a modern digitális eszközökhöz. A számítógépek elavult hardvereknek számítanak, ha azt vesszük, hogy azokkal nem járkálhat az ember az utcán, ám ahelyett az okostelefonnal mindenütt eléri a világhálót, és bármit rendelhet……Igen, kábítószert is! Illegálisan. Pár kattintással gyorsan elérhetővé válik a drog, ami ebből a szempontból mellékes, hogy bulidrog, hagyományos vagy ismeretlen eredetű és szintetikus. A neten beszerezhető a „legdurvább anyag" is. A világháló anonimitást kínál a terjesztőnek és a használónak.

„A drog lesz az új drog"- Írja a be a keresőjébe, hogy Rivotril eladó. Esetleg, hogy Clonazepam sale. Vagy, hogy Klonopin no prescription (~Klonopin vény nélkül). Elég sokat tudna venni, rengeteg helyről, nem igaz? Ez viszont elég nagy baj (24).

Előfordult, az is, hogy az egyik webshop gógynövényboltnak titulálta magát.

„Teásdobozban szállították a dizájnerdrogot a január 19-én lekapcsolt drogbeszerző társaság tagjai: az öt fős csapat Kínából rendelte, és Anglián keresztül szállította Budapestre a kábítószert. A rendőrség elsődleges becslése szerint az anyag feketepiaci és fogyasztói értéke minimum 25 millió forint… a drogot az interneten terjesztették" (25.) „A napokban tizenöten kerültek kórházba egy új, eddig ismeretlen szintetikus kábítószer miatt Budapesten - közölte az ÁNTSZ. A betegek közül többen súlyos tüneteket mutattak, többen intenzív ápolásra szorultak. Az ÁNTSZ-hez eljutott információk alapján a betegek egymástól függetlenül kékes-zöldes színű tabletta fogyasztásáról számoltak be (egyben vagy porítva), amin a Facebook logója található" (26).

A dizájner webshopokon hamis reklámszövegeket találni, és rengeteg olyan komment olvasható, amelyben az aktív vagy passzív herbálosok saját tapasztalataikat osztják meg másokkal. A bűnözésre alkalmas oldalak (deep webeknek) a digitális nyomait a rendőrség és más hatósági szervek is kutatják. Az információs társadalomban a kapcsolataink is átalakulnak. A digitális világ kinyithat kapukat, létesíthetünk új kapcsolatokat, leküzdhetők a földrajzi korlátok, de az információs háló szeparáló hatását sem vitatja senki. Sokunknak beugrik a kép szobáikban egyedül ülő srácokról, akik szenvedélye a számítógépes játék, és úgy hiszik, hogy van társaságuk, ha hálózatban játszanak. Ezt a jelenséget a pszichológusok, a szociális aktivitás csökkenésének nevezik. Említettem az okostelefont. Ezzel, az eredetileg kommunikációra szánt eszközzel, szinte alig telefonálunk, szórakozásra, hírolvasásra, közösségi kapcsolatokra használjuk, mi több egy lépést sem teszünk anélkül. A fiziológiai, a biztonsági, a szeretet, a valahová tartozás, az elismerés és az önmegvalósítás szükségleteiről Maslow az

1900-as évek közepén azt mondta: ezek csak az emberi fajra jellemző specifikus szükségleti szintek, a cselekvések motívuma, a szociális kapcsolatok, a kommunikáció és a kapcsolattartás alapvető feltételei. A felgyorsult világban könnyen sérülnek meg a perszonális kapcsolatok. Egyes droggal kapcsolatos publikációk olyan tabukat is kinyitnak, mint a gyerekkori sérelmek, a családon belüli erőszak vagy a gyerekek érzelmi elhanyagolásának következményei. A látens szenvedélybetegség (alkohol és füvezés) éppen az érzelmileg elhanyagolt fiataloknál, magányos vagy depressziós egyéneknél fordul elő.

A sajtóban is nyilvánosságra került ESPAD (Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol-és egyéb drogfogyasztási szokásairól) adatok szerint: a 9. és 10.-es diákok 26,8 százaléka bevallotta, hogy kipróbált már valamilyen drogot. Csaknem minden ötödik diák használt már tiltott szert, minden hatodik vett be gyógyszert orvosi javaslat nélkül (általában hangulatjavításra szednek fájdalomcsillapítókat) és minden tizedik kipróbált már a piacon újonnan megjelenő dizájner drogot. A fiatalok kábítószerezésének különböző pszichológiai és szociológiai összetevői vannak. Érzelmi csalódások, traumák, tragédiák, kortárs- és közösségi hatások. A harmonikus családi közösség, a szerető és törődő szülők, a támogató családi környezet, és a következetes alapozó fegyelmezés csökkenti az antiszociális magatartás kialakulását és a narkománia előfordulásának esélyeit. Az ezzel ellentétes nevelési stílus, és a rossz szociális klíma táptalajt szolgáltat az addikcióra. A verbalitás-és a kommunikáció, az érzelmi viszonyulás mellett a szociális minta meghatározó. Mit lát, mit látott a szüleitől otthon a fiatal? A riportok, a hírek kitérnek erre is. Például: „Autóból árult kábítószert apa és fia Józsefvárosban.…" (27). „Öt ember előzetes letartóztatásba került drogterjesztő fővárosi családból. A héttagú bűnbanda speedet és füvet terjesztett dél-pesti kerületekben, elfogásukkor közel kilencmillió forintot és rengeteg aranyat találtak náluk" (28).

Magyarországon hozzávetőlegesen kétszázezer veszélyeztetett gyerek él (KSH). Súlyos veszélyeztetés miatt, a családból kiemelt gyerekek a gyermekvédelmi rendszerbe kerülnek. A családon belüli veszélyeztetettség okán könnyen bűncselekmény áldozatává illetve elkövetőjévé válhat a fiatal. „Otthonában egy szobában felállított sátorban termesztett kábítószert egy férfi Pécsett. A rendőrség húsz tő kábítószergyanús növényt, több mint 200 gramm kábítószergyanús növényi származékot, mintegy 1000 gramm kábítószergyanús fehér pasztát, valamint kábítószer-termesztéshez használatos berendezéseket foglalt le. A nyomozók elfogtak egy fiatal férfit és 59 éves édesapját, és eljárást indítottak ellenük" (29).

„Gyerekeknek is árultak biofüvet, kristályt az Érden elfogott dílerek, a családi vállalkozás nagyüzemben terjesztette a dizájnerdrogokat - de a náluk talált külföldi valuta alapján más illegális üzletben is részt vehettek" (30).

A családon belüli devianciák, a bűnözés, a fiatalok drogfogyasztásának –és terjesztésének összefüggései a hírekben megtalálhatók, sőt vannak publikációk, amelyek a megbomlott családok rizikóhatásait is említik. Azokból a fiatalokból, akikből a szeretet és törődéshiány nem kifelé forduló agressziót vált ki - az általuk megélt környezeti magatartással nem azonosulnak-, nagyobb eséllyel fordulnak az önpusztítás, a drogozás felé (31).

„ Alkohol helyett már a drogokat használnak a fiatalok a bulikban" „Az elit gimnáziumokban is jelen van a drog…" „ akinek több pénze van, tisztább szerhez jut.."

A fenti címek: szalagcímek. Rendszerességgel megjelenik a sajtóban a peremhelyzetben élő, lecsúszott a társadalomból kitaszított, érzelmileg elhanyagolt, rossz szociális hátterű drogos, de mellette ott van a jómódú réteg ugyanúgy. A média nem szégyenlős, a bulvár pedig egyenesen kiteregeti a közismert emberek és sztárok drogos ügyeit. A médiakutatókat mindig is érdekelte a droghasználó ábrázolása. A kábítószerfüggő bűnöző vagy segítségre szoruló beteg? (20). Az általam összegyűjtött riportokban a szerző az olvasóra bízza a választ, a herbálozó fiatalok szociológiai környezetét bemutató riportokban előítélettől mentesen írnak az újságírók, a probléma szituációkba való beágyazása is élethű, nem elnagyolt.

„Sok tizenéves kacérkodik a droggal"- az újságokban foglalkoznak a kipróbálás, a rászokás, a függőség kialakulásával és az úgynevezett kapuelmélettel. Nem mosódnak össze ezek a fogalmak, az újságíró elsősorban a szakma véleményére támaszkodik, és azt közvetíti.

Az ezerarcú drogok

A világ drogpiacát a szintetikus drogok uralják. Itthon egy év alatt 5 százalékkal emelkedett a herbált használók száma. A dizájner drogokat ezerarcú narkotikumnak is nevezik, ugyanis senki nem ismeri pontosan összetételüket, ebben rejlik a legnagyobb kockázatuk. A túladagolásokról szóló megdöbbentő hírekben (részletek már fentebb olvashatók) a sajtó maradéktalanul beszámol a szer káros hatásairól. Ezek nem túlzóak. A herbálról megjelent cikkek tárgyilagosak, hitelesek. Szinte minden herbálos riportban megszólal szakértő (addiktológus, pszichológus, szociális munkás), akik a veszélyes szerek egészségügyi veszélyekről nyilatkoznak. A dizájnerekkel nem tud mit kezdeni a rendőrség sem! Ha valamelyik összetevőt tiltott listára tesznek, bekerül egy másik ép legális anyag a helyére. Ez az ádáz küzdelem is megjelenik a cikkben.

„A herbál egy marihuanához hasonló, de szintetikus szer. Összetétele sokféle lehet: alapja egy Kínából származó fehér por, amit általában valamilyen szerves oldószerrel, vagy közkedvelten körömlakklemosóval oldanak fel, majd növényi

törmelékkel látják el. Ez lehet orvosi zsálya. pemetefű. Ezt követően a növényi törmeléket kiszárítják, és cigarettapapírba sodorva szívják el" (32).

„A szerek másik nagy trükkje, hogy összetevőik akár napok alatt módosíthatóak - ha a rendőrség úgynevezett C-listára teszi az egyik típust, a kínai gyártó kis fazonigazítás után kijön egy majdnem ugyanolyan, de legális változattal. Az állandó változtatások miatt sokszor a "szertáros" sem tudja, hogy éppen mi van a pakkban"… „ Két slukk és lecsiszolja az agyamat" (33).

„A herbál hatása teljesen eltér a marihuánáétól, eufóriát, majd depressziót okoz" -nyilatkozta egy riportban a Kék Pont Egyesület munkatársa. Azért különösen veszélyes az új, pszichoaktív hatást kifejtő szer, mert teljesen bizonytalan az összetétele. A drogfogyasztók legfeljebb egymástól szereznek információt arról, hogy az aktuális anyagban mi lehet. Igen nehéz megállapítani, hogy milyen mennyiségben van jelen a szervezetben, a toxikológus is bizonytalan. Az utóbbi 2 évben 267 darab új kábítószert azonosítottak a hatóságok. „Ezeket a szereket magasan kvalifikált és jól fizetett vegyészek állítják elő Kínában és az "újkori selyemúton" 3 hét alatt eljut a legújabb designer drog Európába" (34).

Az új pszichoaktív szerek egyértelműen negatív megítéléssel szerepelnek a sajtóban, kiemelve az azokkal járó magas egészségügyi rizikót.

„Az új drogok hallucinációkat, paranoid tüneteket, a testhőmérséklet életveszélyes emelkedését okozhatják, de volt olyan függő, aki azért halt meg, mert egy dizájnerdrogtól leállt a légzése" (35). A szer megváltoztatja használóját, ha beveszi, akkor többé már nem uralkodhat saját gondolatain, és cselekedetein. A herbál átalakítja az egész személyiséget. *„A 16 éves fiú egy új drogot vett be, rosszul lett, mentõt hívtak hozzá. A mentõben tévképzetei támadtak, ezért - az iskolatáskájából elõvett késsel - hasba szúrta a vele szemben ülõ ápolót, akinek az életét csak a gyors orvosi beavatkozás mentette meg" (36).*

Az elmúlt két évben számos írás arra hagyja következtetni az olvasót, hogy az újonnan használt szereknek rövidebb, de durvább a hatása valamint könnyű az ismeretlen szerekre rászokni. Érdekes összefüggések tárulnak az olvasók elé, arról, hogy bizonyos drogtípusnál nehezebb a leszokás, és könnyebb a visszaesés. A Nyírő Gyula Kórház Országos Pszichiátriai és Addiktológia Intézet pszichológusa Kapitány- Föveny Máté elemezte a kérdést: a HVG egyik interjújában (37).

„míg a kannabisznál jellemzően nincs az az erős szenvedés, ami motiválna a leszokásra, a herbálnál sokan mondják, hogy nem bírják a tüneteket, le akarnak szokni….A motiváción sok múlik, az elvonón érdemi változás 3-6 hónap után várható. Az iskolás szerhasználók között a növekedés sem annyira vészes, azok aránya viszont jelentős, akik nemcsak kipróbálják, de rajta is maradnak a szeren" (37).

Már - már bevett szokás, hogy a rehabilitáción átesettek példáján mutatja be a média, hogy lehetséges kiutat találni a súlyos szenvedélybetegségekből, függőségekből, mániákból. Csakhogy az általam vizsgált elmúlt bő két évben

nem találtam életszerűen bemutatott, eredményes drogterápiákról szóló híreket. (Kivétel az általam fentebb említett esztergomi leányintézetben élők története.) A herbálos függők számának növekedése, az ismeretlen szerek összetevőinek állandó változása, a hatások és következmények kiszámíthatatlansága miatt kimondottan herbált használóknak szánt terápiáról nem ír, nem beszél sem a szakma sem a sajtó. Új információ viszont, hogy a leszokás sikeressége azon is múlhat, hogy milyen szert használt a függő. A leszokást támogató alternatívákról nemigen közölnek információt, ám a tájékoztatáshoz ez is hozzátartozna. (Megjegyzem más szenvedélybetegség vagy függőség kezelésére alkalmazott terápiákról, sepcifikus ellátásról sem lehet sokat hallani a médiában) Természetesen ez önmagában nem jelenti azt, hogy nincsenek ilyen programok. 2013-ban az Index mutatta be a komlói Leo Amici Alapítvány közösségi terápiára épülő, főként súlyos alkoholisták és drogfüggők gyógyulását segítő intézmény munkáját.

„A Leo Amici Alapítvány komlói drogrehabilitációs intézménye a drogfüggés gyógyszeresen, például Metadonnal kezelő intézményekkel szemben a közösségi terápiára építi. A függők egész napjukat egymás társaságában töltik, kötött program szerint gyógyulnak fázisokban. A legkötöttebb a nulladik fázis, ami egy hónapig, 50 napig tart, ekkor a szenvedélybeteg nem lehet egyedül, még levelet sem kaphat kintről. A közösségből a mentora folyamatosan mellette van, és mindenben segíti. Ezután fokozatosan egyre szabadabb: telefonálhat, kimehet a városba kenyeret venni, majd végül egyedül is távozhat rövidebb időkre. A közösség a Komlóhoz közeli pécsi belvárosban egy saját lakást üzemeltet, ahol a bentlakásos terápiát sikeresen befejező függők lakhatnak még egy évig. A félutas lakás szerepe az, hogy a szenvedélybetegek intenzív intézeti kezelése után a rehabilitáció és az önsegítő csoportok közötti átmenetet biztosítsa” (38).

„A központ 21 éve áll fenn, 430 ember fordult meg az intézményben, van olyan is, aki csak egy-két napig, de kb. minden negyediknek sikerült a rehabilitáció rendben van az élete” (38).

A cikk jól illusztrálja, azt is, hogy a legtöbb hagyományos rehabilitációs programmal szemben a komlói abban is speciális, hogy nem az egyénre, hanem a közösségre épít. A mozgás- és drámaterápia eszközeit is felhasználják a rehabilitációban és segítik visszaadni az érintettek önbecsülését, szociális készségeiket fejlesztik. A drogfüggők rehabilitációjáról megjelenő kép a sajtóban általában az egyéni életutak, megélt traumák és az egyének társadalomba való visszatérésének képességét, lehetőségeit mutatják be. Az induktív gondolkodás-és következtetés ezekben a cikkekben is megtalálható, ahogyan a kutatásom során idézett szocioriportoknál, de itt sokkal mélyebb az emberábrázolás, részletgazdagabb a leírás. Az ok-okozati összefüggések háttérbe szorulnak (miért kezdett el drogozni?), inkább a következmények és a felépülés lehetősége, sikeressége számít. A tematikus cikkekhez tartozó kommentekből az derül ki, hogy a közvélemény nem kap

teljes képet - mert nincsenek pontos adatok, statisztikák- a függőségek terápiás kezeléseinek eredményességére vonatkozóan, ezért az emberek nagyobb számban szkeptikusak a kábítószerfüggők sikeres rehabilitációjával, társadalmi integrációjukkal kapcsolatban.

Összegzés

Célom az volt, hogy tanulmányozzam az elmúlt két és fél év drogtémában megjelent online sajtóhíreit. Az érdekelt, hogy a hazai négy legolvasottabb internetes híroldalon (Origo, Index, HVG, 24. hu) miről írnak kábítószer témában, és ezek az írások feltárják-e a droghasználat társadalmi vetületeit. Arra voltam kíváncsi, hogy a publikációk a hazai kábítószerhelyzetet csak bűnügyi kontextusban mutatják be, avagy az írások feltárják a probléma gyökereit, bemutatják társadalmi vetületeit, és elgondolkodtatják az olvasót erről a globális problémáról. Kutatásom az általánosan megfigyelhető jelenségeket körvonalazza a médiában megjelenő „drogképpel" kapcsolatban, de nem részletezi pl. a szubkultúra jellemzőit, a rendőrség drogellenes harcát, az illegális szerek használatának és terjesztésének jogi következményeit, az ellátórendszer erőfeszítéseit. Az utóbb említett témákban keveset publikáltak az általam vizsgált internetes újságok.
2015-és 2017-ben a sajtó hasábjain előtérbe került: a fiatalok drogfogyasztásának növekedése, annak társadalmi szociális –és családi háttere. Fókuszba került a rászokás veszélye, a droghasználat egészségügyi következményei, a bűnügyi veszélyeztetettség, a drogpolitika hatástalansága, a segítő szakmák alulfinanszírozottsága valamint a cigánytelepeken terjedő herbálozás. Kutatásom az online – lapok tartalmának elemzésére törekszik a sajtóműfaji sajátosságokat figyelembe véve.
A vizsgált szövegek különböző sajtóműfajokba sorolhatók. A cikkek műfaja, és tematikája már önmagában is asszociációs lehetőségeket hordoz magában. A sajtóműfajok meghatározzák, hogy milyen pozícióból kezd el a témán gondolkodni az olvasó, mi marad meg az emlékezetében, hogyan értelmezi–és esetlegesen adja tovább az információkat. Például egy bűnügyi hír elsősorban negatív gondolatokat ébreszt az olvasóban, míg egy szocioriportnak emocionális hatása is lehet. Az elemező műfajok a tényeket kibontják, összefüggéseket világítanak meg, ezért a hírműfajoktól eltérően, árnyaltabb lenyomatot képeznek az olvasóban. Egyes felfogások szerint a hírek szimbólumok a befogadó számára. Arra szolgálnak, hogy megfogalmazzanak és fenntartsanak egy ideológiát és értékrendet a társadalom számára. A hírek mindig magukban hordozzák a társadalmilag érvényes normákat, azok tükröződnek bennük. A befogadás alkotó

tevékenység, mint a közlés. Az olvasó a hír alapján építi fel önmaga számára az őt körülvevő világot, alakítja ki asszociációit, gondolatait (39).

Be lehet mutatni egyes médiatartalmakat abból a szempontból is, milyen fogalmi rendszert társítanak a drogozáshoz. Ha szűkítjük ezt a herbál- használatra, akkor a következő fogalmakat tehetnénk hozzá: fiatalok, olcsó drog, ismeretlen hatóanyagok, szegények, romatelep, könnyű rászokás, életveszélyes állapotok. Az olvasók ezekhez a szavakhoz, szókapcsolatokhoz képzeteket kreálnak. Az újságírón múlik, hogy mit emel ki egy-egy „történéséből", minek tulajdonít jelentőséget, milyen felütéssel kezdi írását, mit sugall a riport végére. Az újságíró szelektál a megismert információkból, a tényekből, ha egyértelműen nem is fejti ki véleményét, gondolatvilága akkor is átszűrődik stílusán. A médiumok szerepét és felelősségét ki kell emelni ebben a kérdésben, hiszen a probléma iránti fogékonyságot növelhetik és befolyásolják milyen közhangulat alakul ki a kábítószer problémával és droghasználóval szemben. Az általam vizsgált oldalakon a publikációk arra is felhívják a figyelmet, hogy a médiában a drogozás társadalmi okainak bemutatása felerősödött. Célzottan megmutatják, hogy nemcsak egyéneket, csoportokat, de egész társadalmi rétegeket érint a rászokás, a szerhasználat. Az olvasó szembesül azzal is, hogy hiányzik a társadalmi párbeszéd drogkérdésben, nincs egyértelműen hatásos kezelés, és hiányos a szakmák közötti (egészségügyi, pszichológus és szociális szakmák) együttműködés. A prevencióból a család csak kis mértékben veszi ki részét, a megelőzést és a tájékoztatást az iskolákra, a civil szervezetekre és a rendőrségre hagyják.

Az online hírlapokban a kábítószerhez kapcsolható tartalom elenyésző más szenvedélybetegségekhez képest. A tiltott szerek között kiugróan magas számban szerepel a herbál, és a más dizájner drogok. Tragikus esetek, új szerek, és nagy drogfogások után kapja fel a témát a sajtó. Szembetűnő, az is, hogy a riportokban a herbálozás deviancia, a szerhasználatnak súlyos egészségügyi következményei vannak, és emiatt több a drog hatása alatt elkövetett bűncselekmény. Számokkal alátámasztott súlyozásnak nevezik az újságírói szakmában azt, amikor statisztikai adatokkal érzékeltetik valamilyen téma fontosságát. Az általam kiválasztott cikkekben megfigyelhető, az adatokkal való alátámasztás, és kiemelés. Például milyen mértékben növekedett a kábítószer - fogyasztás itthon, hogyan alakult ez korcsoporti eloszlásban, stb. A számokra támaszkodnak a rendőrségi hírek is, pl. mekkora drogfogás történt egy rendőrségi rajtaütés során. A kutatásom során megállapítottam, hogy a herbállal összefüggő cikkek több, mint fele hírjellegű közlemény volt. Ezek leginkább bűnügyi kontextusban jelentek meg. A tényfeltáró, elemző és szakvéleményekre alapozó riportokban a hiteles ábrázolásmódot és az újságíró elfogulatlanságát az Index, az Origo, de a HVG írásaiban erényként említhetem. Nagy képi terjedelemmel illusztrálják, ábrázolják a hazai kábítószerhelyzetet az online újságokban. A képek sajtófotók és dokumentációk. Valós személyek, rehabilitáción átesettek szerepelnek a fotókon. Arcukat

vállalták a riportokban. Más történetekhez, illusztrációkat használtak. A publikációk általában aktívan ábrázolják a fogyasztókat, a közlésekben lehetőségük van megszólalni, beszélhetnek saját problémáikról.

A prevenciót hangsúlyozó írások alig fordultak elő a vizsgált cikkek között. Hírekben, vagy mínuszos hírekben nem lehet a megelőzésről írni a műfaj korlátozza a téma kifejtését. Az ismeretlen szerek, a dizájner drorgok káros hatásait viszont részletesen bemutatták a riportok. Megfigyeltem, hogy itt sem elsősorban a szenzációkeltés volt a cél, (kivétel 24. hu, amely bulvár stílusban ad közre híreket is) hanem a tárgyilagos leírás.

Az orvosok holisztikus szemléletű gyógyításnak nevezik azt, amikor nemcsak a egy bizonyos betegség tüneteit az azzal járó panaszokat, hanem annak okát is gyógyítják. Oki terápiát folytatnak, megkeresik a betegség okát, és az egész embert gyógyítják nem pusztán a megbetegedett testrészt vagy szervet. Merész párhuzam, de az Index, és a HVG elektronikus hasábjain hasonló példát hoznak arra, hogy a kábítószer- fogyasztást, a drogterjesztést, a narkotikumok visszaszorítását, a bűnözők elleni harcot, és a törvényi szabályozást „külön fiókba" teszik, holott együtt a drogstratégiában kellene „kezelni." Az újságírók szerint egész Európában itthon bünteti a legszigorúbban a törvény a droggal való visszaélést. Nem a terjesztőket illető büntetést, hanem a fogyasztók büntetésére vonatkozó szabályozást sokallják, az elterelés intézményét is megkérdőjelezik abban a formában, ahogyan jelenleg működik. Ezzel szemben a közvélemény (az oldalakon található kommentekből kiolvasható) megfelelően szigorúnak, jogosnak és elfogadottnak tartja a droggal kapcsolatos esetek jogi következményeit, büntetési kategóriáit. A hatóságoktól a bűnszervezetekkel szemben határozottabb fellépést vár el a társadalom.

Az olvasó a cikkek többségében csak elvétve találkozik a társadalomkutatók véleményével, ezért igyekeztem olyan írásokat bemutatni, melyekben pszichiáterek, pszichológusok, egészségügyi és szociális szakemberek megszólalnak, ám a komplex társadalomtudományi kutatások és vizsgálatok hangsúlyosabbá tehetnék a drogkérdést és a kábítószer terjedésének negatív hatásait. A riportok felhívják a figyelmet a herbál bizonyos közösségekben való rohamos terjedésére, de a cikkekben hiányzik az utalás a szakmaközi együttműködésekre, a rehabilitációs lehetőségekről keveset közölnek. A tartalmak elemzése során megállapítható, hogy hiányzik a társadalmi diskurzus. A tájékoztatáshoz hozzátartozna, hogy a leszokást támogató terápiák is megjelenjenek a sajtóban, ám ezekről nem írnak a lapok. Ellenben arról igen, hogy a súlyosan függővé vált személyek munkaképessége csökken, vagy a szerhasználók többsége teljesen munkanélkülivé válik, családjaik szétesnek, és a szenvedély miatti bűnözés jellemző rájuk. A függőség okozta károk felderítése, elhárítása és a fogyasztók fizikai, szellemi leépülésének kezelése sokban kerül az államnak.

A közlésekből minden esetben leszűri az olvasó, hogy a drogfogyasztás általában kísérő-jelensége valaminek. Amíg az iskolás herbálózó fiatalok egyszeri vagy alkalmi drog használóként jelennek meg a cikkekben, addig a roma telepeken élő szenvedélybetegek és függők motivációja nem a szórakozás, hanem az önpusztítás, a felejtés. Szubjektív, hogy a herbálozó, lecsúszott társadalmi réteg bemutatásán keresztül, a kábítószer kérdéssel szembeni toleranciát vagy az elidegenítő attitűdöt fokozzák a publikációk.

Végjegyzet

1. Zacher Gábor: Lezúzzák magukat az Európai fiatalok. Világgazdaság, 2016.09.14
2. Index hír 2017. 03.26.
3. Koncz Tamás: A láncfűrész is előkerült a falunapi verekedésben. Origo. 2016. 08.01.
4. Koncz Tamás: Életfogytiglanit kapott a százhalombattai családirtó. Origo. 2016. 11.10.
5. Koncz Tamás: Halálos kristály terjed a peremvidéken. Origo. 2016.02.02.
6. Ember Zoltán: Patkányméregből, csavarlazítóból, acetonból készül a pusztító drog. 24.hu. 2016. 06.23.
7. Kalas Györgyi: Azt mondta szép vagyok és ágyba hozza majd a kakaót nekem 2016.03.03.
8. Andok Mónika (2006): A hírek mint kulturális szimbólumok.
9. Brutális Trend: Egyre jobban terjednek a dizájer drogok a szegények körében HVG. 2016.06.22.)
10. Szécsi Judit- Sik Dorottya: Szerhasználat egy hátrányos helyzetű kistérség szegregátumaiban. ELTE TáTK, 2016.
11. Földes András: Siker! A drog oldotta meg vidéken az alkoholproblémát. Index.2015.04. 16.
12. G. Tóth Ilda: Móró Levente: „Üssön a szer, hogy elfeledkezzenek a drogról. HVG. 2016. 04.13.
13. 24. hu. hírfolyam 2017. 04.18
14. Demetrovics Zsolt: : A droghasználat funkciói. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2007.
15. (15) Földes András: Ha erős az anyag leszakad az arcom és dől az orromból a vér. Index. 2016.02.22.
16. Paksi Borbála - Dr. Czakó Ágnes - Demetrovics Zsolt (2006): Budapesti iskolai drogprevenciós programok értékelése. In: Bíró Judit(szerk): Biopolitika - Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. NDI. Szakmai forrás sorozat. Elméletek – modellek 4. . L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest. 127-164 o.
17. Ranschburg Jenő: A mélyszegénységből kiáltok: depresszió, öngyilkosság és kábítószer a serdülőkorban. Budapest, Saxum Kiadó.
18. MTI hír 2014.10.02
19. MTI hír 2017. 05.25

20. Kenyeres László- Mészáros Zoltán (2005): Kábítószerkép a nyomtatott sajtóban. In: Médiakutató 2005/3: 81–101
21. Fábián Tamás: A Fidesz drogháborújának tündöklése és bukása. Index. 2017.03.09
22. Zsély Anna (2009): Addikciók a médiában http://www.mediakutato.hu/cikk/2009_03_osz/04_drog_fogyaszto_media
23. Dr. Münnich Iván -Máté Róbert -Kó József (2003): Droghasználat a világhálón www.daath.hu/incoming/droghasz_neten.doc
24. Szalai Bálint: A drog lesz az új dorg. (Index. 2015. 12. 08
25. Koncz Tamás: Százmilliókat hozott a dizájnerdrog. Origo. 2017.01.19.
26. MTI- Index. hír 2015. 05. 15.
27. 24. hu. hírfolyam 2016. 10. 16.
28. MTI- Origo. hír 2016. 08. 27.
29. 24 hu. hír 2017. 04.06
30. Origo hírfolyam 2017.01. 17
31. Solt Ágnes (2012): Peremen billegő fiatalok. http://doktori.tatk.elte.hu/Solt%C3%81_disszert%C3%A1ci%C3%B3.pdf
32. Együtt élni a drogokkal- de mi is az a herbál? HVG- Népszava. 2015. 06.26
33. Koncz Tamás: Két slukk és lecsiszolja az agyamat. Origo. 2016.06.24.
34. Zacher Gábor: Támaszunk lett a gyors és a könnyű örömszerzés. https://alfahir.hu/zacher_gabor_tamaszunk_lett_a_gyors_es_konnyu_oromszerzes
35. Ignácz József: Dizájnerdrog: orosz rulett magyar módra. Origo.2014.09.05.
36. Windisch Judit: ne támadjuk le a gyerekeket HVG. 2016. 08.03.
37. Bődei János- Munk Veronika: A drogfüggő nem néz a szemedbe. Origo.2016.08.28
38. Nagy Katalin (2009): Drog- hangulatjelentés a sajtó és fogyasztók diskurzusain keresztül http://mnytud.arts.unideb.hu/szakdolgozat/nagy_k.pdf

Irodalomjegyzék

1. Andok M. (2006): A hírek mint kulturális szimbólumok. In: Balázs Géza – H.Varga Gyula (szerk.): Társadalom és jelek. Társadalomkutatók a szemiotikai perspektívákról. Semiotica Agriensis2–3. Budapest–Eger. MagyarSzemiotikai Társaság–Líceum Kiadó. 170–180.
2. Demetrovics Zs. (2007) : A droghasználat funkciói. Budapest, Akadémiai Kiadó
3. Elekes Zs., Paksi B., és Lendvai A. (2005): A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. Kézirat.
4. Kaló Zs. és Vancsó A. (2015): Új pszichoaktív szerek az online médiában drogriporter.hu/files/drogriporter/imce/kt_kalozs.pdf

5. Kenyeres L., és Mészáros Z. (2005): Kábítószerkép a nyomtatott sajtóban. In: Médiakutató 2005/3: 81–101
6. Nagy K. (2009): Drog- hangulatjelentés a sajtó és fogyasztók diskurzusain keresztül http://mnytud.arts.unideb.hu/szakdolgozat/nagy_k.pdf
7. Rácz J. (é.n.): A drogproblémák médiareprezentációja. http://www.kekpont.hu/beszamolok/drog_es_media.ppt (2009. január 19.)
8. Münnich I., Máté R. és Kó J. (2003): Droghasználat a világhálón www.daath.hu/incoming/droghasz_neten.doc
9. Ranschburg J. (2010). A mélyszegénységből kiáltok: depresszió, öngyilkosság és kábítószer a serdülőkorban. Budapest, Saxum Kiadó.
10. Zsély A. (2009): Addikciók a médiában http://www.mediakutato.hu/cikk/2009_03_osz/04_drog_fogyaszto_media