

GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ FIATALOK SZERHASZNÁLATA ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI BARANYA MEGYÉBEN

TANULMÁNY

EFOP-1.8.9-17-00002
„Legyen más a szenvedélyed 2! - prevenciós program megvalósulása
Baranya megyében

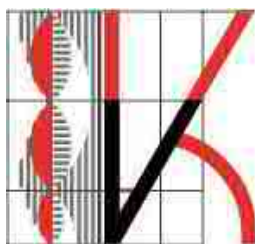
2019. november 10.

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNY I. KÖTET - KUTATÁS	5
1. A TANULMÁNY CÉLJA, FELÉPÍTÉSE	7
2. A KUTATÁS MÓDSZERE	9
2.1. Célpopuláció, adatfelvétel, megkérdezettek	9
2.1.1. A kutatásban résztvevő 14-18 éves ellátottak összetételének főbb jellemzői	10
2.2. Az alkalmazott adatfelvételi battéria	12
2.2.1. A szerhasználó magatartások mérésére alkalmazott mérőeszközök feldolgozásának módja, leíró statisztikai adatai és megbízhatósága	14
2.2.2. A közbülső prevenciók célváltozók mérésére alkalmazott mérőeszközök leíró statisztikai adatai és megbízhatósága	15
3. A BARANYA MEGYEI GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ 14-18 ÉVES FIATALOK SZERHASZNÁLATÁNAK JELLEMZŐI	15
3.1. A visszaélésszerű szerhasználat a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében	16
3.1.1. A visszaélésszerű szerfogyasztás elterjedtsége az ellátottak körében	16
3.1.2. A visszaélésszerű szerfogyasztás struktúrája	17
3.1.3. A közelmúltbeli és aktuális droghasználat	19
3.1.4. Problémás droghasználat	21
3.1.5. Droghasználati motivációk	22
3.1.6. Az ellátottak visszaélésszerű szerfogyasztása normálpopulációs kontextusban	23
3.2. Alkoholfogyasztás	27
3.2.1. Az alkoholfogyasztás elterjedtsége az ellátottak körében	27
3.2.2. A különböző italajták fogyasztása	29
3.2.3. Alkoholfogyasztási motivációk	29
3.2.4. Az ellátottak alkoholfogyasztása normálpopulációs kontextusban	31
3.3. Dohányzás	33
3.3.1. A dohányzás elterjedtsége az ellátottak körében	33
3.3.2. Az ellátottak dohányzása normálpopulációs kontextusban	34
3.4. A különböző szerhasználó magatartásokkal időbeli kapcsolódása	34
4. A BARANYA MEGYEI GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ 14-18 ÉVES FIATALOK SZERHASZNÁLATÁNAK KOCKÁZATI TÉNYEZŐI	36
4.1. A különböző szerhasználó magatartások szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása – célcsoport lehatárolás	36
4.1.1. A drogokkal való kapcsolatba kerülés szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása	36
4.1.2. Az alkoholfogyasztás szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása	40
4.1.3. Az aktuális dohányzás szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása	43
4.2. A különböző szerhasználó magatartások többdimenziós becslése – a beavatkozások közbülső céljainak empirikus megalapozása	47

4.2.1. A drogokkal való kapcsolatba kerülés összefüggése különböző közbülső prevenciók célokkal	47
4.2.2. Az alkoholfogyasztás összefüggése különböző közbülső prevenciók célokkal	50
4.2.3. Az aktuális dohányzás összefüggése különböző közbülső prevenciók célokkal	53
5. ÖSSZEFOGLALÁS	56
5.1. Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok szerhasználatával kapcsolatos főbb megállapítások	56
5.2. Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében végzett prevenciók programok számára megfogalmazott ajánlások	57
6. FELHASZNÁLT IRODALOM	61
7. MELLÉKLETEK	64
7.1. Táblázatok és ábrák	64
TANULMÁNY II. KÖTET - KUTATÁS EREDMÉNYE	80
1. TANULMÁNY CÉLJA, FELÉPÍTÉSE, MÓDSZERTANA	82
2. GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN NEVELKEDŐ 14 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI FIATALOK DROGFOGYASZTÁSI, ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK (DESIGNER DROGOK) ELTERJEDÉSÉVEL, HASZNÁLATÁVAL KAPCSOLATOS KUTATÁS, HELYZETFELMÉRÉS	84
3. PAKSI-MAGI TANULMÁNYBAN RÉSZT VEVŐ GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN NEVELKEDŐ 14 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI FIATALOK ALKOHOLFOGYASZTÁSI SZOKÁSAINAK JELLEMZŐI	87
4. PAKSI-MAGI TANULMÁNYBAN RÉSZT VEVŐ GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN NEVELKEDŐ 14 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI FIATALOK DOHÁNYZÁSI SZOKÁSAINAK JELLEMZŐI	89
4.1 Dohányzás és motivációk	89
5. A GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSBAN ELLÁTOTTAK ÉS A SZAKELLÁTÁSON KÍVÜLI GYERMEKEK ÉS FIATALOK DROGHASZNÁLATI ÉS SZABADIDŐ-ELTÖLTÉSI SZOKÁSAINAK ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉSE ÉS A SZÁMUKRA AJÁNLOTT PREVENCIÓS PROGRAMOK	96
5.1 Életkor	96
5.2 Társas kompetenciák, társas integráció	96
5.3 Konfliktusmegoldás és kommunikáció	97
5.4 Belső kontrollhit erősítése	99
5.5 Önismeret	99
5.6 Házon kívüli programok kísérése	100

5.7	Érzelmi Intelligencia fejlesztése	102
5.8	Nevelőkkel és meghatározó felnőttekkel kapcsolatos fejlesztés	103
6.	ÖSSZEGZÉS ÉS ANNAK FELMÉRÉSE, HOGY EGY-EGY DROGFOGYASZTÓ MILYEN TERHET JELENT A NEVELŐ KÖZEGRE (CSALÁD VAGY GYERMEKVÉDELMI INTÉZMÉNY) KÖRNYEZETE, AZ EGÉSZSÉGÜGY, ÉS A TÁRSADALOM RÉSZÉRE	105
7.	FELHASZNÁLT IRODALOM	106



VISELKEDÉSKUTATÓ
TÁRSADALOMTUDOMÁNYI ÉS SZOLGÁLTATÓ KFT.



GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ FIATALOK SZERHASZNÁLATA ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI BARANYA MEGYÉBEN

TANULMÁNY I. KÖTET - KUTATÁS

A TANULMÁNY ALAPJÁUL SZOLGÁLÓ KUTATÁST KÉSZÍTETTE:

PAKSI BORBÁLA & MAGI ANNA

A kutatás az „EFOP-1.8.9-17-00002 azonosítószámú „Legyen más a szenvedélyed 2!
- prevenciós program megvalósulása Baranya megyében” elnevezésű
pályázat keretében készült

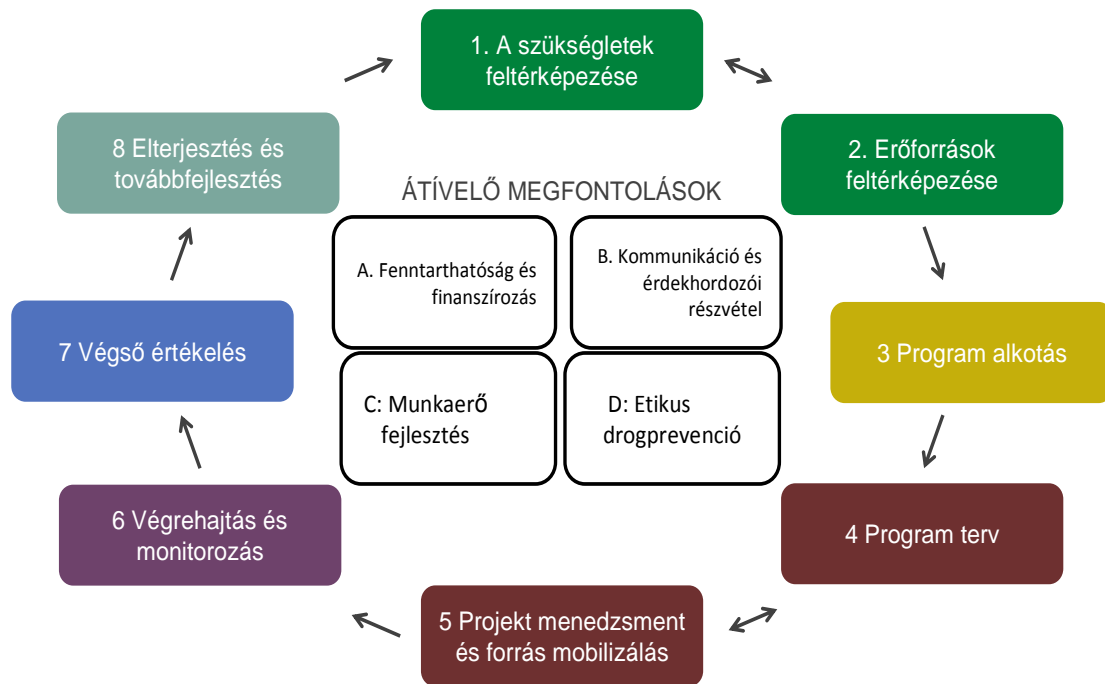
1. A TANULMÁNY CÉLJA, FELÉPÍTÉSE

1.1. A kutatás célja

A prevenciós tevékenységek, ezen belül a szerhasználat, illetve a problémás szerhasználat megelőzésére, kockázatainak csökkentésére irányuló prevenciós beavatkozások is nagyon különbözőek lehetnek a célpopuláció, az elérendő célok, az alkalmazott módszerek, a megvalósítás színtere, vagy akár a rendelkezésre álló erőforrások tekintetében. Azonban e jellemzők sokfélesége ellenére a prevenciós programok megvalósítása leírható egy többfázisú, ciklusokba rendeződő, a prevenciós program kidolgozásának, végrehajtásának és értékelésének szakaszait felölelő folyamatként, melynek egyes elemeire, illetve a folyamat egészére a programok tervezése és megvalósítása során egyaránt tekintettel kell lennünk. (1. ábrán a drogprevenciós programokkal kapcsolatban megfogalmazott Európai Standardok projektciklus ábrája látható).



1. ábra: Prevenációs projekt ciklus



Brotherhood, Sumnall, & the Prevention Standards Partnership (2011)

Valamennyi projekt fázis számos komponensre bomlik, amelyek meghatározzák, hogy konkrétan milyen tevékenységek kivitelezésére van szükség. Jelen szakértői tanulmány szempontjából két projektfázist emelnék ki, a szükségletek feltérképezése és a programalkotás fázisát. Ezen projektszakaszok többek között olyan komponensekből építkeznek, mint a célpopuláció megismerése, a célcsoport meghatározása, a kockázati tényezők mentén mutatkozó mintázódások révén a különböző megelőzési lehetőségek közötti prioritások megfogalmazása. Ezen komponensek azon túlmenően, hogy a programtervezés/megvalósítás egyes fázisaiban nélkülözhetetlen elemek, egyben a projektcikluson végighúzódó, átívelő etikai megfontolások érvényesülését is segítik. Az etikus prevenció többek között a résztvevők szükségleteihez igazított, valódi előnyöket nyújt (tehát eredményes), és minimalizálja a beavatkozással járó esetleges kockázatokat.

Bármilyen humán szolgáltatás, ellátás tervezése során meghatározó jelentőségű tehát a tervezett beavatkozás ténylegesség, ami magában foglalja a célközönség szükségleteinek megismerését és a célpopuláció körében mutatkozó kockázati- és megóvó tényezők empirikus azonosítását is.

JELEN TANULMÁNY CÉLJA A BARANYA MEGYEI GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSBAN IDEIGLENES HATÁLYAL ELHELYEZETT ÉS NEVELÉSBE VETT 14-18 ÉVES FIATALOK (továbbiakban: ellátottak) SZERHASZNÁLATÁNAK MEGELŐZÉSÉRE, VISSZASZORÍTÁSÁRA IRÁNYULÓ PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉG EMPIRIKUS MEGALAPOZÁSA. Az empirikus vizsgálat kettős célkitűzéssel dolgozik. Célul tűzi ki

- a) egyrészt az ellátottak szerhasználó magtartásának megismerését, a prevenció szükségleteinek becslését,
- b) másrészt a szerhasználó magtartások kockázati tényezőinek azonosítása révén kiinduló adatokkal szolgál az ellátottak körében a prevenció beavatkozások struktúrájának tervezéséhez, a programok közbülső célváltozóinak empirikus alátámasztásához.

1.2. A tanulmány felépítése

A Baranya megyei gyermekvédelmi szakellátásban ideiglenes hatállyal elhelyezett és nevelésbe vett 14-18 éves populáció körében tervezett prevenció tevékenység empirikus megalapozását szolgáló tanulmányunkban az elemzések alapjául szolgáló, az EFOP-1.8.9-17-2017-00002 projekt keretében végzett empirikus kutatás módszertani jellemzőinek bemutatását (2. fejezet) követően, a 3. fejezetben az ellátottak szerhasználó magatartásának különböző jellemzőit vizsgáljuk. A fejezet külön alfejezetekben foglalkozik az ellátottak droghasználó magatartásának, alkohol-fogyasztásának, illetve a dohányzásának különböző aspektusával (elterjedtséggel, első fogyasztással, problémás használat, motivációkkal).

Majd a 4. fejezetben első részében (4.1) a szerhasználat megelőzésére irányuló prevenció beavatkozások célpopulációjának azonosítása végett többváltozós modellek segítségével megvizsgáljuk az ellátottak szerhasználati szokásainak szocio-demográfiai illetve intézményi hátterét. A fejezet második részében (4.2) pedig a jövőbeni programok célváltozóinak empirikus alátámasztása érdekében többváltozós modellek segítségével az ellátottak szerhasználati szokásainak lehetséges prevenció célváltozók mentén történő mintázódását vizsgáljuk.

A tanulmány a Baranya megyei gyermekvédelmi szakellátásban ideiglenes hatállyal elhelyezett és nevelésbe vett 14-18 éves populáció – jelen kutatási adatok alapján becsült – érintettségének általános populációs kontextusban való értelmezésével, valamint empirikus adatok alapján megfogalmazható ajánlásokkal zárul (5. fejezet).

2. A KUTATÁS MÓDSZERE

2.1. Célpopuláció, adatfelvétel, megkérdezettek

A kutatás célpopulációját a Baranya Megyei Gyermekvédelmi Központ és Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat által működtetett gondozási helyeken elhelyezett 255 fős, 14-18 év közötti populáció képezte.

Az adatfelvétel a Baranya MGYK nyári táboraiban, 2019 nyarán zajlott, ahol (elvileg) a célpopuláció teljes létszámban elérhető, így a kutatás során a célpopuláció teljes körű megkérde-

zésére törekedtünk. Végül a kutatás során 201 gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatal körében történt sikeres adatfelvétel, melyből 188 ellátott tartozik a célpopulációba¹, azaz a célpopuláció mintegy háromnegyedére (74%) vonatkozóan rendelkezünk adatokkal. A célpopuláció nagyarányú elérése miatt az adatfelvételt teljes körű adatfelvételnként kezeljük², s eredményeinket a Baranya MGYK által működtetett gondozási helyeken elhelyezett populációra értelmezzük.

1.táblázat: A kérdőívet kitöltő ellátottak eloszlása életkor³ szerint

életkor	fő	%	Valid N %
13 éves	4	2,0	2,1
14 éves	35	17,4	17,9
15 éves	37	18,4	19,0
16 éves	44	21,9	22,6
17 éves	58	28,9	29,7
18 éves	14	7,0	7,2
19 éves	1	0,5	0,5
20 éves	1	0,5	0,5
22 éves	1	0,5	0,5
valid N	195	97,0	100,0
válaszhiány	6	3,0	
N	201	100,0	

Megjegyzés: N=elemszám

Az adatfelvétel a mellékletben megtalálható, és a következő alfejezetben bemutatásra kerülő mérőeszközöket tartalmazó önkitöltős kérdőívvel, csoportos kérdezési technikával, az önkéntesség és az anonimitás elvének érvényesítésével⁴ történt, az INDIT munkatársainak közreműködésével⁵.

2.1.1. A kutatásban résztvevő 14-18 éves ellátottak összetételének főbb jellemzői

¹ Ezen túlmenően megkérdezésre került 4 fő 14 év alatti, illetve 3 fő 18 év feletti fiatal, továbbá 3 megkérdezett életkorát nem ismerjük. Őket kihagytuk az elemzésből. (lásd 1. táblázat)

² A teljes körű adatfelvételek során a megkérdezettek körében, vagy annak valamilyen alpopulációján (pl. valamelyik évfolyamon tanulók körében) mért eredményeket mintavételből fakadó mérési hiba nem terheli.

³ Tekintettel arra, hogy a kérdezés anonim módon zajlott, így a táblázatban szereplő életkor a kérdőív születési évre vonatkozó önbevallásos adata alapján került kiszámításra (életkor=2019-születési év).

⁴ Az adatfelvétel előtt a Baranya MGYK-tól független kérdezőbiztosok tájékoztatták az adatfelvételi helyszín működtetőjét, az ellátottakat, valamint az ellátottak gondviselőit a kutatás céljáról, az adatfeldolgozás/adatkezelés módjáról, valamint a vizsgálatban való részvétel önkéntességéről.

⁵ Az INDIT munkatársai az EFOP-1.8.9-17-2017-00002 projekt keretében végzett prevenciós beavatkozások alkalmával, a beavatkozás megkezdése előtt vették fel a kérdőíveket. Az adatfelvételnél a Baranya MGYK munkatársai, nevelők/tanárok nem lehettek jelen (a kérdezői instrukciók megtalálhatók a mellékletben).

A kutatásban résztvevő 14-18 éves fiatalok több mint fele 16-17 éves, kétötödük 14-15 éves, és kevesen vannak köztük, akik 2019-ben töltötték/töltik be a 18. életévüket. A megkérdezettek között némileg nagyobb arányban vannak a lányok. A fiúk és a lányok életkori eloszlásában nem tapasztalható szignifikáns különbség ($p>0,1$). (2. táblázat)

2.táblázat: A kutatásban résztvevő 14-18 éves ellátottak eloszlása életkor és nem szerint (%)

nem	életkor					
	14 éves	15 éves	16 éves	17 éves	18 éves	Összesen
fiú	10,2	7,5	9,1	14,0	2,2	43,0
lány	8,1	12,4	14,0	17,2	5,4	57,0
összesen	18,3	19,9	23,1	31,2	7,5	100,0

A kutatásban résztvevő ellátottak kétharmada 9-11 évfolyamos diák. A résztvevők között az életkori összetételükhöz képest kevesen vannak 11. évfolyamosok. Közel egyharmaduk általános iskolába jár, több mint 40 százalékuk pedig érettségit nem adó szakközépiskolai képzésben vesz részt. 12 megkérdezett nem jár jelenleg iskolába. (3. táblázat)

3.táblázat: A kutatásban résztvevő 14-18 éves ellátottak eloszlása iskolatípus és a 2018/2019-es tanévben végzett évfolyam szerint (%)

iskolatípus	évfolyam									
	nem jár iskolába	4.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Össz.
általános iskola		1,3	3,8	9,4	17,5					31,9
szakközépiskola						21,9	11,9	7,5	0,6	41,9
szakgimnázium						6,9	5,0	2,5		14,4
gimnázium						0,6	3,1	0,6		4,4
nem jár iskolába	7,5									7,5
Összesen	7,5	1,3	3,8	9,4	17,5	29,4	20,0	10,6	0,6	100,0

A résztvevők között a lakásotthoni elhelyezési forma a leggyakoribb, azonban sajnos az elért ellátottak egyharmada esetében a kutatás anonim, névtelenül felvett adatai alapján nem tudjuk, hogy jelenleg hol él (nem válaszolt a kérdésre).

4.táblázat: A kutatásban résztvevő 14-18 éves ellátottak eloszlása jelenlegi ellátási forma szerint (%)

	fő	%	Valid N %
gyermekotthonban él	98	52,1	77,8
ebből lakásotthonban él	62	33,0	49,2
nevelőszülőknél él	28	14,9	22,2
Valid N	126	67,0	100,0
válaszhiány	62	33,0	
Összes megkérdezett	188	100,0	

2.2. Az alkalmazott adatfelvételi battéria

Az alkalmazott – a mellékletben megtalálható – kérdőív az alábbi főbb tematikus egységekbe sorolható kérdéseket tartalmazta:

- i. Pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos kérdések: a prevenciós beavatkozások végső célváltozóit (szerhasználat, a függőség, illetve az absztinencia célokat) megjelenítő kérdések
 - Dohányzással kapcsolatos kérdések: ESPAD standard (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól, The ESPAD Group, 2016; Elekes, 2016)
 - Alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések: élet-, éves- és havi prevalencia⁶ (lifetime prevalence-LTP, last year prevalence-LYP, last month prevalence-LMP); alkohol fajtánkénti havi prevalencia; Alkoholhasználat Motivációs Kérdőív (Drinking Motives Questionnaire-Short Form, DMQ-SF, Kuntsche és Kuntsche, 2009); nagyivás; berúgás - ESPAD standard (The ESPAD Group,2016; Elekes, 2016)
 - Drogfogyasztással kapcsolatos kérdések: tiltott szerek, legális visszaélésre alkalmas szerek élet-, és éves prevalencia; inhaláns, kannabisz és ÚPSZ használat havi prevalencia (is); első használat - ESPAD standard (The ESPAD Group,2016; Elekes, 2016); Standard mérőeszközök: Kannabisz Használat Szűrőkérdőív (CAST- Cannabis Abuse Screening Test: 6 tétel 5 fokú skálán) (Legleye et al. 2007; Gyepesi et al. 2013); Droghasználat Súlyossági Skála (SDS – Severity of Dependence Scale: 5 tétel 4 fokú skálán) (Ferri, Marsden, Araujo, Laranjeira és Gossop, 2000; Gossop et al., 1995, 1997); a szerfogyasztás motivációit a Cooper, Russell, Skinner, & Windle (1992) munkája alapján létrehozott mérőeszköz (Simons, Correia, Carey, & Borsari, 1998) minden szerre kibővített változatát, a Drogfogyasztás Motivációi Kérdőívet használtuk, melynek 25 tétele 5 fokú Likert skálán 5 motivációt mér 5-5 tétellel: Megküzdés, Konformitás, Fokozás, Társas, Kiterjesztés.
- ii. Közbülső prevenciós célváltozók:
 - Az egészséges életmód, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismereteket az Egészséggel Kapcsolatos Kontroll Kérdőívvel (Health Locus of Control, HLC) (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976), illetve az Életvezetési Kompetencia Kérdőív (ÉKK, Kiss, 2009) testre és alapszükségletekre vonatkozó alskálájával mértük. A HLC 11 tétel 2 dimenziója mentén hat fokú skálával vizsgálja a magatartásra vonatkozó döntésekkel kapcsolatos kontrollhit (Rotter, 1966) eredetét. A 6 tételes külső kontrollhit arra utal, hogy a személy saját döntései az egészségére vonatkozóan alacsony meghatározó erővel bírnak, míg az 5 tételes belső kontrollhit ezzel ellenkezően az egyéni döntések szerepét emeli ki az egészségmagatartással kapcs-

⁶ A prevalencia a különböző magatartások elterjedtségének populációs arányait jelöli, különböző időtartamokra vonatkoztatva. Az életprevalencia (lifetime prevalence) az adott magatartást valaha kipróbálók arányát jelöli, míg az éves prevalencia (last year prevalence) adott magatartással a kérdezést megelőző évben, illetve havi prevalencia (last month prevalence) a kérdezést megelőző hónapban jellemezhető arányát mutatja. Az éves prevalenciát szokás *közelmúltbeli*, a havi prevalenciát pedig *aktuális használatnak* is nevezni. (Paksi, 2007).

latban. Az ÉKK- alapszükségletek alszála 12 tételt tartalmaz öt fokú skálán értékelve.

- A gyerekek kommunikációs készségét az ÉKK kommunikációra vonatkozó 8 tételes alszáalával vizsgáltuk.
- Az agresszióval, erőszakkal kapcsolatos antiszociális, illetve proszociális személyiségjegyeket, attitűdöket, viselkedéseket egyrészt a Short Dark Triad (SD3, Jones, Paulhus, 2014) 27 tételes, másrészt a Light Triad Scale (LTS, Kaufman et al., 2019) 12 tételes kérdőívvel vizsgáltuk. Az SD3 5 fokú Likert skálán 9-9 tétellel a Machiavelista (manipuláció és mások kihasználása), a Nácisztikus (énközpontúság és grandiozitás), illetve a Pszichopátiás (impulzivitás és szegényes affektus) jegyeket méri, az LTS pedig 4-4 tétellel szintén 5 fokú Likert skálával az Emberekbe vetett hitet (az emberek alapvető jószágába vetett hit), a Humanizmust (egyének értékének és méltóságának fontossága) és a Kantizmust (az egyén végső célként, és nem eszközként való kezelése) vizsgálja.
- A belátás képességét az Önreflexió és Belátás Skála (Self-Reflection and Insight Scale, SRIS) (Grant, Franklin, & Langford, 2002) Belátás alszáalával mértük 6 fokú Likert skálán.
- Az indulatkezelés, asszertivitás és egyéb szociális készségek vizsgálatára a Szociális Készségek Leltára (Social Skills Inventory, SSI, Oldmeadow, Quinn, & Kowert, 2013) mérőeszközt alkalmaztuk, melynek 6 alszáala van, egyenként 6, 5 fokú Likert skálán mért tétellel: Érzelmi kifejezőkészség (EE), Érzelmi érzékenység (ES), Érzelmi kontroll (EC), Társas kifejezőkészség (SE), Társas érzékenység (SS) és Társas kontroll (SC). Az érzelmi dimenziók a verbális, a társas dimenziók a nonverbális készségeket vizsgálják. A kifejezőkészség a kommunikációs készségeket, az érzékenység dimenziók a mások megértését, a kontroll dimenziók a kommunikációs jegyek szabályozását vizsgálják.
- A résztvevők érzelmi intelligenciáját, valamint stressz és szorongáskezelését a Bar-On Emotional Quotient Inventory short version (EQ, Bar-On, 2004; Magyar nyelven: Kun, Urbán, Balázs, Kapitány, Nagy és mtsai. 2011) 30 tételes kérdőívvel mértük 4 fokú Likert skálán, melynek 5 (6-6 tételes) alszáalai a következők: (1) Interperszonális EQ, (2) Intrapersonális EQ, (3) Pozitív hozzáállás EQ, (4) Stressz kezelés és (5) Alkalmazkodóképesség EQ.
- A pszichés tüneteket a Rövid Tünetlista (Brief Symptom Inventory; Derogatis és Melisaratos, 1983; magyarul: Unoka, Rózsa, Kő, Kállai, Fábrián, Simon, 2004) Szorongás (6 tétel), Depresszió (6 tétel), Szomatizáció (7 tétel), illetve az általánosan megjelenő kiegészítő tünetek(4 tétel) alszáalával vizsgáltuk összesen 23, 4 fokú Likert skálás tétellel, melyek együttesen adják a pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexét.
- A problémakezelés, konfliktuskezelés és döntéshozatali készség vizsgálatára a Ways of Coping (WOC, Rózsa et al., 2008) kérdőívet használtuk. Az eszköz 4 fokú Likert skálán 16 tétellel az alábbi 4 dimenziót vizsgálja: Kognitív átstrukturálódás (7 tétel),

Feszültségredukció (3 tétel), Problémaelemzés (4 tétel) és Passzív megküzdés (2 tétel)

- A résztvevők szubjektív életminőségét a World Health Organization 5 tételes általános Jól-lét skálával (Susánszky, Konoly, Stauder, Kopp, 2006) mértük.
- iii. Szocio/demográfiai illetve intézményi jellemzők (nem, születési év, tanulmányok, intézmény/ellátás típus, kapcsolatok, eljárás aktivitások, szökés/intézményből való távollét)

2.2.1. A szerhasználó magatartások mérésére alkalmazott mérőeszközök feldolgozásának módja, leíró statisztikai adatai és megbízhatósága

A szerhasználattal kapcsolatos kérdések feldolgozása során alapvetően a kifejezetten a fiatal korosztály szerhasználó magatartásának becslésére irányuló ESPAD kutatás standardjait követtük (The ESPAD Group, 2016; Elekes, 2016), azonban mivel az ESPAD vizsgálat 2019-es hullámának az eredményei egyelőre még nem hozzáférhetőek, és legfrissebb összehasonlító adatokkal a HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása) kutatás 2018-as hulláma szolgál (Németh és Költő, 2019), így a HBSC standardok szerinti összesített szerhasználati mutatókat is kiszámoltuk.

A problémás használat, illetve a szerhasználati motivációk vizsgálatára alkalmazott mérőeszközök (skálák, illetve alskálák) leíró statisztikai adatait, illetve jelen felmérés során tanúsított megbízhatóságuk vizsgálatát az 5. táblázat, az alkalmazott mérőeszközök reliabilitás vizsgálatának tételszintű adatait pedig a melléklet 2. táblázata tartalmazza.

5.táblázat: A szerhasználó magatartások mérésére alkalmazott mérőeszközök (skálák és alskálák) leíró statisztikai adatai és megbízhatósága

	N	TSZ	R	M	SD	Med	Mod	HM	MIIK
CAST	131	6	0-6	0,786	1,701	0	0	0,915	0,644
SDS	103	5	0-15	1,573	2,912	0	0	0,856	0,547
DMQ-SF-Konformitás	184	3	1-15	5,076	3,206	6	3	0,886	0,724
DMQ-SF-Megküzdés	168	3	1-15	5,631	3,572	7	3	0,910	0,778
DMQ-SF-Fokozás	181	3	2-15	5,823	3,601	8	9	0,906	0,763
DMQ-SF-Társas	178	3	3-15	6,472	4,009	8	7	0,939	0,837
DrugMQ-Megküzdés	120	5	5-25	7,858	20,711	5	5	0,884	0,605
DrugMQ-Konformitás	119	5	5-25	7,445	21,334	5	5	0,935	0,746
DrugMQ-Fokozás	119	5	5-25	8,479	31,540	5	5	0,946	0,780
DrugMQ-Társas	116	5	5-25	8,078	27,933	5	5	0,941	0,762
DrugMQ-Kiterjesztés	121	5	5-25	7,587	21,861	5	5	0,909	0,669

Megjegyzés: N=elemszám, TSZ=tételszám, R=a skála minimum és maximum értéke, M=átlag, SD=szórás⁷, Med=Medián⁸, Mod=Módusz⁹, HM=homogenitás/megbízhatóság mutató¹⁰ (Cronbach alfa), MIIK= átlagos inter-item korreláció¹¹

⁷ Az egyes válaszoknak az átlagától való eltérését kifejező mérőszám. Az egyes értékek számtani átlagától való eltéréseinek átlaga.

2.2.2. A közbülső prevenció célváltozók mérésére alkalmazott mérőeszközök leíró statisztikai adatai és megbízhatósága

A skálák megbízhatóságának értelmezésekor fontos figyelembe venni, hogy a megbízhatóság a skálát és a mért populációt együtt írja le. Előfordulhat, hogy egy skála egy adott populáción nagyon megbízhatónak tűnik, egy másikon viszont alacsony megbízhatóságot mutat. A skálák megbízhatóságának populációfüggősége miatt minden alkalommal, amikor valamilyen skálát használunk, meg kell vizsgálnunk az alkalmazott skálák adott populációban való alkalmazásának megbízhatóságára vonatkozó elemzéseket. A jelen kutatás során a közbülső prevenció célváltozók mérésére alkalmazott, összesen 35 különböző skála, illetve alskála esetében elvégzett elemzések alapján összességében azt mondhatjuk, hogy a fordított tételek alkalmazása a jelen populációban nem bizonyult megbízhatónak. Így azon skálák esetében, melyek vegyesen tartalmaztak egyenes és fordított tételeket, az utóbbiak elhagyása mellett döntöttünk¹². A fordított tételek elkülönítése után az alkalmazott skálák mindegyike elfogadható megbízhatósággal, belső homogenitással rendelkezik (homogenitás/mebízhatóság mutatók: 0,670-0,964)¹³. A közbülső prevenció célváltozókat leképező mérőeszközök (skálák, illetve alskálák) leíró statisztikai adatait, illetve jelen felmérés során tanúsított megbízhatóságukkal kapcsolatos eredményeket a melléklet 1. táblázata, az alkalmazott mérőeszközök reliabilitás vizsgálatának tételszintű adatait pedig a melléklet 2. táblázata tartalmazza.

3. A BARANYA MEGYEI GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ 14-18 ÉVES FIATALOK SZERHASZNÁLATÁNAK JELLEMZŐI

Tekintettel arra, hogy a kutatás a célpopuláció – a Baranya MGYK által működtetett gondozási helyen elhelyezett 14-18 éves fiatalok – nagyarányú (74%-os) elérését biztosította, így – mint azt a módszertani részben jeleztük – az eredményeinket a célpopulációra kiterjesztve értelmezzük. Az eredmények közzétevése során azonban a szövegek kezelhetősége miatt a célpopuláció pontos megjelölése helyett általában az ellátottak, illetve a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok kifejezést alkalmazzuk, melyen minden esetben a Baranya MGYK által működtetett gondozási helyen elhelyezett 14-18 éves fiatalokat értjük.

⁸ Egy bizonyos jelenségre vonatkozó, növekvő sorba rendezett adatok közül a középső elemet jelenti.

⁹ A leggyakoribb válasz.

¹⁰ A Cronbach alfa egy skála/alskála tételei közötti konzisztencia mérésére szolgáló statisztikai eszköz, azt mutatja, hogy az egyes tételek(állítások) milyen mértékben fejezik ugyanazt a mögöttes, rejtett tulajdonságot. A legtöbb kutatás esetében a 0,7 feletti értékek elfogadhatónak számítanak.

¹¹ Átlagos tételek közötti együttjárás.

¹² A SRIS Belátás skála esetében faktorelemzés alapján az egyenes és fordított tételek külön faktort alkottak, tartalmilag azonban mindkettő a saját viselkedés vonatkozásában tapasztalható belátás képességét vizsgálja.

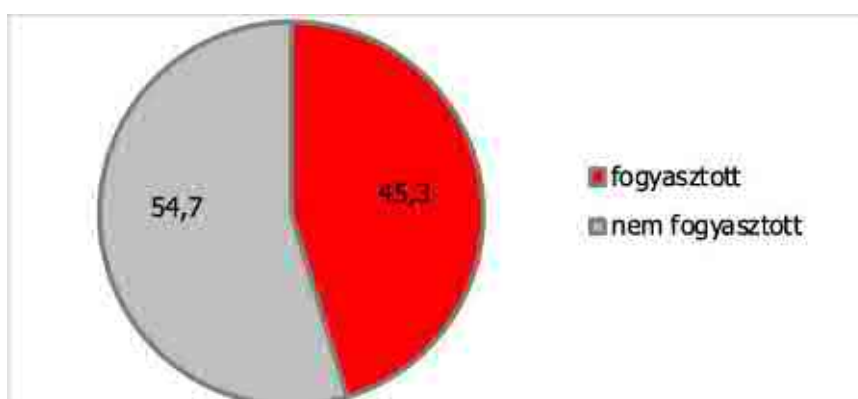
¹³ A 0,9 feletti értékek redundáns tételek jelenlétére utalnak (lásd. melléklet 1. táblázat), melyet megerősít a 0,5 feletti tételek közötti átlagos együttjárás mértéke is. Jelen vizsgálat azonban a redundáns tételek kiszűrésére nem nyújt lehetőséget.

3.1. A visszaélésszerű szerhasználat a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében

3.1.1. A visszaélésszerű szerfogyasztás elterjedtsége az ellátottak körében

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok közel fele (45,3%) fogyasztott már életében valamilyen *tiltott vagy legálisan hozzáférhető visszaélésre alkalmas szert*.¹⁴

2. ábra: A tiltott vagy legálisan hozzáférhető visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásának elterjedtsége (LTP) a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (N=179) (%)

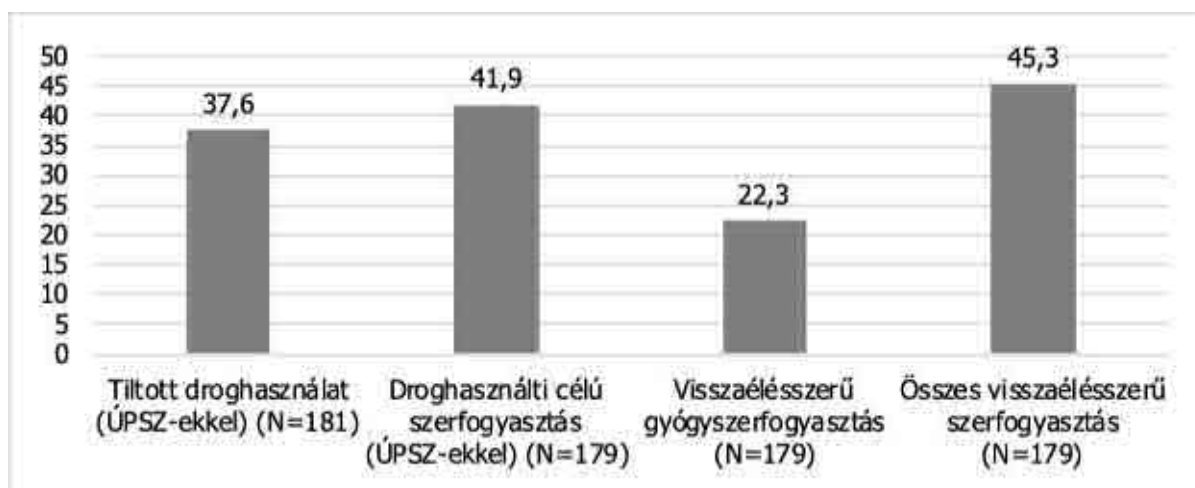


¹⁴ A visszaélésszerű szerhasználat összefoglaló kategória, melyeken belül az ESPAD standardok (Elekcs, 2016) alapján a következő alkategóriákat különböztetünk meg:

- Tiltott szerek: kannabisz, ecstasy, amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, heroin, LSD, ÚPSZ (a HBSC adatfeldolgozási gyakorlatának megfelelően (Németh és Költő, 2019) ide soroltuk az ESPAD elemzések során külön kategóriaként kezelt szintetikus kannabinoidok és szintetikus katinonokat is)
- Droghasználati célú szerfogyasztás: tartalmazza az előző pontban definiált tiltott szereken kívül a mágikus gomba, GHB, szerves oldószerek, patron/lufi és a mepredon használatát
- Visszaélésszerű gyógyszerhasználat: a nyugtatók/altatók, fájdalomcsillapítók orvosi javaslat nélküli fogyasztása, valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes fogyasztása.

A visszaélés szerhasználaton belül a különböző fogyasztási típusokba tartozók aránya nagyon hasonló. A 3. ábrán láthatjuk, hogy a tiltott drogokat, illetve a droghasználati céllal valamilyen szert fogyasztók aránya, valamint a visszaélés szerhasználat összesített rátája között csak néhány százaléki eltérés van.

3. ábra: A visszaélés szerfogyasztás különböző típusainak elterjedtsége (LTP) a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)



A valamilyen tiltott vagy legálisan hozzáférhető visszaélésre alkalmas szert valaha használók döntő többsége (92,6%) használt már valamilyen szert biztosan *droghasználati céllal* (is), a biztosan droghasználati céllal fogyasztóknak pedig 91,9%-a használt valamilyen tiltott drogot (is). A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke az gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében 40,9%, a tiltott droghasználaté pedig 37,6%.

Az orvosi javaslat nélküli (visszaélés szer) gyógyszerfogyasztás ugyanezen magatartásoknál jóval kevésbé elterjedt (LTP: 22,3%), azonban fogyasztótáboruk szintén nagy átfedést mutat a tiltott, ill. a biztosan droghasználati célú fogyasztással: minden nyolcadik olyan ellátott, aki használt már életében valamilyen gyógyszert visszaélés szerűen, használt már valamilyen tiltott szert is, a biztosan droghasználati célú fogyasztás előfordulása pedig 85% körüben. A nagyfokú átfedések miatt a 4. fejezetben, a droghasználati célú fogyasztást vesszük majd nagytó alá.

3.1.2. A visszaélés szerfogyasztás struktúrája

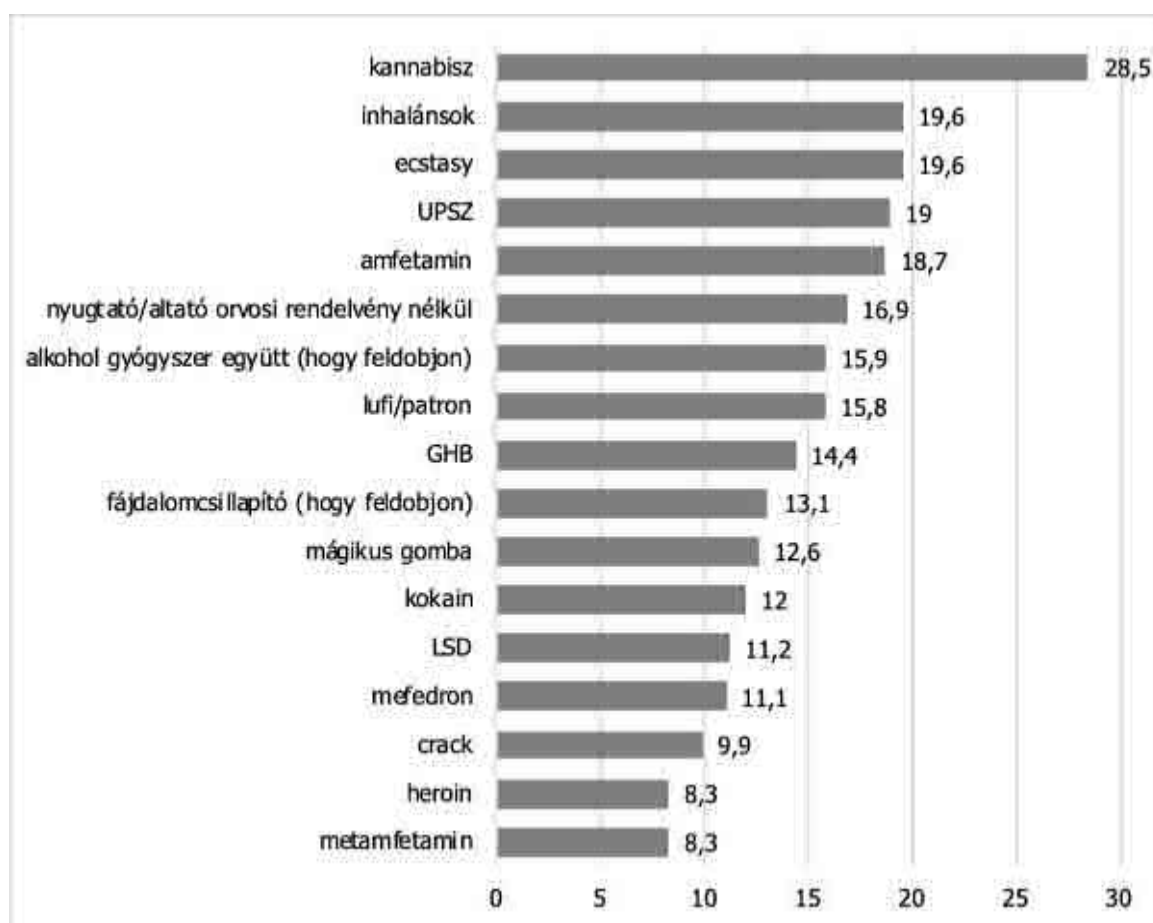
Az életprevalencia értékek alapján a kannabisz fogyasztás a leginkább elterjedt a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében, minden harmadik-negyedik ellátott használt már legalább egyszer marihuánát vagy hasist. A kannabiszt – attól 9-10 százalékponttal elmaradva – követik az inhalánsok, az ecstasy, az új pszichoaktív szerek illetve az amfetamin, ezeket a szereket közel minden ötödik ellátott kipróbálta már¹⁵. Az ezt

¹⁵ Az egyéb drogok életprevalencia értéke szintén 19,3%, azonban ezt nem szerepeltettük az ábrán, egyrészt mert az „egyéb drogok” kategóriája többféle szertípust tartalmaz, másrészt más kutatási tapasztalatok (Elekes, 2016) alapján az egyéb drogok fogyasztása többnyire valamilyen ÚPSZ használatot takar.

követő legerjedtebb szerek sorra legális szerek: orvosi javaslat nélkül nyugtatókat/altatókat, alkohol gyógyszer kombinációkat, patront/lufit körülbelül minden hatodik ellátott fiatal használt már életében. Az életprevalencia értékek alapján legkevésbé népszerű szerekre esetében minden 10-12. gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatal jelzett fogyasztást.¹⁶

Amennyiben az ÚPSZ¹⁷ fogyasztást szer típus szerint vizsgáljuk, akkor az ÚPSZ-ek a szerstruktúrában jóval hátrébb sorolódnak: szintetikus kannabiszt 12,4%, a katinonokat pedig 9,9% próbálta már ki az élete során.

4. ábra: Szerenkénti életprevalencia értékek (LTP) a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)



¹⁶ Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a kérdőívben szereplő nem létező ún. dummy drogra a válaszolók 8,3%-a jelzett fogyasztást az élete során, ami megegyezik a szerstruktúra végén szereplő szerek életprevalencia értékével. Ez nem jelenti természetesen azt, hogy a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében nem lennének heroin vagy metamfetamin használók, de azt igen, hogy a szerenkénti prevalenciaértékek érvényessége más kutatásokhoz képest viszonylag alacsony (a 2014-es ESPAD vizsgálatban a dummy drogra vonatkozóan diákok 0,9%-a jelzett fogyasztást az élete során).

¹⁷ Mostanában hozzáférhetővé váltak olyan új szerek, amelyek különböző tiltott szerek (mint a marihuána vagy az ecstasy) hatását utánozzák. Ezek a szerek különböző néven ismertek, mint például dizájner drogok, etnobotanikumok, új pszichoaktív szerek (ÚPSZ), és különböző formában kerülnek forgalomba, mint például növényi törmelék, por, kristály vagy tableta.

3.1.3. A közelmúltbeli és aktuális droghasználat

Mint ahogy azt a 2. ábrán is láthattuk, droghasználati céllal történt tiltott vagy legális szerek¹⁸ életprevalencia (LTP) értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében 41,9%. Az ellátott fiatalok több mint egyharmada (éves prevalencia érték (LYP): 35,6%) az elmúlt évben (is) használt valamilyen szert droghasználati céllal, ami azt jelenti, hogy a valaha fogyasztók döntő többsége a közelmúltban is fogyasztott: az ún. folyamatos használók¹⁹ aránya 87,7%.

5. ábra: A biztosan drogfogyasztási céllal történő szerhasználat élet és éves prevalencia értéke, illetve folyamatos szerhasználat a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (N=179) (%)



*az élet- és az éves prevalencia érték különbsége 6,3%, azonban a 75 valaha fogyasztó közül 2 esetben nem tudjuk, hogy az előző évben fogyasztott vagy sem.

A szerenkénti élet- és éves prevalencia értékek viszonyát vizsgálva a különböző szerek esetében eltérő tendenciákat tapasztalunk. Az új pszichoaktív szereket használók körében a legmagasabb a folyamatos használat aránya: a valaha ÚPSZ-t használók 95%-a használt a közelmúltban is ilyen szereket. A biztosan droghasználati célú szerhasználat esetében jelentkező 87,7%-os folyamatos fogyasztási ráta azonban a szerek többsége esetében ennél alacsonyabb. A kannabisz esetében 84%, a mágikus gomba, a metamfetamin valamint az inhaláns, illetve lufi/patron esetében 70% körüli, a szerek többsége esetében pedig 60% körüli a valaha használók körében a közelmúltbeli használat aránya. Az ecstasy és a GHB esetében pedig 41% körüli értékekkel találkozunk.

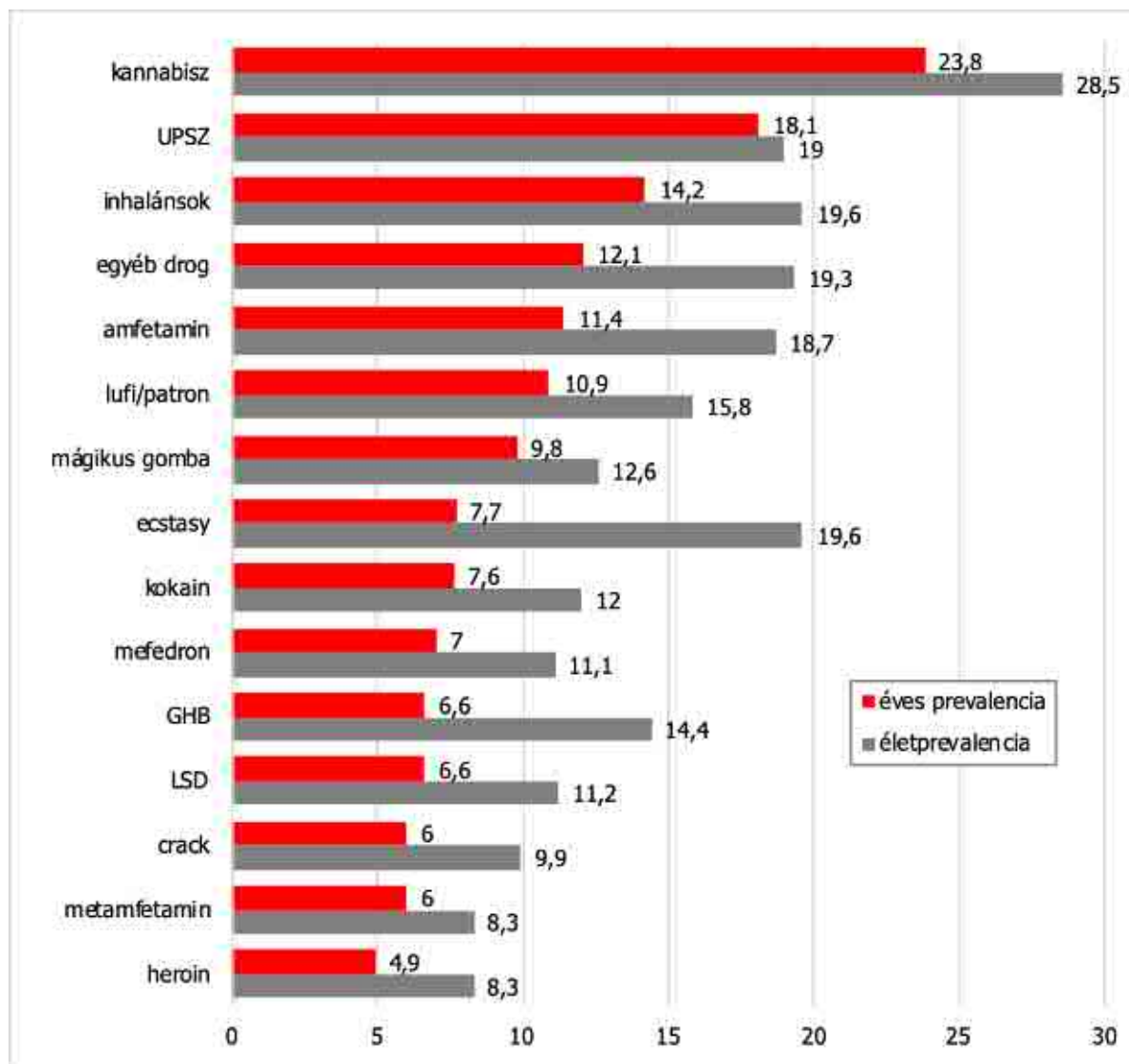
A szerenként jelentősen különböző folyamatos fogyasztási ráta ugyanakkor az életprevalencia értékek alapján felvázolt struktúrához képest nem renndezi át markánsan a

¹⁸ Emlékeztetőül: A droghasználati célú szerfogyasztás tartalmazza az előző pontban definiált tiltott szereken kívül a mágikus gomba, GHB, szerves oldószerek, patron/lufi és a mepredon használatát.

¹⁹ A folyamatos fogyasztási ráta azt mutatja, hogy az adott szert/szereket valaha fogyasztók körében milyen arányban (%) vannak azok, akik a közelmúltban (elmúlt évben) is fogyasztották az adott szert/szereket.

közelmúltbeli (előző évi) szerhasználat struktúráját (lásd 6. ábra piros sávjait): mindössze ecstasy szerepe csökken jelentősen a közelmúltbeli használatban.

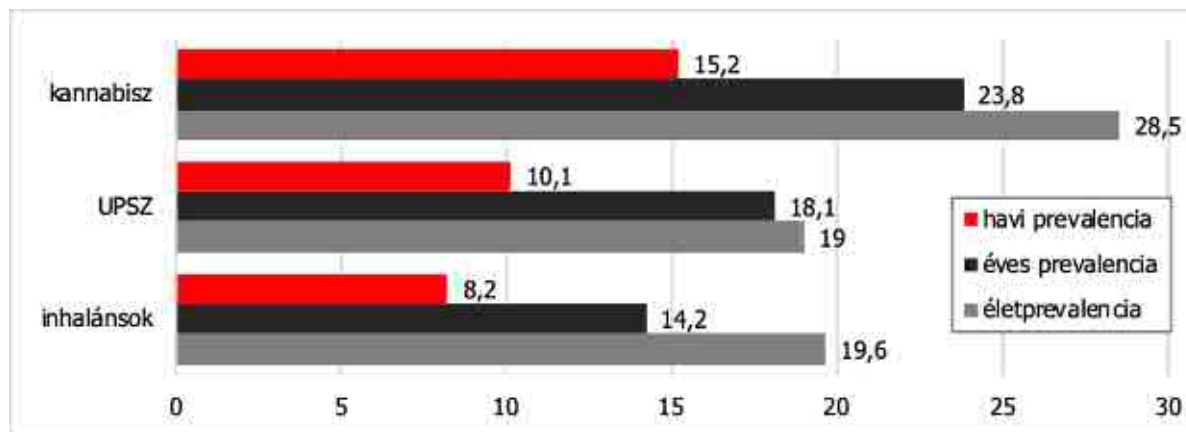
6. ábra: Szerenkénti élet- és éves prevalencia értékek a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)²⁰



Aktuális használatra vonatkozóan csak a közelmúltbeli használatban legelterjedtebb szerek vonatkozásában rendelkezünk információval. A kannabisz és az új pszichoaktív szerek esetében a valaha használók körülbelül fele, az inhaláns használók esetében pedig mintegy kétharmada használta az adatfelvételt megelőző hónapban is az adott szert.

²⁰ Visszaélésszerű gyógyszerhasználat: a nyugtatók/altatók, fájdalomcsillapítók orvosi javaslat nélküli fogyasztása, valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes fogyasztása esetében nem rendelkezünk a közelmúltbeli fogyasztásra vonatkozó adatokkal.

7. ábra: A közelmúltbeli használatban meghatározó szerek élet-, éves és havi prevalencia értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)

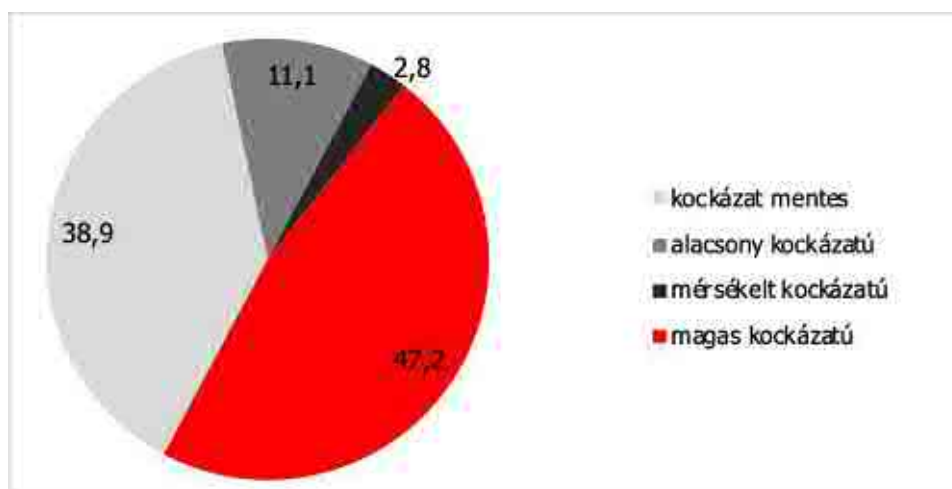


3.1.4. Problémás droghasználat

A problémás droghasználat becslésére alkalmazott a Kannabisz Használat Szűrőkérdőívet (CAST - Cannabis Abuse Screening Test) (Legleye et al. 2007; Gyepesi et al. 2013) és Droghasználat Súlyossági Skálát (SDS – Severity of Dependence Scale) (Ferri, Marsden, Araujo, Laranjeira és Gossop, 2000; Gossop et al., 1995, 1997) alkalmaztuk.²¹

A CAST alapján azoknak a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiataloknak, akik az elmúlt évben is fogyasztottak kannabiszt, közel kétharmada (61,1%-a) valamilyen szintű kockázattal jellemezhető, többségük (47,2%) a magas kockázati csoportba sorolható.

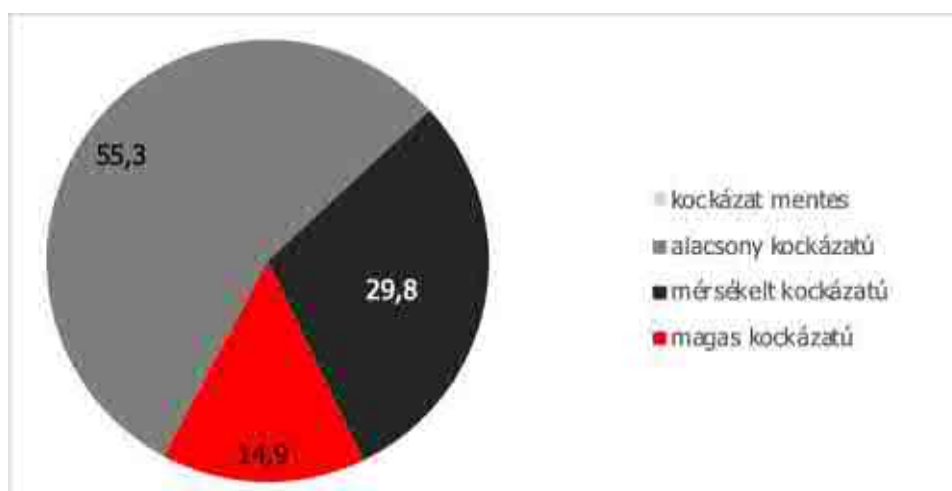
8. ábra: A problémás kannabisz használat előfordulása a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt 12 hónapban kannabiszt használó fiatalok körében a CAST alapján (N=36) (%)



²¹ A problémás droghasználat becslésére alkalmazott mérőeszközök leíró statisztikai adatait, illetve megbízhatóságuk vizsgálatának eredményeit az 5. táblázat, az alkalmazott mérőeszközök reliabilitásvizsgálatának tételszintű adatait pedig a melléklet 1. táblázata tartalmazza.

A Droghasználat Súlyossági Skála (SDS) esetében nem rendelkezünk diagnosztikus küszöbértékekkel, ezért a fogyasztás problémásságának kategóriáit – a bevett gyakorlatnak megfelelően – az átlagtól való szórásnyi eltérések segítségével határoztuk meg.²² Az így kialakított kategóriák alapján a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő, s az elmúlt 12 hónapban droghasználati céllal valamilyen szert használó 14-18 éves fiatalok körében nincs kockázatmentes csoport. A közelmúltban használók több mint fele alacsony kockázattal jellemezhető, közel egyharmaduk azonban az SDS alapján a mérsékelt, minden hatodik-hetedik pedig a magas kockázatú csoportba sorolható.

9. ábra: A problémás droghasználat előfordulása a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt 12 hónapban kannabiszt használó fiatalok körében az SDS alapján (N=47) (%)



3.1.5. Droghasználati motivációk

A szerfogyasztás motivációi vizsgálatára a Cooper, Russell, Skinner, & Windle (1992) munkája alapján létrehozott mérőeszköz (Simons, Correia, Carey, & Borsari, 1998) minden szerre kibővített változatát, a Drogfogyasztás Motivációi Kérdőívet használtuk, melynek 25 tételle 5 fokú Likert skálán 5 motivációt mér 5-5 tétellel: Megküzdés, Konformitás, Fokozás, Társas, Kiterjesztés²³. A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt év során valamilyen szert fogyasztó fiatalok körében nem találtunk olyan szerhasználati motivációit, mely statisztikailag magasabb vagy alacsonyabb értékeket képviselne.

²² Ezen eljárás szerint azok a csoportok, amelyek az adott átlagtól egy szórással kevesebb pontot érnek el, „kockázatmentes” használóknak tekinthetők, míg azok, akik egy szórással magasabb vagy afelletti értékeket mutatnak, „magas kockázatú csoportba” sorolhatók. Az átlagtól egy szórásnyival kevesebb és az átlag közötti elhelyezkedők az „alacsony kockázatú”, az átlag és egy szórással magasabb értékek közötti eredményeket mutatók pedig a „mérsékelt kockázatú” csoportok. Ezen módszert alkalmazva az SDS kérdőív esetében, az átlagot meghaladó szórás miatt kockázatmentes csoportot nem tudtunk kialakítani. A küszöbértékek meghatározásához használt adatok megtalálhatók a melléklet 2. táblázatában.

²³ A droghasználat motivációinak becslésére alkalmazott mérőeszköz leíró statisztikai adatait, illetve megbízhatóság vizsgálatának eredményeit az 5. táblázat, tételszintű adatait pedig a melléklet 2. táblázata tartalmazza.

6.táblázat: Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt év során valamilyen szert fogyasztó fiatalok szerhasználati motivációinak összehasonlítása

Motivációs dimenziók	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Megküzdés	11,407	9,137	13,678
Konformitás	10,741	8,127	13,355
Fokozás	13,481	10,709	16,254
Kiterjesztés	10,704	8,338	13,069
Társas	13,185	10,453	15,917

Annak vizsgálatára, hogy a problémás szerhasználat kockázata mely motivációk jelenléte esetében növekszik, a nem és az életkor kontroll alatt tartása mellett lineáris regressziós elemzést²⁴ végeztünk, de nem sikerült szignifikáns magyarázó modellt létrehozni sem a CAST, sem az SDS, mint függő változó magyarázatára.

3.1.6. Az ellátottak visszaélészerű szerfogyasztása normálpopulációs kontextusban

A Baranya MGYK által működtetett gondozási helyeken elhelyezett 14-18 éves fiatalok körében végzett kutatás eredményeinek normál populációs kontextusban való értelmezéséhez két országos reprezentatív mintán végzett kutatás adatait használjuk fel. Egyrészt a HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) legutolsó, 2018. évi hullámának adatait (Paksi, 2019), másrészt az EPSAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) kutatás 2015. évi adatfelvételének eredményeit²⁵ (Elekes, 2016) hívjuk segítségül ahhoz, hogy értelmezzük az ellátottak körében kapott adatokat.

a) A HBSC kutatás adataival való összehasonlítás

Tekintettel arra, hogy a HBSC kutatás a 9. és 11. évfolyamos diákok körében vesz fel droghasználattal kapcsolatos adatokat, így az összehasonlítás során az ellátottak körében végzett jelen vizsgálat adataiból is csak azoknak az adatait használjuk fel, akik a 2018/2019 tanévben a 9. és 11. évfolyamon tanultak. Természetesen az összehasonlításhoz a szerhasználati kategóriákat tartalmilag is a HBSC kategóriákkal harmonizáltuk.

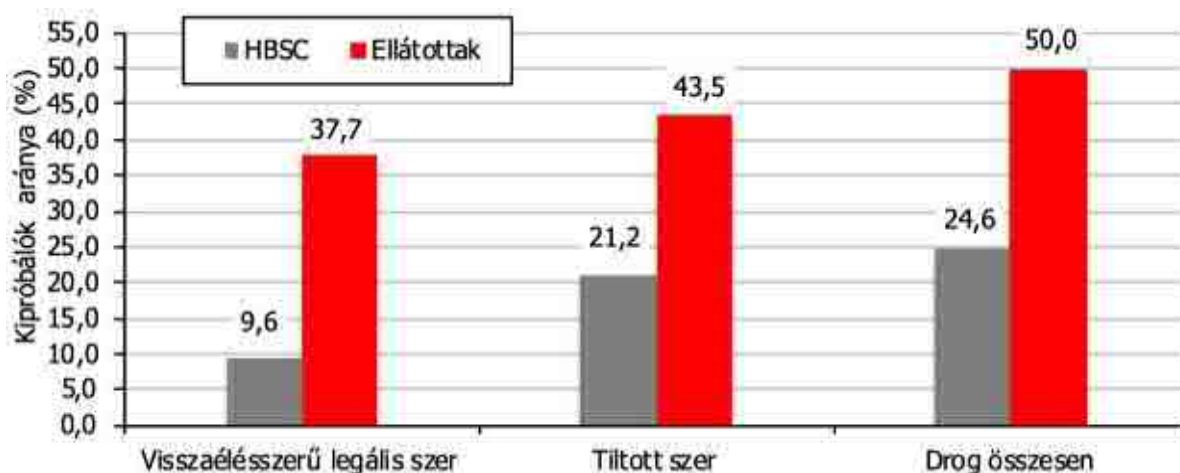
Mint ahogy azt a 9. ábrán láthatjuk, a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok drogérzékenysége a különböző szerhasználati kategóriákban többszörösen meghaladja az általános populációs értékeket. Az ellátottak körében *mintegy négyszer gyakoribb a visszaélészerű legális szerek* (gyógyszerek orvosi javaslat nélküli és/vagy alkohollal együtt tör-

²⁴ A lineáris regresszió a többváltozós elemzések egyik csoportja, amely arra próbál választ adni, hogy a különböző független változók (jelen esetben a motivációs dimenziók) egységnyi változása, a függő változó (jelen esetben a problémás szerhasználat kockázata) milyen mérvű megváltozását vonhatja maga után. Segítségével olyan összetett modellek állíthatók fel, amelyek a függő változót együttesen befolyásoló jelenségeket valamint azok erőssorrendjét segít azonosítani.

²⁵ Az ESPAD legutóbbi, 2019-es adatfelvételi hullámának eredményei a tanulmány írása idején még nem kerültek publikálásra.

ténő fogyasztása, illetve inhalánsok használata), valamivel *több, mint kétszeres a tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata*. Összességében a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9. és 11. évfolyamos fiatalok körében *kétszer nagyobb a valamilyen tiltott drog és/vagy valamilyen legális szert visszaélés szerű fogyasztásának előfordulása*, mint általában az ezen évfolyamokon tanuló diákok körében országosan.

10. ábra: A tiltott és legális visszaélés szerű szerfogyasztása és a droghasználat összesített életprevalencia értéke a HBSC kutatás 2018 évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9 és 11. évfolyamos diákok körében (%)²⁶



HBSC adatok forrása (Paksi, 2019)

Az ellátottak szerstruktúráját összehasonlítva az általános populációs adatokkal, egyrészt az összesített adatokban megjelenő tendenciákhoz hasonlóan azt tapasztaltuk, hogy a 9. és 11. évfolyamos diákok érintettsége minden szer esetében jelentősen elmarad az ezeken az évfolyamokon tanuló ellátottak életprevalencia értékeitől. Másrészt azonban a különbségek szerenként eltérőek: míg a kannabisz esetében az ellátottak körében mért életprevalencia érték alig másfélszerese a normálpopulációs értékeknek, addig az amfetaminok esetében pl. közel ötszörös, az inhalánsok esetében pedig megközelítően tízszer nagyobb az ellátásban élő fiatalok érintettsége. A szerenként jelentősen eltérő fokozott érintettség következtében az ellátásban élő fiatalok szerstruktúrája is jelentősen eltér az általános populációban tapasztalttól. Ugyan mindkét populációban a kannabisz a legnépszerűbb a HBSC kutatásban vizsgált szerek közül, de míg az általános populációban minden más szer használatának népszerűsége jelen-

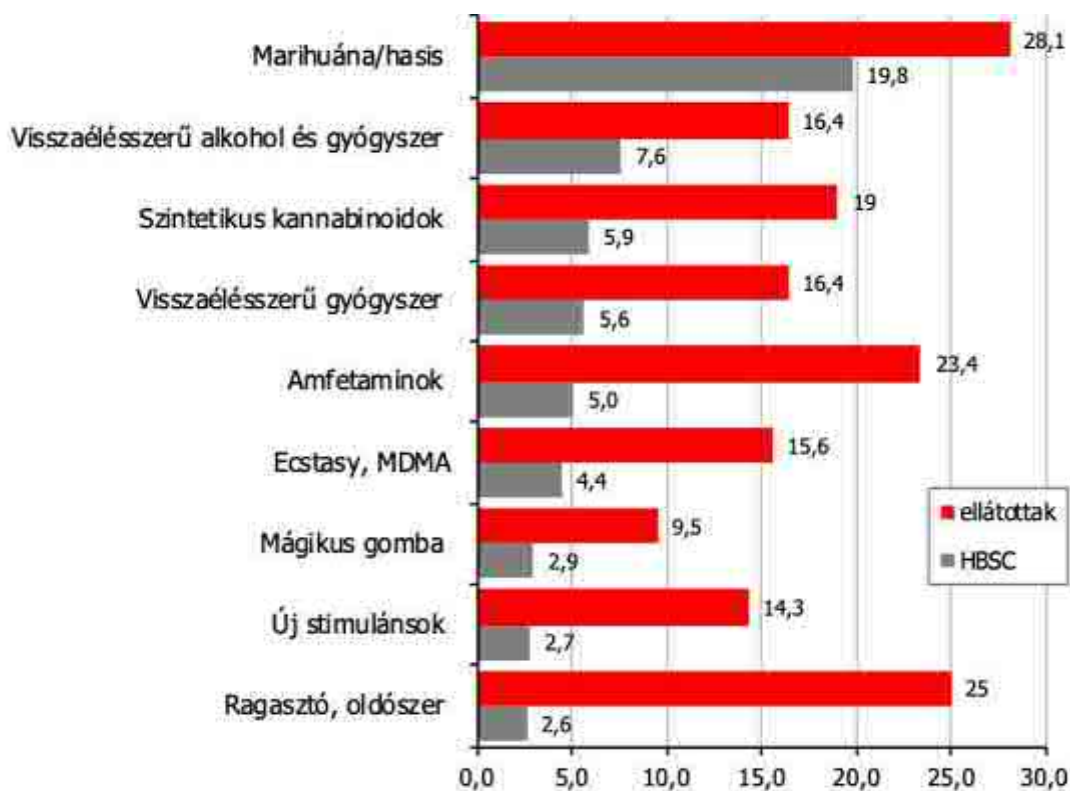
²⁶ A HBSC kutatás a következő tiltott és/vagy legális visszaélés szerű szerhasználó magatartásokat vizsgálta: alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon; gyógyszer, hogy feldobjon; ragasztó/oldószer; kannabisz; ecstasy/MDMA; amfetaminok; mágikus gomba; szintetikus kannabinoidok; új stimulánsok; egyéb drogok.

Tiltott szerek közé a HBSC kutatás alábbi szereket sorolta: kannabisz; ecstasy/MDMA; amfetaminok; mágikus gomba; szintetikus kannabinoidok; új stimulánsok; egyéb drogok. Mivel az egyéb drog kategória a HBSC kutatásban itt szerepelt, és a válaszolók bármi más tiltott szert fogyasztását itt jelölheték meg, így az ellátottak körében végzett vizsgálat során ide soroltuk a következő szereket is: kokain, crack, heroin, LSD, GHB, mepredon.

Legális szerek visszaélés szerű használata kifejezés a HBSC kutatásban alábbi magatartásokat tartalmazza: alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon; gyógyszer, hogy feldobjon; ragasztó/oldószer használat. Az összehasonlítás céljából az ellátottak körében is megképeztük ezeket a kategóriákat.

tősen elmarad a kannabisz népszerűségétől, addig az ellátottak körében az inhalánsok és az amfetaminok elterjedtsége megközelíti a kannabisz elterjedtségét. Az ellátottak körében az inhalánsok használata a második legelterjedtebb szerhasználói magatartás, míg az általános populációban az oldószerek/ragasztók használata a HBSC vizsgálat alapján ma már a legkevésbé elterjedt.

11. ábra: Szerenkénti életprevalencia értékek a HBSC kutatás 2018 évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9 és 11. évfolyamos diákok körében (%)



HBSC adatok forrása (Paksi, 2019)

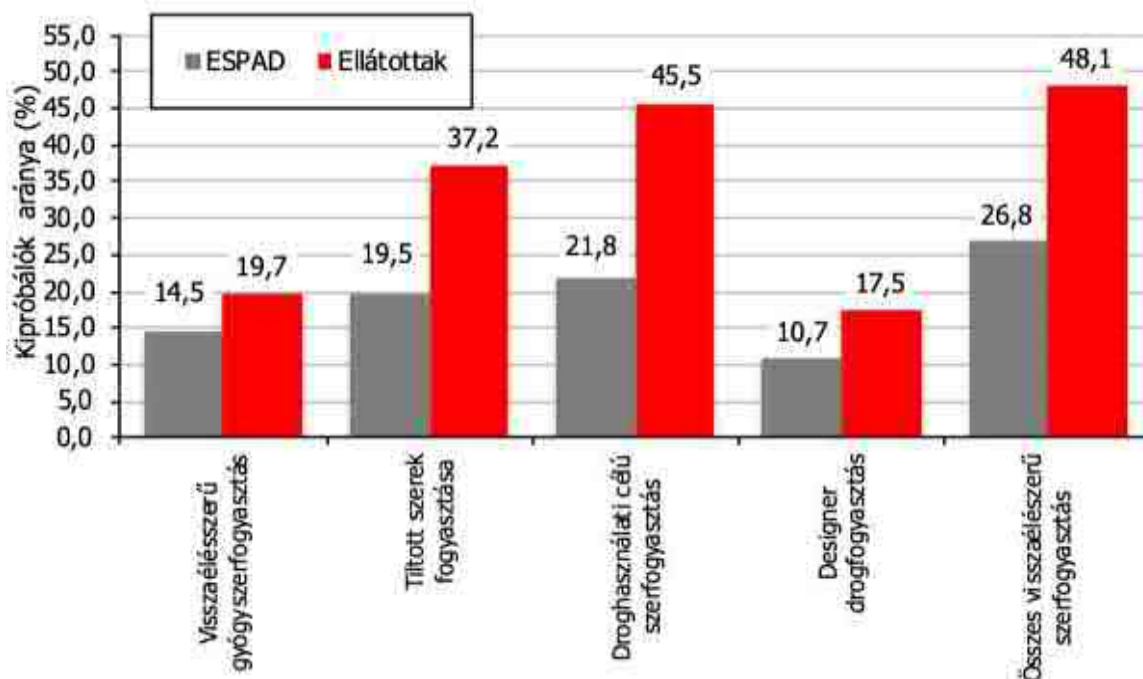
a) Az ESPAD kutatás adataival való összehasonlítás

Az ESPAD kutatás eredményeivel (Elekes, 2016) való összehasonlítás során a szerhasználati kategóriákat tartalmilag az ESPAD szerhasználati kategóriákkal harmonizáltuk, és – az ESPAD célpopulációjának megfelelően – a jelen vizsgálat adataiból csak a 9-10. évfolyamosok adatait használjuk.

A HBSC kutatással való összehasonlítással összhangban, a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos fiatalok körében *összességében közel kétszer nagyobb a visszaélészerű szerfogyasztás előfordulása*, mint általában az ezeken évfolyamokon tanuló diákok körében országosan. Hasonló volumenű különbségek mutatkoznak a tiltott szerek, illetve a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás vonatkozásában is. A HBSC adatokhoz képest a 4 évvel ezelőtti ESPAD vizsgálat az ÚPSZ használat és visszaélészerű gyógyszerfogyasztás tekintetében jóval magasabb értékeket mért, így az ESPAD adatok alap-

ján ezek tekintetében kevésbé jelentkeznek a gyermekvédelmi ellátásban élők fokozott kitettsége. Összességében azonban az ESPAD adatok alapján is azt mondhatjuk, hogy a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok a droghasználat tekintetében az átlagnál veszélyeztetettebb, speciális populációnak tekinthető.

12. ábra: A különböző típusú visszaélészerű szerhasználó magatartások életprevalencia értékei az ESPAD kutatás 2015. évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos diákok körében (%)²⁷



ESPAD adatok forrása (Elekes, 2016)

A szerenkénti életprevalencia értékek alapján – a HBSC adatokkal való összehasonlításhoz hasonlóan – egyrészt azt kell kiemelnünk, hogy a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok fokozott érintettsége szinte minden szer esetében megjelenik, másrészt azonban szerenként eltérő az ellátottak fokozott érintettsége. E tekintetben az ESPAD adatokkal való összehasonlítás alapján azonban az inhalánsok és az amfetaminok mellett az ecstasy, a patron/lufi illetve a mágikus gomba kiugró elterjedtségét kell kiemelnünk.

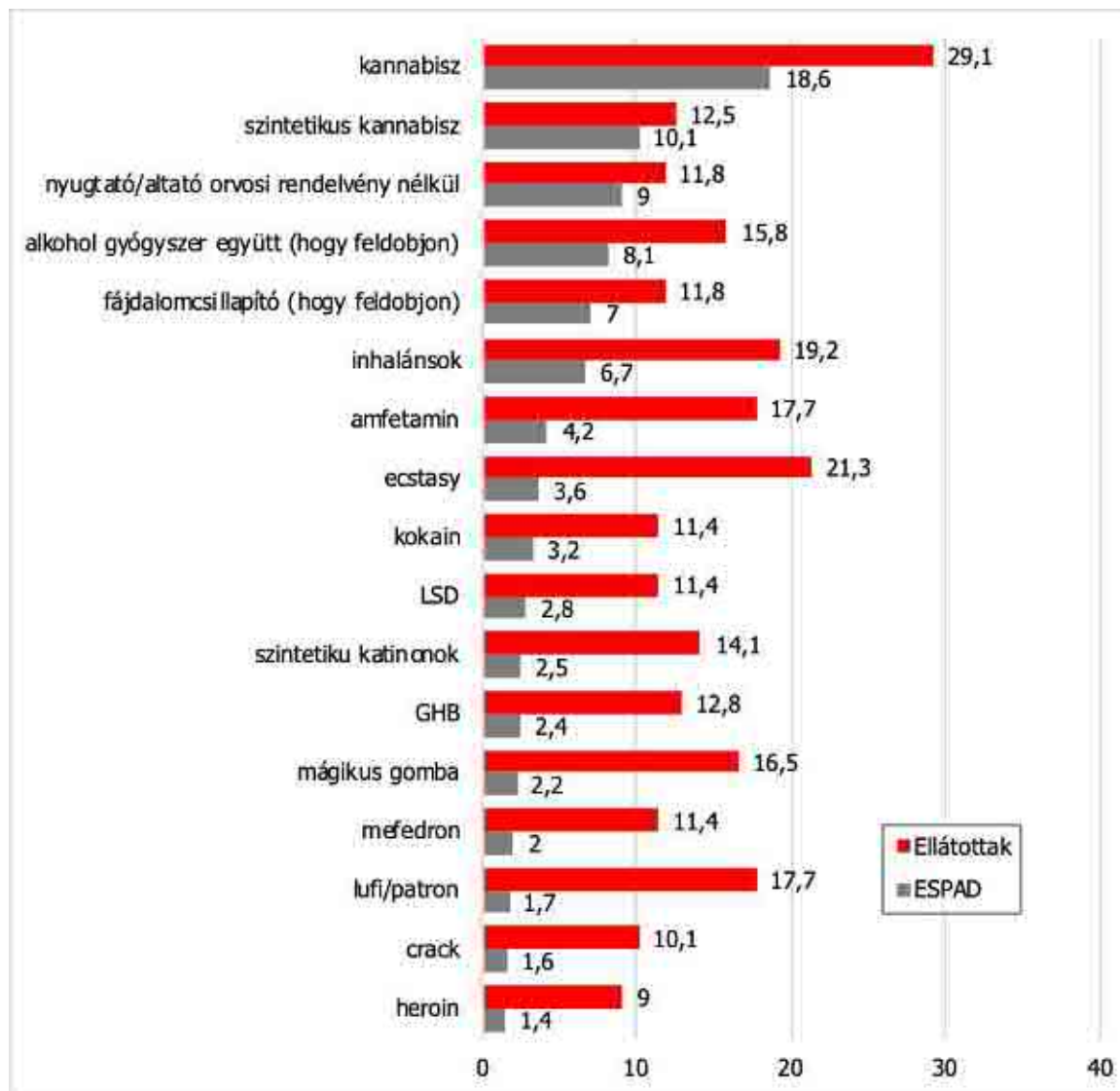
²⁷ Tiltott szerek közé az ESPAD kutatás a következő drogokat sorolta: marihuána/hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin. A dizájner drogok elnevezés a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus kationok használatát foglalja magában.

Droghasználati célú szerfogyasztásnak az „ESPAD tiltott szereken” kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), szerves oldószerek, patron/lufi és a mepredon használatát tekintették.

Az orvosi javaslat nélküli gyógyszerek kategóriája pedig a nyugtatók/altatók, fájdalomcsillapítók és az alkohol gyógyszerrel történő együttes fogyasztását jelenti.

Az összehasonlítás céljából az ellátottak adataiból megképeztük ezeket a kategóriákat is.

13. ábra: Szerenkénti életprevalencia az ESPAD kutatás 2015. évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos diákok körében (%)



ESPAD adatok forrása (Elekes, 2016)

3.2. Alkoholfogyasztás

3.2.1. Az alkoholfogyasztás elterjedtsége az ellátottak körében

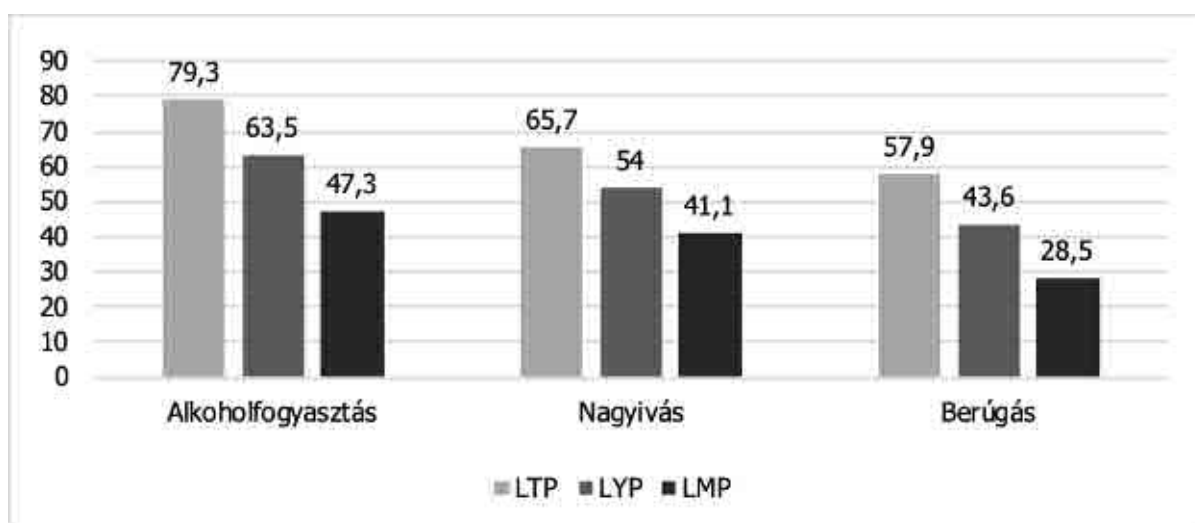
Az alkoholfogyasztást az – ESPAD kutatásokkal harmonizálva (Elekes, 2016) – a fogyasztás, illetve a szélsőséges alkoholfogyasztási formák (nagyivás és berúgás) különböző időszakokra vonatkozó gyakoriságával mértük.

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok közel négyötöde (79,3%) ivott már életében alkoholt, közel kétharmaduk (63,5%) az elmúlt évben is. Az aktuális elmúlt havi fogyasztás aránya (LMP) megközelíti az 50 százalékot (14. ábra), s körülbe-

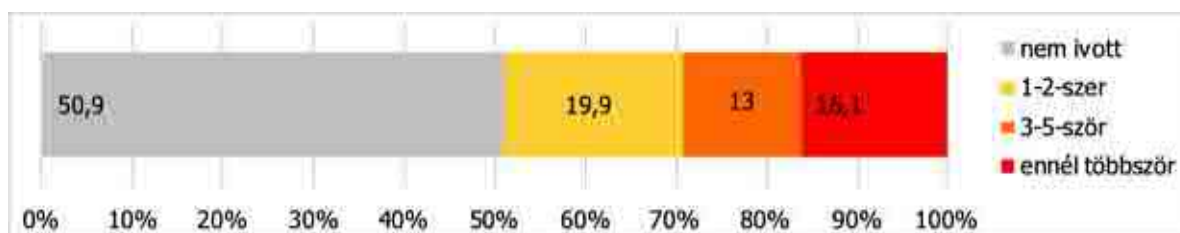
lül minden hatodik ellátott fiatal (16%) pedig heti rendszerességgel (az elmúlt hónapban több mint 5 alkalommal) fogyaszt alkoholt (lásd 15. ábra).

Azok, akik valaha ittak már életükben alkoholt, döntő többségükben már túl vannak valamilyen szélsőséges ivási tapasztalaton is: négyötödükkel (80,3%) előfordult már, hogy egy alkalommal megivott legalább öt italt²⁸ az élete során, és közel háromnegyedük (72,5%) túl van már az első berúgáson. Összességében az ellátásban lévő fiatalok kétharmada volt már részeg életében, és több mint fele az elmúlt évben, kétötöde pedig az elmúlt hónapban is. A berúgás valamelyest ritkább a nagyivásnál, ami arra is utal, hogy az egy alkalommal 5 vagy több ital elfogyasztása a populációban nem feltétlen vezet berúgáshoz.

14. ábra: Az alkoholfogyasztás különböző mutatóinak alakulása a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)



15. ábra: Az alkoholfogyasztás gyakorisága az elmúlt hónapban a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (N=161) (%)



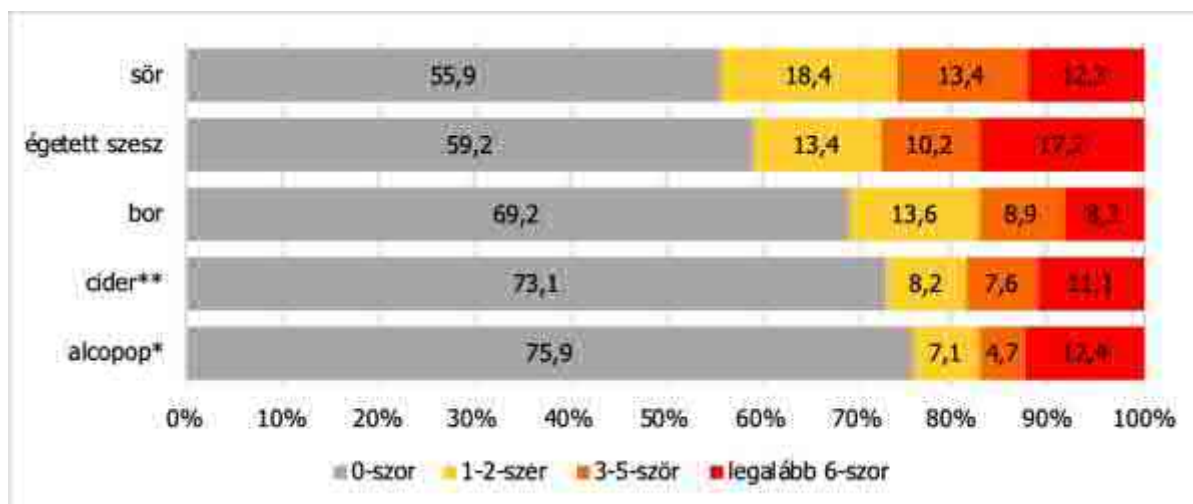
²⁸ Nagyivásnak a kutatás az egy alkalommal legalább öt ital elfogyasztását tekintette, amikor egy ital másfél dl bor, vagy egy pohár/kis üveg (3,3 dl) sör, vagy egy pohár (4-5 cl) égetett szesz, vagy egy koktél vagy egy üveg (3,3 dl) előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital vagy egy üveg (3,3 dl) cider. Ezek a mennyiségek a tisztaszesz tartalom alapján közelítenek a 20 milliliter (16 gramm) standard italhoz.

3.2.2. A különböző italfajták fogyasztása

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében a havi prevalenciaértékek alapján legnépszerűbb italfajta a sör valamint a tömény italok, melyeket a fiatalok mintegy 40-45%-a ivott az megelőző hónapban. A harmadik helyen jelentősen kisebb, 30,8%-os havi prevalencia értékkel a bor áll, s csak kismértékben marad el tőle a hazai italkínálatban rövidebb ideje jelenlévő alcopop illetve a cider elterjedtsége: ezen utóbbi az italfajtákat körülbelül az ellátottak egynegyede használja aktuálisan.

A havi prevalenciaérték alapján kirajzolódó sorrendhez képest valamelyest eltérő képet kapunk az italtípusok kedveltségéről, ha a nagyobb gyakoriságú, havi legalább hat alkalommal történő fogyasztás arányát vizsgáljuk. A nagyobb gyakoriságú fogyasztás elsősorban tömény italok formájában történik, s a bor kap a legkevésbé szerepet.

16. ábra: A különböző italfajták havi prevalencia értéke (LMP) és fogyasztási gyakorisága a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)



* előre összekeverten árusított alkoholtartalmú üdítőital; **almabor

3.2.3. Alkoholfogyasztási motivációk

Az alkoholfogyasztás motivációinak vizsgálatára a Cooper, Russell, Skinner, & Windle (1992) által létrehozott Alkoholfogyasztási Motivációk Kérdőív rövidített változatát (DMQ-SF, Kuntsche és Kuntsche, 2009) használtuk, melynek 12 tétele 5 fokú Likert skálán 4 motivációt mér 3-3 tétellel: Megküzdés, Konformitás, Fokozás, Társas²⁹.

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt év során alkoholt fogyasztó fiatalok körében összetartozó mintás varianciaanalízis³⁰ Greenhouse-Geisser

²⁹ Az alkoholfogyasztás motivációinak becslésére alkalmazott mérőeszköz leíró statisztikai adatait, illetve megbízhatóság vizsgálatának eredményeit az 5. táblázat, tételszintű adatait pedig a melléklet 2. táblázata tartalmazza.

³⁰ Az összetartozó mintás varianciaanalízis ugyanazon személyek különböző jellemzőinek összehasonlítására alkalmas egyfajta statisztikai eljárás.

korrekciója³¹ ($F(2,680;267,976)=16,865$; $p<0,001$; parciális $\eta^2=0,144$) alapján jelentős eltéréseket mutatott.

7.táblázat: A vizsgált motivációs dimenziók átlagértékeinek alakulása a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt év során alkoholt fogyasztó fiatalok körében

	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Konformitás	6,228	5,544	6,912
Megküzdés	6,713	5,983	7,443
Fokozás	7,446	6,735	8,156
Társas	8,248	7,484	9,011

Bonferroni korrekció³² alapján végzett post-hoc tesztek³³ az elmúlt évben alkoholt fogyasztó ellátottak körében a *társas motivációk legerősebb jelenlétét emelhetjük ki*, mely az összes többi motivációhoz képest szignifikánsan magasabb értékeket mutatott. Az elemzés alapján nem találtunk különbséget a konformitás és megküzdés, illetve a megküzdés és fokozás motivációi között.

A motivációk alakulását megvizsgáltuk a szélsőséges ivási magtartás – nagyivás, berúgás – mutatói esetében is. A kapott eredmények az elmúlt évben alkoholt fogyasztó ellátottak körében kapotthoz hasonlóak³⁴ (lásd: 8. táblázat). Azzal a különbséggel, hogy Bonferroni korrekció alapján végzett post-hoc teszt az elmúlt évi nagyivók esetében a fokozás és a társas motivációk között nem mutatott szignifikáns eltérést (9. táblázat), berúgás esetében pedig a megküzdés és fokozás, illetve a fokozás és a társas motivációk között nem volt statisztikailag jelentős az eltérés, a többi esetben igen.

Ezek alapján elmondhatjuk, hogy az ellátottak alkoholfogyasztását elsősorban a különböző csoportokba történő beilleszkedés, a mások által történő elfogadás érzése motiválja.

8.táblázat: A vizsgált motivációs dimenziók átlagértékeinek alakulása a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt év során legalább egy alkalommal 5 vagy több italt elfogyasztó (nagyivó) fiatalok körében

Motivációs dimenzió	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Konformitás	6,527	5,775	7,279
Megküzdés	7,194	6,410	7,977
Fokozás	7,710	6,961	8,458
Társas	8,290	7,487	9,093

³¹ Az összetartozó mintás varianciaanalízis egyik előfeltétele a szfericitás vagy szóráshomogenitás, melynek megsértése esetén a Greenhouse-Geisser korrekció alkalmazása szolgáltatja az értelmezhető eredményeket.

³² A Bonferroni korrekció lecsökkenti annak az esélyét, hogy hibás eredményt fogadjunk el (1. típusú hiba).

³³ A post hoc tesztek az egyes mért változókat páronként hasonlítják össze és keresik köztük a statisztikailag jelentős (szignifikáns) különbségeket.

³⁴ A nagyivás esetében: $F(2,601;239,251)=11,606$; $p<0,001$; parciális $\eta^2=0,112$); a berúgás esetében pedig: $F(2,625;196,844)=13,792$; $p<0,001$; parciális $\eta^2=0,155$;

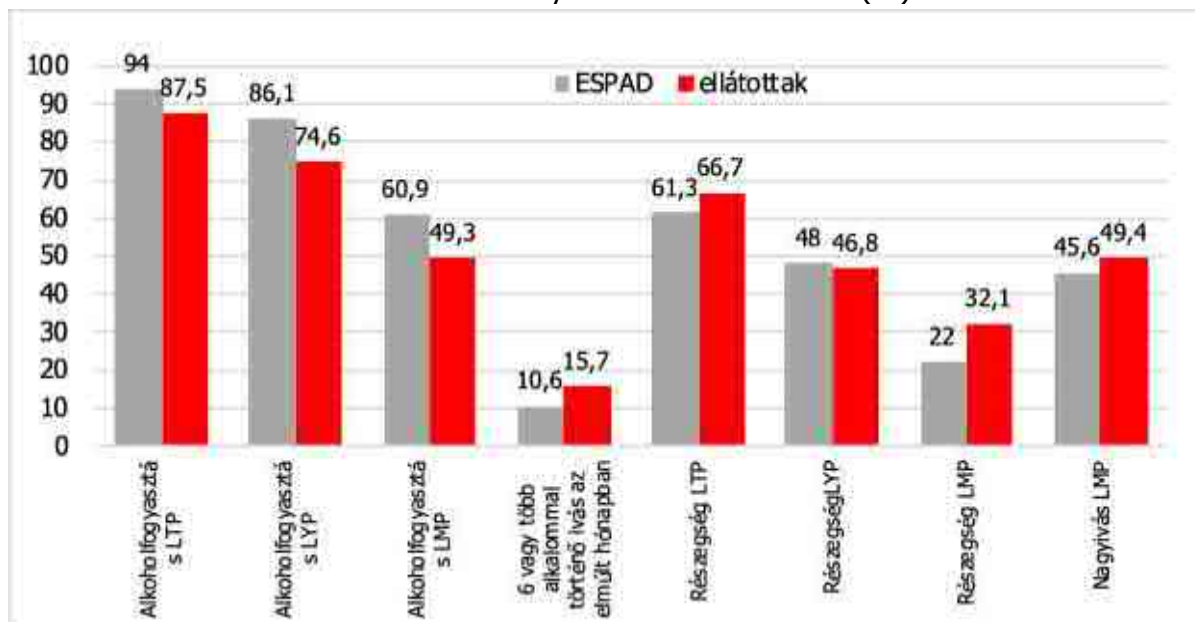
9.táblázat: A vizsgált motivációs dimenziók átlagértékeinek alakulása azokak a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiataloknak a körében, akikkel az elmúlt év során legalább egy alkalommal berúgtak

Motivációs dimenziók	Átlag	95%-os konfidencia intervallum	
		alsó határ	felső határ
Konformitás	6,228	5,544	6,912
Megküzdés	6,713	5,983	7,443
Fokozás	7,446	6,735	8,156
Társas	8,248	7,484	9,011

3.2.4. Az ellátottak alkoholfogyasztása normálpopulációs kontextusban³⁵

A gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok alkoholfogyasztásának különböző vizsgált jellemzőit összehasonlítva a 2015-ös ESPAD vizsgálat eredményeivel, azt tapasztaljuk, hogy az ellátottak körében kapott adatok az alkoholfogyasztásban való érintettséget jelző mutatók tekintetében megegyeznek, vagy annál kedvezőbbek. Mindössze a szélsőséges ivási magatartásra utaló néhány jelzőszáma (berúgás, illetve kisebb mértékben a nagyivás havi prevalenciája, valamint a heti rendszerességű alkoholfogyasztás) tekintetében tapasztaltunk kismértékben magasabb értékeket az ellátottak körében. Összességében azonban a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok ivási magatartását a gyakorisági adatok alapján inkább átlagosnak tekinthetjük.

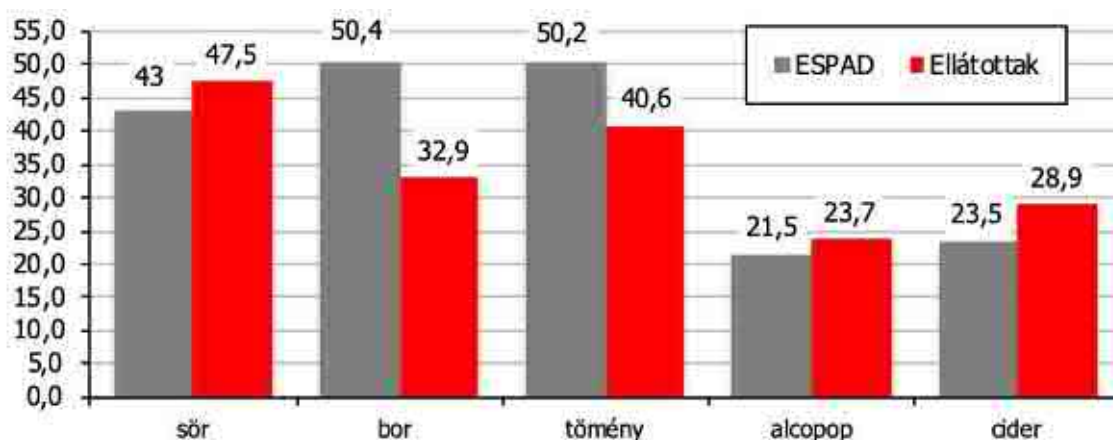
17. ábra: Az alkoholfogyasztás különböző mutatóinak alakulása az ESPAD kutatás 2015. évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos fiatalok körében (%)



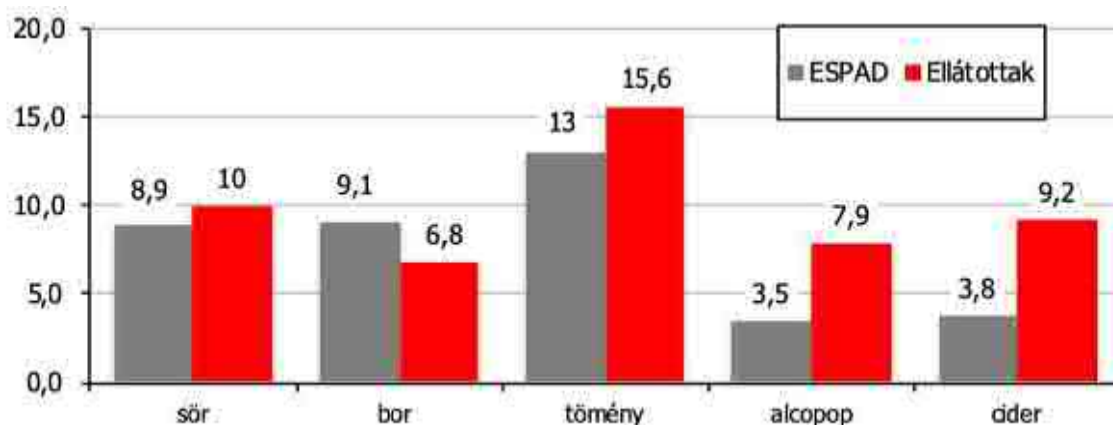
³⁵ Az alkoholfogyasztási adatok normálpopulációs kontextusba helyezése során csak az ESPAD 2015-ös adatfelvételének eredményeire (Elekes, 2016) tudunk támaszkodni. (A tanulmány készítésének időpontjában a HBSC 2018-as alkoholadatai még nem hozzáférhetőek.) Az ESPAD adatokkal való összehasonlítást ebben az esetben is a 9-10. évfolyamos diákokra vonatkozóan végeztük el.

A különböző alkoholfajták népszerűsége tekintetében inkább megjelennek különbségek. Egyrészt a gyermekvédelmi ellátásban élő fiatalok aktuális fogyasztásában jóval kisebb arányban jelenik meg a bor, s még a körükben viszonylag népszerű töményfogyasztás is ritkább, mint általában a diákok körében, ugyanakkor az általános populációban kevésbé kedvelt sörfogyasztás az ellátottak körében inkább jellemző (18. ábra). A nagyobb gyakoriságú ivás pedig nagyobb arányban történik tömény, illetve „új fajta” alkoholos italok, alcopop vagy cider formájában az ellátásban élők körében (19. ábra).

18. ábra: A különböző italfajták havi prevalencia értéke az ESPAD kutatás 2015. évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos diákok körében (%)



19. ábra: A különböző italfajtákat az elmúlt hónapban hat vagy több alkalommal fogyasztók aránya az ESPAD kutatás 2015. évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos diákok körében (%)

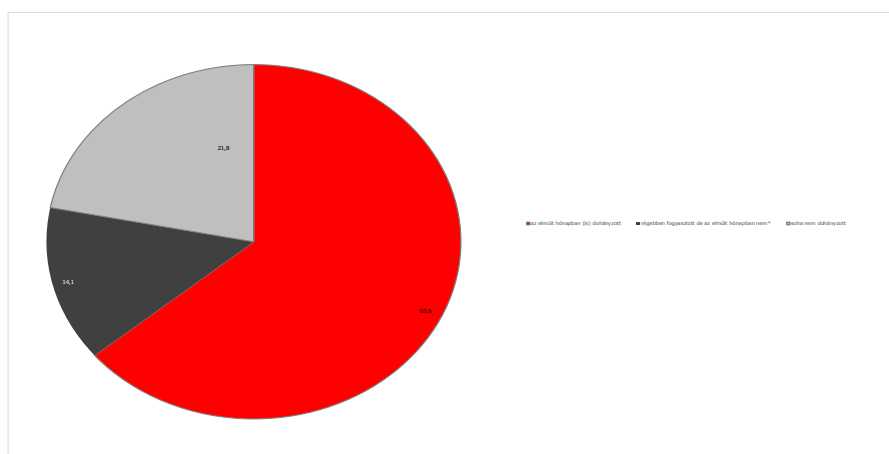


3.3. Dohányzás

3.3.1. A dohányzás elterjedtsége az ellátottak körében

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok közel több mint háromnegyede (78,2%) dohányzott már életében. Többségük (a valaha dohányzók 81,8 %-a) aktuálisan, az elmúlt hónapban is dohányzott. Az aktuálisan dohányzók aránya a populációban 63,6%.

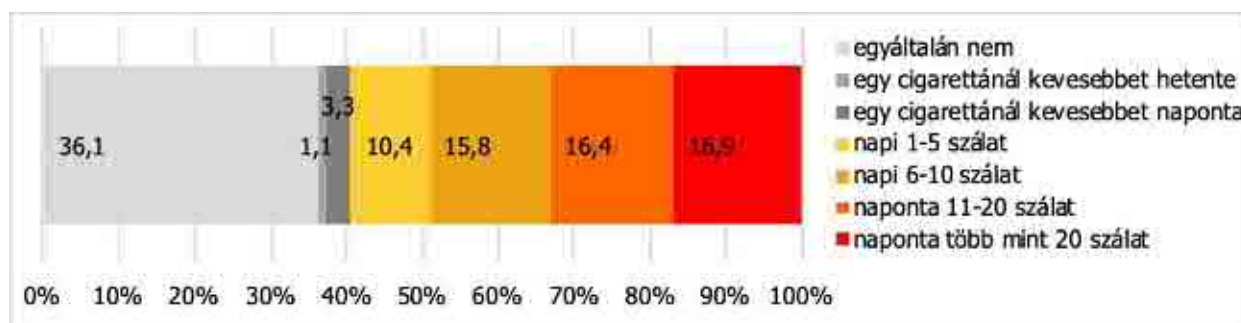
20. ábra: A dohányzás elterjedtsége a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (LTP) (N=188)



*az évelt és havi prevalencia különbsége 14,6%, de 4 esetben nem tudjuk, hogy az előző hónapban fogyasztott vagy sem.

A gyermekvédelmi ellátásban élő 14-18 éves fiatalok háromötöde naponta dohányzik. Az aktuálisan dohányzók között pedig a napi dohányzók aránya 91,5%, és több mint háromnegyedük naponta több mint 5 szál cigarettát szív el.

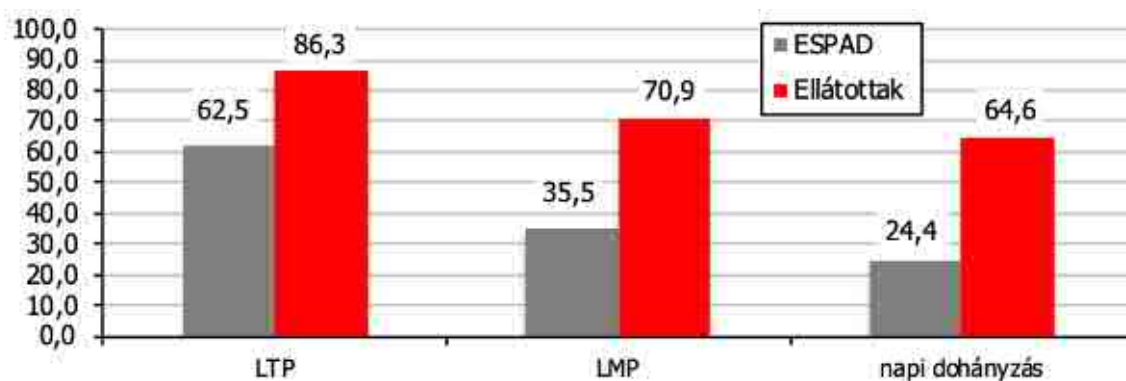
21. ábra: A dohányzás gyakorisága az elmúlt hónapban a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (N=117) (%)



3.3.2. Az ellátottak dohányzása normálpopulációs kontextusban³⁶

A gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok dohányzási szokásait összehasonlítva a 2015-ös ESPAD vizsgálat eredményeivel láthatjuk, hogy míg az átlag populációban a diákok kevesebb, mint kétharmada próbálta ki a cigarettát, addig az ellátottak körében közel 25%-kal többen. Az aktuális, illetve napi dohányzásban még inkább élesen kirajzolódnak a különbségek: az gyermekvédelmi gondozásban élő fiatalok között kétszer annyian vannak, akik aktuálisan dohányoznak, mint általában a korosztályukban, és a napi dohányzás pedig több mint két és félszer gyakoribb.

22. ábra: A dohányzás elterjedtségének mutatói az ESPAD kutatás 2015. évi hulláma alapján az általános populációba tartozó, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos diákok körében (%)



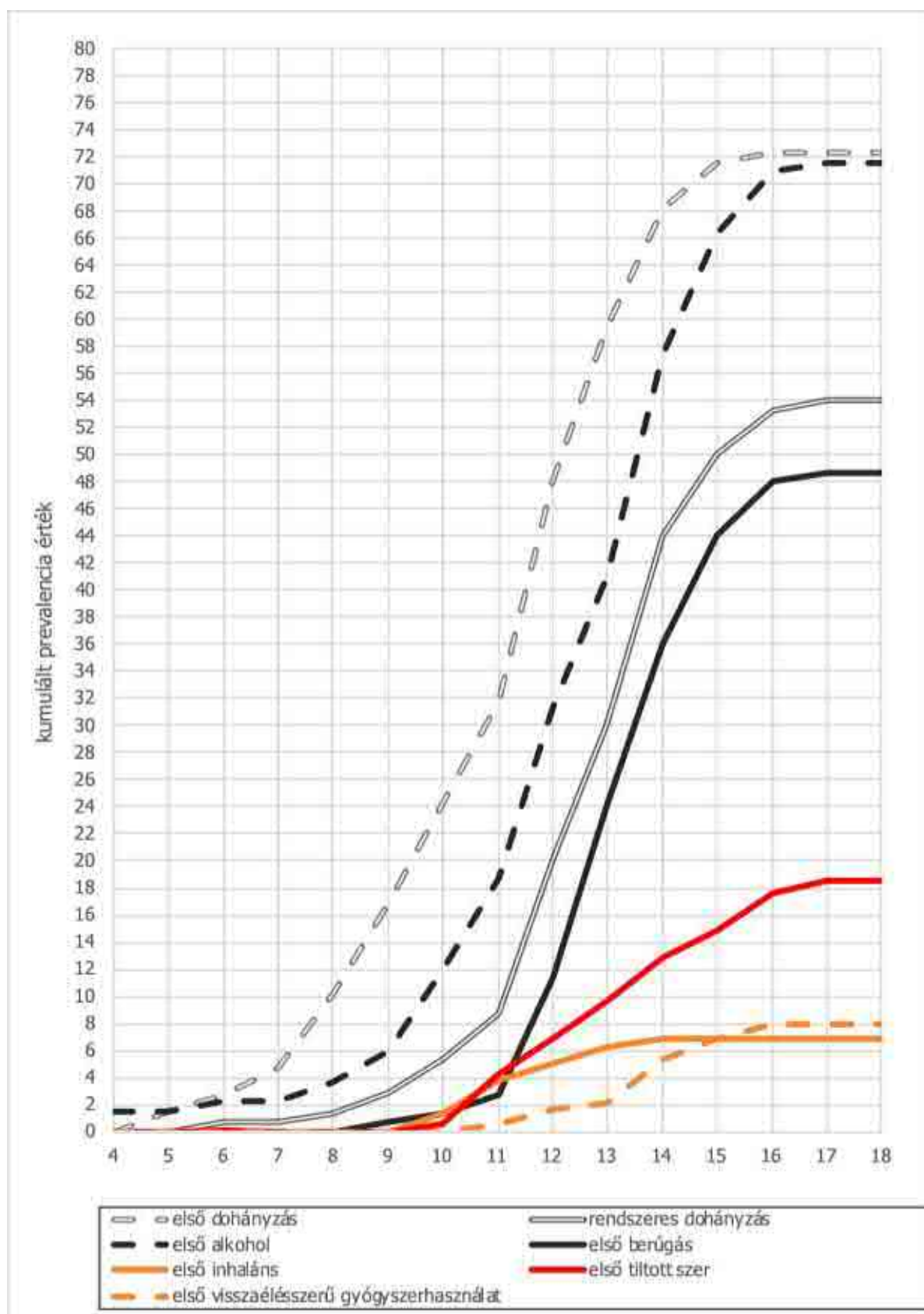
3.4. A különböző szerhasználó magatartásokkal időbeli kapcsolódása

A prevenciós beavatkozások tervezése, időzítése szempontjából fontos ismernünk a célpopulációban a prevenciós beavatkozás célját képező magatartás megjelenésének időbeli dimenzióit. A szerhasználat megelőzésére, visszaszorítására irányuló prevenciós tevékenység empirikus megalapozása során az első szerhasználat életkora alapján becsülhetjük a különböző korévekben az adott szerrel/szerhasználó magatartással való kapcsolatba kerülés kockázatát.³⁷ A következő ábrán azt mutatjuk be, hogy a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében a különböző korévekben mekkora a vizsgált főbb szerhasználó magatartások megjelenésének a kockázata.

³⁶ Az dohányzási adatok normálpopulációs kontextusba helyezése során csak az ESPAD 2015-ös adatfelvételének eredményeire (Elekes, 2016) tudunk támaszkodni. (A tanulmány készítésének időpontjában a HBSC 2018-as dohányzási adatai még nem hozzáférhetőek.) Az összehasonlítást ebben az esetben is a 9-10. évfolyamos diákokra vonatkozóan végeztük el.

³⁷ Amennyiben valamilyen szer/magatartás kipróbálásának éveire vonatkozó gyakorisági adatok kumulált értékeit ábrázoljuk, a görbék meredeksége az adott szerrel/magatartással való kapcsolatba kerülés kockázatát mutatja a különböző életkorokban.

23. ábra: A különböző szerhasználó magatartásokkal való kapcsolatba kerülés kockázata, a különböző korévekben (kumulált prevalencia görbék, %)



Az ellátottak körében leghamarabb megjelenő szerhasználó magatartás az alkoholfogyasztás: 2% körüli kockázattal már 4 éves korban megjelenik, majd 7 éves kortól 14 éves korig egyre meredekebben emelkedő kockázatot jelent. 14 éves kor után valamelyest mérséklődik a kockázat, majd 16 éves kortól már nem nagyon találkozunk olyan fiatalokkal, akik akkor fogyaszt először alkoholt. A dohányzás kipróbálása egy évvel később indul, azonban a kezdeti években nagyobb a kipróbálás valószínűsége, majd az alkoholfogyasztáshoz nagyon hasonló kockázati görbét ír le. Mindez azt jelenti, hogy az alkohol- és dohányzás-prevenციót nagyon korán érdemes elkezdni a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében, s az általános iskolás évek végéig célszerű fókuszban tartani. Az ellátottak „idővonalán” megjelenő következő magatartás a rendszeres dohányzás, ami ugyan csak 8-9 éves kor tájékán jelenik meg 1-2%-os kockázattal, majd 11 éves kor után az egyik legnagyobb kockázatot jelenti, a 10 éves korban megjelenő szélsőséges ivási magatartásokkal együtt. Ekkor jelennek meg a palettán visszaélészerű szerhasználó magatartások is. Először a tiltott szerek és az inhalánsok, majd 1-2 évvel később a visszaélészerű gyógyszerhasználat. A tiltott szerekkel való kapcsolatba kerülés kockázata a megjelenését követően 16-17 éves korig meglehetősen stabil, ezekben az években évente általában az ellátottak 1,5-2%-a kerül kapcsolatba tiltott szerekkel, majd csökken a kipróbálás valószínűsége. A legális visszaélésre alkalmas szerek kockázata mindvégig a legalacsonyabb. Ezekre az idői dimenziókra a nevelésbe vettek körében tervezett prevenciós beavatkozások tematikájának, lefedett területeinek meghatározása során érdemes odafigyelni.

4. A BARANYA MEGYEI GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ 14-18 ÉVES FIATALOK SZERHASZNÁLATÁNAK KOCKÁZATI TÉNYEZŐI

4.1. A különböző szerhasználó magatartások szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása – célcsoport lehatárolás

A fejezet célja a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében megvalósításra kerülő, a szerhasználat megelőzését és visszaszorítását célzó prevenciós tevékenységnek a célcsoport különböző jellemzői mentén történő differenciálásának segítése. Azt vizsgáljuk, hogy a szerhasználat megelőzését és visszaszorítását célzó prevenciós beavatkozások végső célváltozóit jelentő magatartások (drog- ill., problémás droghasználat, alkoholfogyasztás, dohányzás) milyen kapcsolatban állnak különböző célcsoport különböző szocio-demográfiai jellemzőivel, illetve gyermekotthoni életével (a vizsgált változók leírása megtalálható a melléklet 4. táblázatban).

4.1.1. A drogokkal való kapcsolatba kerülés szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása

A gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok droghasználati célú szerhasználatban való érintettségének szocio-demográfiai mintázódását leíró statisztika eszközökkel vizsgálva,

mindössze az *ellátottak életkora* és az *évfolyam* esetében tapasztaltunk szignifikáns ($p < 0,05$) eltéréseket. Azok, akik használtak már valaha valamilyen szert biztosan droghasználati céllal, átlagosan egyharmad évvel idősebbek³⁸, illetve felsőbb évfolyamra járnak. Ugyanakkor az adatok szerint sem nemek között, sem az aktuálisan folytatott tanulmányok típusa szerint, de a fiatalok szubjektív életminősége, vagy a származási családdal való kapcsolattartás mennyisége és minősége mentén sem mutatkoznak az érintettség tekintetében különbségek.

A fiatalok gyermekvédelmi *ellátással kapcsolatos életdimenzióiban* azonban már jobban megmutatkoznak szignifikáns mintázatok. A különbségek elsősorban az *ellátáson belüli kapcsolatok*, illetve általában az *ellátási hely integrációs erejét* megjelenítő mutatók mentén jelentkeznek: a napjaikat, illetve az estéiket „házon belül” töltő³⁹, és a nevelőkkel, gyermekotthoni társakkal jobb (illetve jobbnak érzékelt) kapcsolatot ápoló ellátottak körében az átlagosnál szignifikánsan alacsonyabb drogérzettség tapasztalható.

Amennyiben a különböző ellátási formákban (gyermekotthonban (lakásotthon nélkül), lakásotthonban, nevelőszülőknél elhelyezett) élő fiatalok drogérzettségét vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy a nevelőszülőknél élő érintettség a legalacsonyabb, s a *lakásotthonokban élő érintettsége a legmagasabb*.

10.táblázat: A biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke a különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő jellemzők mentén a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)

	Teljes N	Használó N	LTP (%)	χ^2 (df)	p
Nem (N=177)					
fiú	75	34	45,3	0,665(1)	0,415
lány	102	40	39,2		
Iskolatípus (N=173)					
általános iskola	54	16	29,6	7,189(4)	0,126
szakközépiskola (nem ad érettségit)	69	35	50,7		
szakgimnázium	26	13	50,0		
gimnázium	8	2	25,0		
nem jár iskolába	16	7	43,8		
Aktuális ellátási forma (N=122)					
gyermekotthon (lakásotthon nélkül)	33	11	33,3	7,096(2)	,029
lakásotthon	62	33	53,2		
nevelőszülők	27	7	25,9		
Kapcsolattartás gyakorisága az édesanyjával (151)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	25	11	44,0	2,549(5)	0,769
nem tartja a kapcsolatot	35	15	42,9		
évente néhányszor	26	12	46,2		

³⁸ A születési év alapján számított életkor alapján becsült összefüggés.

³⁹ Az indikátorban keveredik az gyermekotthoni integráltság, illetve a más populációkban rendre a droghasználat kockázati tényezőjének mutatózó (Pl. Elekes, 2012, 2016) un. „eljárós társas” aktivitások megjelenítése.

	Teljes N	Használó N	LTP (%)	χ^2 (df)	p
havonta egyszer	12	4	33,3		
havonta 2-4-szer	19	5	26,3		
hetente többször	34	15	44,1		
Kapcsolattartás gyakorisága az édesapjával (147)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	35	14	40,0	10,472(5)	0,063
nem tartja a kapcsolatot	39	9	23,1		
évente néhányszor	24	15	62,5		
havonta egyszer	17	6	35,3		
havonta 2-4-szer	11	4	36,4		
hetente többször	21	10	47,6		
Kapcsolattartás az más rokonokkal (151)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	28	13	46,4	4,162(5)	0,526
nem tartja a kapcsolatot	36	10	27,8		
évente néhányszor	30	13	43,3		
havonta egyszer	19	10	52,6		
havonta 2-4-szer	11	5	45,5		
hetente többször	27	11	40,7		
Az elmúlt 30 napban „házon kívül” töltött esték száma (155)					
egy napot sem	78	19	24,4	16,933(3)	0,001
12 napot	31	17	54,8		
3-5 napot	25	16	64,0		
6- vagy több napot	21	9	42,9		
Az elmúlt 30 napban szökésben töltött napok száma (149)					
egy napot sem	100	30	30,0	13,593(2)	0,001
1-2 napot	11	6	54,5		
3 vagy több nap	38	24	63,2		
Általában hetente átlagosan „házon kívül” töltött esték száma (152)					
egyet sem	92	23	25,0	23,562(2)	<0,001
1-2 este	46	31	67,4		
3-5 este	14	7	50,0		
Megjegyzés: N= elemszám; LTP=életprevalencia érték; df=szabadságfok, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, az átlagostól nagyobb kockázatú csoportokat pedig vastagítással kiemeltük.					

11.táblázat: Különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók átlag értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves a valamilyen drogot életük során biztosan droghasználati céllal használó és nem használó fiatalok körében fiatalok körében (%)

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Életkor	179	104	15,76	1,27	75	16,13	1,17	4,03	0,046
Évfolyam	144	86	8,65	1,48	58	9,26	1,32	6,38	0,013
Szubjektív életminőség	145	83	6,66	2,23	62	6,31	2,53	0,81	0,371
Gyermekotthonba kerülés életkora	70	42	11,52	4,00	28	11,93	4,01	0,17	0,681
Lakásotthonba kerülés életkora	61	31	12,35	3,7	30	12,05	3,24	4,48	0,490
Nevelőszülőkhöz kerülés életkora	58	43	7,63	4,40	15	7,40	4,15	0,03	0,862
Ellátásba kerülés életkora	133	84	9,69	4,60	49	10,8	4,39	1,85	0,176
Elégedettség az édesanyjával való kapcsolatával	120	70	3,40	1,47	50	3,32	1,50	0,09	0,771
Elégedettség az édesapjával való kapcsolatával	93	54	3,54	1,40	39	3,18	1,30	1,58	0,213
Elégedettség a testvéreivel való kapcsolatával	123	76	3,76	1,26	47	3,40	1,33	2,25	0,136
Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával	139	82	3,93	1,15	57	3,33	1,08	9,42	0,003
Elégedettség az gyermekotthoni társakkal való kapcsolatával	130	77	3,57	1,25	53	3,09	1,06	5,16	0,025
Elégedettség a barátaival való kapcsolatával	140	84	4,12	1,10	56	3,61	1,17	6,89	0,010

Megjegyzés: N= elemszám; M=átlag; SD=szórás; F – F próba értéke, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, a magasabb átlagokat vastagítással kiemeltük.

A 10-11. táblázatban szereplő leíró statisztikai elemzések során a biztosan droghasználati célú szerfogyasztással szignifikáns kapcsolatot mutató szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók körében⁴⁰ megvizsgáltuk, hogy az egyes változók – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – milyen szerepet kapnak a droghasználati célú szerfogyasztás bejósolásában. A 9 elemű változószeret Forward Stepwise módszerrel bináris logisztikus regressziós

⁴⁰ A szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változóknak a melléklet 4. táblázatában található változók teljes körén végzett elemzés nem vezetett eredményre. A 22 elemű változószeret végzett kísérlet mindössze 18 eset modellbe vonását tette lehetővé. Ezt követően a 100 főnél kisebb valid esetszámmal rendelkező változók kihagyásával is megkíséreltük a modell létrehozását, de is csak 34-re emelkedett az esetszám. Ezután döntöttünk úgy, hogy csak a leíró elemzés során szignifikánsnak bizonyult változókat vonjuk be a többváltozós modellbe. A modellállítás célja ebben az esetben elsődlegesen a szignifikáns változók hatásai közötti redundanciák kiszűrése volt, az, hogy a szignifikáns változók szerepét a többi változó kontroll alatt tartása mellett tudjuk vizsgálni. Ebben az esetben is csak Valid N = 61, azonban a modell segítségével azonosított két változó a droghasználók besorolásának pontosságát a véletlen besoroláshoz képest jelentősen, 54,1%-ról 77%-ra növeli.

elemzést⁴¹ végeztünk melynek során két lépésben szignifikáns ($p < 0,001$) modellt sikerült létrehozni.

A modellben – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – egy demográfiai és egy az gyermekotthoni élethez köthető változó kap szerepet. A *fiatalok életkorának előrehaladásával* évenként több mint ötszörösére emelkedik a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata (esélyhányados: 5,229). Ugyanakkor a *nevelőkkel tartott kapcsolattal való elégedettség* viszont megóvó szerepet kap: 5 fokozatú skálán az elégedettség egy egységgel való emelkedése esetén a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata mintegy negyedére-ötödére csökken (esélyhányados: 0,226)

12.táblázat: Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok biztosan droghasználati célú szerhasználatának becslésére különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók alapján épített bináris logisztikus regressziós modell paraméter táblája (%)

	Esélyhányados	Konfidencia intervallum (95%)		p
		alsó érték	felső érték	
Életkor	5,229	2,087	13,103	<0,001
Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával	0,226	0,094	0,543	0,001
Konstans	0,000			<0,001
Magyarázat: p=szignifikancia				
Függő változó: Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás LTP: 1-fogyasztott; 0-nem fogyasztott				

4.1.2. Az alkoholfogyasztás szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok aktuális alkoholfogyasztásának szocio-demográfiai mintázódását leíró statisztika eszközökkel vizsgálva szintén szignifikáns ($p < 0,05$) *életkori és évfolyam szerinti mintázódást* tapasztalhatunk. Azok, akik az előző hónapban fogyasztottak alkoholt, átlagosan egy félévvel idősebbek, illetve felsőbb évfolyamra járnak, mint azok, akik nem ittak. Az életkori mintázat mellett – a droghasználat mintázódásához hasonlóan – az eljárós aktivitásokat és/vagy az gyermekotthoni integritás hiányát megjelenítő mutatók mentén tapasztaltunk az aktuális alkoholfogyasztás tekintetében is szignifikáns ($p = 0,001$) különbségeket: *azok fogyasztottak alkoholt nagyobb arányban az elmúlt hónapban, akik általában és az elmúlt hónapban nem minden estéjükét töltötték „házon belül”, illetve szökésben voltak.*

A drogfogyasztásnál leírtakhoz hasonlóan, az adatok szerint sem nemek között, sem az aktuálisan folytatott tanulmányok típusa szerint, továbbá a fiatalok szubjektív életminősége, vagy a származási családdal (kivéve rokonokkal) való kapcsolattartás mennyisége és minősége mentén sem mutatkoznak az ellátottak aktuális alkoholfogyasztása tekintetében mintázódások. A drogfogyasztással szemben azonban úgy tűnik, hogy az alkoholfogyasztás – a „házon

⁴¹ A bináris logisztikus regresszió (LR) a többváltozós elemzések egyik fajtája, melyet akkor alkalmaznak, ha a függő (kimeneti) változónak két féle állapota van (pl. fogyasztott – nem fogyasztott).

kívül” töltött időn kivételével – a fiatalok gyermekvédelmi ellátással kapcsolatos életdimenzióival is kevésbé mutat kapcsolatot: nem jelenik meg sem az ellátásba kerülés életkora, sem ellátási forma, sem az gyermekotthonon belüli kapcsolatok mentén mintázódás.

13.táblázat: Az aktuális alkoholfogyasztás előfordulása (LMP) a különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő jellemzők mentén a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)

	Teljes N	Használó N	LMP (%)	χ^2 (df)	p
Nem (N=166)					
fiú	73	38	52,1	1,343(1)	0,247
lány	93	40	43		
Iskolatípus (N=160)					
általános iskola	51	19	37,3	4,790(4)	0,310
szakközépiskola (nem ad érettségit)	63	35	55,6		
szakgimnázium	24	12	50		
gimnázium	6	2	33,3		
nem jár iskolába	16	9	56,3		
Aktuális ellátási forma (N=114)					
gyermekotthon (lakásotthon nélkül)	33	10	30,3	5,388(2)	0,068
lakásotthon	58	31	53,4		
nevelőszülők	23	8	34,8		
Kapcsolattartás gyakorisága az édesanyjával (142)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	22	10	45,5	1,163(5)	0,948
nem tartja a kapcsolatot	31	16	51,6		
évente néhányszor	26	12	46,2		
havonta egyszer	11	5	45,5		
havonta 2-4-szer	19	7	36,8		
hetente többször	33	14	42,4		
Kapcsolattartás gyakorisága az édesapjával (139)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	33	19	57,6	4,303(5)	0,507
nem tartja a kapcsolatot	35	13	37,1		
évente néhányszor	24	12	50		
havonta egyszer	15	5	33,3		
havonta 2-4-szer	12	5	41,7		
hetente többször	20	8	40		
Kapcsolattartás az más rokonokkal (142)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	26	12	46,2	10,879(4)	0,028
nem tartja a kapcsolatot	37	9	24,3		
évente néhányszor	27	15	55,6		
havonta egyszer	20	13	65,0		
havonta többször	32	14	43,83		
Az elmúlt 30 napban „házon kívül” töltött esték száma (145)					
egy napot sem	75	22	29,3	17,463(3)	0,001
1-2 napot	28	17	60,7		

	Teljes N	Használó N	LMP (%)	χ^2 (df)	p
3-5 napot	24	17	70,8		
6- vagy több napot	18	10	55,6		
Az elmúlt 30 napban szökésben töltött napok száma (138)					
egy napot sem	92	30	32,6	13,388(2)	0,001
1-2 napot	13	9	69,2		
3 vagy több nap	33	21	63,6		
Általában hetente átlagosan „házon kívül” töltött esték száma (142)					
egyet sem	83	23	27,7	21,457(2)	<0,001
1-2 este	46	29	63		
3-5 este	13	10	76,9		
Megjegyzés: N= elemszám; LTP=életprevalencia érték; df=szabadságfok, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, az átlagosnál nagyobb kockázatú csoportokat pedig vastagítással kiemeltük.					

14.táblázat: Különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók átlag értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves az elmúlt hónapban alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó fiatalok körében (%)

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Életkor	167	88	15,65	1,28	79	16,18	1,22	7,476	0,007
Évfolyam	132	69	8,59	1,48	63	9,22	1,31	6,608	0,011
Szubjektív életminőség	135	70	6,39	2,37	65	6,51	2,27	0,093	0,761
Gyermekotthonba kerülés életkora	69	36	11,44	3,62	33	12,15	4,01	0,593	0,444
Lakásotthonba kerülés életkora	57	29	12	4,14	28	12	2,98	0,000	1,000
Nevelőszülőkhöz kerülés életkora	53	32	7,97	4,50	21	7,10	3,74	0,544	0,464
Ellátásba kerülés életkora	129	71	9,92	4,38	58	10,53	4,50	0,621	0,432
Elégedettség az édesanyjával való kapcsolatával	116	64	2,59	1,40	52	2,67	1,54	0,084	0,772
Elégedettség az édesapjával való kapcsolatával	89	51	2,67	1,41	38	2,74	1,31	0,057	0,811
Elégedettség a testvéreivel való kapcsolatával	117	67	2,34	1,26	50	2,46	1,28	0,242	0,624
Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával	130	69	2,29	1,18	61	2,41	1,09	0,362	0,549
Elégedettség az intézeti társsakkal való kapcsolatával	126	68	2,66	1,20	58	2,71	1,21	0,044	0,835
Elégedettség a barátaival való kapcsolatával	132	71	2,13	1,22	61	2,20	1,15	0,114	0,736
Megjegyzés: N= elemszám; M=átlag; SD=szórás; F – F próba értéke, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, a magasabb átlagokat vastagítással kiemeltük.									

A 13-14. táblázatban szereplő leíró statisztikai elemzések során az aktuális alkoholfogyasztással szignifikáns kapcsolatot mutató szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók körében ezúttal is megvizsgáltuk, hogy az egyes változók a többi változó kontroll alatt tartása mellett milyen szerepet kapnak az aktuális alkoholfogyasztás bejósolásában. A 6 elemű változószetben Forward Stepwise (LR) módszerrel két lépésben szignifikáns ($p < 0,001$) modellt sikerült létrehozni.

A modellben – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – egy demográfiai és egy az gyermekotthoni élethez köthető változó kap szerepet. A *felsőbb évfolyamok felé haladva* évenként több mint másfélszeresére (esélyhányados: 1,761) növekszik azok aránya, akik aktuálisan is fogyasztanak alkoholt, a minden estét „házon belül” töltőkhöz képest az 1-2 este *eljárók körében* pedig négyszer, az ennél több estét házon kívül töltők körében viszont már több mint tízszer nagyobb az aktuális ivás előfordulásának a kockázata (esélyhányados: 3,968 ill. 11,384).

15.táblázat: Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok aktuális alkoholfogyasztásának becslésére különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók alapján épített bináris logisztikus regressziós modell paraméter táblája (%)⁴²

	Esélyhányados	Konfidencia intervallum (95%)		p
		alsó érték	felső érték	
Évfolyam	1,761	1,207	2,569	0,0032
Általában hetente átlagosan „házon kívül” töltött esték száma				0,002
egyet sem (ref)				
1-2 este	3,968	1,541	10,212	0,004
3-5 este	11,384	1,919	67,523	0,007
Konstans	0,002			0,001
Magyarázat: p=szignifikancia; ref=referencia kategória Függő változó: Alkoholfogyasztás LTP: 1- fogyasztott; 0-nem fogyasztott				

4.1.3. Az aktuális dohányzás szocio-demográfiai, és ellátástípus szerinti mintázódása

A gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok aktuális dohányzásának szocio-demográfiai mintázódását leíró statisztika eszközökkel vizsgálva több jellemző mentén is szignifikáns ($p < 0,05$) eltérések tapasztalhatók: a többi célváltozó esetében is szignifikáns mintázódást hordozó *életkor*, és *évfolyam* mellett a dohányzás esetében megjelenik a releváns háttér tényezők között az *iskolába járás ténye és szubjektív életminőség* is. Azon túlmenően, hogy akik aktuálisan dohányoznak, átlagosan közel egy évvel idősebbek, illetve felsőbb évfolyamra járnak, azok között is az átlagosnál nagyobb az aktuális dohányzók aránya, akik jelenleg nem

⁴² A modellben a Valid N = 104. A modell segítségével azonosított változók az aktuális alkoholfogyasztók besorolásának pontosságát az 55,8%-os véletlen besoroláshoz képest kevéssel, mindössze 67,3%-ra növeli.

járnak iskolába. Emellett a dohányosok az életminőségüket 10 fokozatú skálán átlagosan több mint egy „létra fokkal” rosszabbra értékelik, mint akik aktuálisan nem dohányoznak.

A fiatalok gyermekvédelmi *ellátással kapcsolatos jellemzői közül* pedig az *ellátási hely, az ellátásba kerülés életkora, és „házon kívül” töltött esték száma* tekintetében jelentkeznek különbségek a dohányzásban: azok körében magasabb az aktuális dohányzás előfordulása, akik fiatalabb életkorban kerültek ellátásba, lakásotthonban élnek, illetve az estéiket nem „házon belül” töltik.

16.táblázat: Az aktuális dohányzás értéke a különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő jellemzők mentén a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)

	Teljes N	Használó N	LTP (%)	χ^2 (df)	p
Nem (N=182)					
fiú	78	52	66,7	0,507(1)	0,476
lány	104	64	61,5		
Iskolatípus (N=178)					
általános iskola	57	28	49,1	18,348(4)	0,001
szakközépiskola (nem ad érettségit)	70	53	75,7		
szakgimnázium	27	20	74,1		
gimnázium	8	2	25,0		
nem jár iskolába	16	13	81,3		
Aktuális ellátási forma (N=125)					
gyermekotthon (lakásotthon nélkül)	35	18	51,4	19,585(2)	<0,001
lakásotthon	62	49	79,0		
nevelőszülők	28	9	32,1		
Kapcsolattartás gyakorisága az édesanyjával (157)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	27	17	63,0	3,418(5)	0,636
nem tartja a kapcsolatot	37	20	54,1		
évente néhányszor	27	16	59,3		
havonta egyszer	11	7	63,6		
havonta 2-4-szer	19	15	78,9		
hetente többször	36	22	61,1		
Kapcsolattartás gyakorisága az édesapjával (152)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	37	23	62,2	4,655(5)	0,459
nem tartja a kapcsolatot	41	20	48,8		
évente néhányszor	26	18	69,2		
havonta egyszer	17	10	58,8		
havonta 2-4-szer	12	7	58,3		
hetente többször	19	14	73,7		
Kapcsolattartás az más rokonokkal (157)					
nincs kapcsolata/nem ismeri	30	22	73,3	8,746(5)	0,120

	Teljes N	Használó N	LTP (%)	χ^2 (df)	p
nem tartja a kapcsolatot	38	17	44,7		
évente néhányszor	30	18	60,0		
havonta egyszer	20	12	60,0		
havonta 2-4-szer	11	9	81,8		
hetente többször	28	19	67,9		
Az elmúlt 30 napban „házon kívül” töltött esték száma (161)					
egy napot sem	83	39	47,0	19,415(3)	<0,001
1-2 napot	31	26	83,9		
3-5 napot	25	21	84,0		
6- vagy több napot	22	14	63,6		
Az elmúlt 30 napban szökésben töltött napok száma (155)					
egy napot sem	101	56	55,4	4,704(2)	0,095
1-2 napot	15	12	80,0		
3 vagy több nap	39	27	69,2		
Általában hetente átlagosan „házon kívül” töltött esték száma (157)					
egyet sem	95	46	48,4	14,719(2)	0,001
1-2 este	47	37	78,7		
3-5 este	15	12	80,0		
Megjegyzés: N= elemszám; LTP=életprevalencia érték; df=szabadságfok, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, az átlagosnál nagyobb kockázatú csoportokat pedig vastagítással kiemeltük.					

17.táblázat: Különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók átlag értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves az elmúlt hónapban dohányzó és nem dohányzó fiatalok körében (%)

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Életkor	184	67	15,36	1,25	117	16,21	1,14	22,423	<0,001
Évfolyam	147	53	8,49	1,66	94	9,12	1,23	6,768	0,010
Szubjektív életminőség	149	52	7,23	1,90	97	6,06	2,47	8,821	0,003
Gyermekotthonba kerülés életkora	74	29	11,03	3,61	45	11,93	4,17	0,908	0,344
Lakásotthonba kerülés életkora	60	13	12,08	3,66	47	12,04	3,51	0,001	0,975
Nevelőszülőkhöz kerülés életkora	59	31	7,26	3,90	28	7,82	4,60	0,259	0,613
Ellátásba kerülés életkora	139	58	9,02	4,17	81	10,85	4,55	5,892	0,017
Elégedettség az édesanyjával való kapcsolatával	125	47	2,47	1,54	78	2,64	1,40	0,412	0,522
Elégedettség az édesapjával	95	33	2,91	1,47	62	2,50	1,30	1,946	0,166

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
val való kapcsolatával									
Elégedettség a testvéreivel való kapcsolatával	128	48	2,35	1,26	80	2,39	1,32	0,020	0,888
Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával	143	51	2,43	1,39	92	2,26	0,99	0,722	0,397
Elégedettség az nevelésbe vett társakkal való kapcsolatával	136	49	2,65	1,27	87	2,62	1,17	0,023	0,881
Elégedettség a barátaival való kapcsolatával	145	55	2,07	1,23	90	2,12	1,13	0,061	0,805

Megjegyzés: N= elemszám; M=átlag; SD=szórás; F – F próba értéke, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, a magasabb átlagokat vastagítással kiemeltük.

A 16-17. táblázatban szereplő leíró statisztikai elemzések során a dohányzással szignifikáns kapcsolatot mutató szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók körében ezúttal is megvizsgáltuk, hogy az egyes változók a többi változó kontroll alatt tartása mellett milyen szerepet kapnak a dohányzás bejósolásában. A 8 elemű változószeret Forward Stepwise (LR) módszerrel két lépésben sikerült szignifikáns ($p < 0,001$) modellt létrehozni.

A modellben – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – egy demográfiai és egy az gyermekotthoni élethez köthető változó kap szerepet. A *fiatalok életkorának előrehaladásával* évenként kétszeresére emelkedik az aktuális dohányzás kockázata (esélyhányados: 2,058). A lakásotthonban élők kockázata pedig tízszeres (esélyhányados: 10,201) a nevelőszülővel élő ellátottakhoz képest.

18.táblázat: Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves aktuálisan dohányzó fiatalok becslésére különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók alapján épített bináris logisztikus regressziós modell paraméter táblája (%)⁴³

	Esélyhányados	Konfidencia intervallum (95%)		p
		alsó érték	felső érték	
Életkor	2,058	1,289	3,286	0,002
Aktuális ellátási forma				0,003
nevelőszülők (ref)				
gyermekotthon (lakásotthon nélkül)	3,045	0,720	12,881	0,130
lakásotthon	10,201	2,657	39,165	0,001
konstans	0,000			0,001

Magyarázat: p=szignifikancia
Függő változó: Aktuális dohányzás (LMP): 1-dohányzik; 0-nem dohányzik

⁴³ Valid N=80. A modell dohányosok véletlen bejósolásának 58.8%-os pontosságát 71,3%-ra növeli.

4.2. A különböző szerhasználó magatartások többdimenziós becslése – a beavatkozások közbülső céljainak empirikus megalapozása

A fejezet célja a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében a szerhasználat megelőzését és visszaszorítását célzó prevenciós tevékenység közbülső célváltozóinak empirikus megalapozása. Azt vizsgáljuk, hogy a szerhasználat megelőzését és visszaszorítását célzó prevenciós beavatkozások végső célváltozóit jelentő magatartások (droghasználat, alkoholfogyasztás, dohányzás) milyen kapcsolatban állnak az alábbi, az INDIT jelenleg futó – a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok célpopulációjában kialakítandó intervenciók bázisának tekinthető – különböző beavatkozásaiban⁴⁴ azonosítható közbülső célváltozókkal:

- az egészséges életmóddal,
- az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretekkel;
- a kommunikációs készségekkel;
- az agresszióval, erőszakkal kapcsolatos antiszociális, illetve proszociális személyiségjegyekkel/attitűdökkel/viselkedésekkel;
- a belátás/önreflexió képességével;
- az indulatkezeléssel, asszertivitással és egyéb szociális készségekkel,
- az érzelmi intelligenciával
- a stressz és szorongáskezelésével
- a probléma- ill. konfliktuskezeléssel, döntéshozatallal
- valamint a pszichés tünetekkel.

A fentiekben felsorolt közbülső prevenciós célok mentén a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok mintázódását s ezen mintázódásoknak a különböző szerhasználó magatartásokkal való kapcsolatát 9 különböző mérőeszköz 46 alskálája mentén vizsgáltuk.

4.2.1. A drogokkal való kapcsolatba kerülés összefüggése különböző közbülső prevenciós célokkal

A leíró-statisztikai elemzések alapján a vizsgált közbülső prevenciós célokat leképező 46 alskálából 5 alskála átlagértéke mutatott szignifikáns ($p < 0,05$) eltérést azok között, akik használtak már valamilyen szert biztosan droghasználati céllal, illetve akik nem.

Az egészséges életmóddal, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadásával kapcsolatos céltételezés indikátorként az Egészséggel Kapcsolatos Kontroll Kérdőívvel (Health Locus of Control, HLC) (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976), illetve az Életvezetési Kompetencia Kérdőív (ÉKK, Kiss, 2009) testre és alapszükségletekre vonatkozó alskáláját alkalmaztuk. Az Egészséggel Kapcsolatos Kontroll Kérdőív 2 dimenzió mentén vizsgálja a magatartásra vonatkozó döntésekkel kapcsolatos kontrollhit (Rotter, 1966) eredetét. A külső kontrollhit arra utal, hogy a személy saját döntései az egészségére vonatkozóan alacsony meghatározó erővel bírnak, míg a belső kontrollhit ezzel ellenkezően az egyéni döntések szerepét emeli ki az egészségmagatartással kapcsolatban. A gyermekvédelmi gondosko-

⁴⁴ MIND-Projekt; CSAT-Projekt; Alternatíva Kortárs Műhely, Indulatkezelés konzultáció; Mentálhigiénés konzultáció, „FUGE” devianciaprevenciós program.

dásban álló fiatalok körében a belső egészségkontrollal kapcsolatos alskála mutatott szignifikáns ($p=0,047$) összefüggés a biztosan droghasználati célú szerfogyasztással: *a fogyasztók körében szignifikánsan alacsonyabb a belső kontrollhit átlagértéke, mint a nem fogyasztók körében, azaz a fogyasztók kevésbé gondolják úgy, hogy saját döntéseik meghatározó erővel bírnak a saját egészségükre nézve.*

Az agresszióval, erőszakkal kapcsolatos antiszociális, illetve proszociális személyiségjegyeket, attitűdöket, viselkedéseket egyrészt a Short Dark Triad (SD3, Jones, Paulhus, 2014), másrészt a Light Triad Scale (LTS, Kaufman et al., 2019) kérdőívvel vizsgáltuk. A jelen vizsgálatban az LTS összpontszáma, illetve az Emberekbe vetett hit (az emberek alapvető jóságába vetett hit), és a Kantizmus (az egyén végső célként, és nem eszközként való kezelése) alskála jelzett szignifikáns ($p<0,05$) kapcsolatot a biztosan droghasználati célú szerfogyasztással. *Az LTS összpontszáma és a két alskála mentén szignifikánsan alacsonyabb értékkel jellemezhetők a szerhasználók, kevésbé jellemző körükben az emberek alapvető jóságába vetett hit, és inkább jellemző az egyén eszközként való kezelése.*

A résztvevők érzelmi intelligenciáját, valamint stressz és szorongáskezelését a Bar-On Emotional Quotient Inventory short version (EQ, Bar-On, 2004; Magyar nyelven: Kun, Urbán, Balázs, Kapitány, Nagy és mtsai. 2011) kérdőívvel mértük, melynek négy alskálája közül az Interperszonális EQ mentén mutatkozott szignifikánsan ($p=0,010$) alacsonyabb átlagérték a fogyasztók esetében.

A kommunikációs készségekkel; a belátás/önreflexió képességével; az indulatkezeléssel, asszertivitással és egyéb szociális készségekkel, a probléma- ill. konfliktuskezeléssel, továbbá a stressz és szorongáskezelésével valamint a pszichés tünetekkel kapcsolatos alcélok tekintetében a leíró elemzések nem szolgáltak megerősítő adatokkal.

19.táblázat: A lehetséges prevenciós beavatkozások közbülső célváltozóit megjelenítő skálák átlagértéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, valamilyen drogot életük során biztosan droghasználati céllal használó és nem használó fiatalok körében (%)

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Health Locus of Control: Belső egészségkontroll	163	106	18,15	7,35	57	15,75	7,15	4,02	0,047
Health Locus of Control: Külső egészségkontroll	156	100	19,52	8,22	56	17,36	8,47	2,43	0,121
Életvezetési készségek: HDSEQ alapszükségletek, testtel kapcsolatos skillek	138	91	17,97	11,21	47	16,19	11,24	0,78	0,380
Életvezetési készségek: HDSEQ kommunikáció	143	95	15,00	8,64	48	14,91	9,07	0,00	0,957
Dark Triad	124	84	74,86	18,46	40	78,80	22,45	1,07	0,303
Dark Triad: Machiavellianism	151	99	16,79	8,21	52	26,62	9,43	0,01	0,907
Dark Triad: Narcissism	151	100	16,51	6,63	51	16,54	6,61	0,00	0,973
Dark Triad: Psychopathy	154	101	18,14	7,27	53	19,47	7,23	1,17	0,280
Light Triad	143	93	39,72	12,45	50	34,60	12,42	5,51	0,020

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Light Triad: Emberekbe vetett hit	158	103	12,44	4,26	55	10,40	4,33	8,10	0,005
Light Triad: Humanizmus	156	103	13,44	4,50	53	12,28	4,92	2,16	0,144
Light Triad: Kantianizmus	152	98	14,03	4,75	54	11,93	4,28	7,32	0,008
SRIS: Insight - Belátás - egyenes tételek	160	103	11,73	4,33	57	10,79	3,99	1,82	0,179
SRIS: Insight - Belátás - fordított tételek	80	49	6,63	3,84	31	6,71	3,54	0,01	0,928
SSI Érzelmi kifejezőkészség	100	66	10,56	3,01	34	11,56	2,65	2,66	0,106
SSI Érzelmi érzékenység	147	95	12,24	4,58	52	11,58	4,68	0,70	0,405
SSI Érzelmi kontroll	99	64	10,81	3,20	35	11,23	2,86	0,41	0,522
SSI Társas kifejezőkészség	149	95	11,62	4,84	54	12,28	4,92	0,63	0,431
SSI Társas érzékenység	149	97	12,18	4,85	52	11,28	4,32	1,22	0,271
SSI Társas kontroll	153	100	7,70	3,57	53	8,62	3,81	2,21	0,139
BEQ Interperszonális EQ	161	105	15,56	4,57	56	13,55	4,89	6,72	0,010
BEQ Intrapersonális EQ	160	105	8,83	3,16	55	8,87	3,62	0,00	0,950
BEQ Pozitív benyomás	161	105	13,12	4,12	56	11,79	4,14	3,85	0,052
BEQ Stressz kezelés	162	105	15,27	4,39	57	15,42	5,19	0,04	0,841
BEQ Alkalmazkodás	162	105	14,34	4,56	57	13,46	4,79	1,35	0,247
BSI: Szorongás	147	95	13,20	6,32	52	13,79	5,80	0,31	0,580
BSI: Depresszió	146	95	14,05	6,92	51	14,35	6,59	0,07	0,800
BSI: Szomatizáció	140	88	13,40	6,86	52	14,29	6,94	0,55	0,461
BSI kiegészítő tünetek	145	96	8,65	4,43	49	9,49	4,00	1,26	0,264
WOC - pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexe	124	82	46,95	22,83	42	51,38	22,00	1,07	0,303
WOC Kognitív átstrukturálódás	142	93	7,76	5,48	49	7,84	5,43	0,01	0,940
WOC Feszültségredukció	151	99	2,81	2,32	52	3,52	2,32	3,21	0,075
WOC Problémaelemzés	151	97	4,67	3,06	54	4,89	2,89	0,19	0,668
WOC Passzív megküzdés	152	99	1,62	1,80	53	1,92	1,85	1,00	0,320
WHO_TOTAL sum	162	105	7,53	4,58	57	7,04	4,14	0,47	0,495

Megjegyzés: N= elemszám; M=átlag; SD=szórás; F – F próba értéke, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, a magasabb átlagokat vastagítással kiemeltük.

A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás komplex többdimenziós becslése során az 4.1.1. fejezetben a szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változókon létrehozott logisztikus regressziós modellt kiegészítettük a 19. táblázatban szereplő leíró statisztikai elemzések során a biztosan droghasználati célú szerfogyasztással szignifikáns kapcsolatot mutató közbülső prevenciós célokhoz kapcsolódó változókkal⁴⁵. A 14 elemű változószetben Forward Stepwise (LR) módszerrel két lépésben szignifikáns ($p < 0,005$) modellt sikerült létrehozni.

⁴⁵ Első lépésben ezúttal is mind a 46 db közbülső célokhoz kapcsolódó változót megpróbáltuk beépíteni a modellbe. Azonban a korábbi modellel együtt összesen 54 elemű változószetben végzett kísérlet mindössze 7 eset modellbe vonását tette lehetővé. Ezért ezúttal is úgy döntöttünk, hogy csak a köz-

A modellbe a korábbi demográfiai és gyermekotthoni élethez köthető változókon végzett elemzéshez képest nem kerültek be új változók.

20.táblázat: Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok biztonságos droghasználati célú szerhasználatának becslésére különböző szocio-demográfiai és ellátással valamint a közbülső prevenciók célokkal összefüggő változók alapján épített bináris logisztikus regressziós modell paraméter táblája (%)⁴⁶

	Esélyhányados	Konfidencia intervallum (95%)		p
		alsó érték	felső érték	
Életkor	3,758	1,262	11,189	<0,017
Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával	0,222	0,079	0,626	0,004
Konstans	0,000			<0,001

Magyarázat: p=szignifikancia

Függő változó: Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás LTP: 1-fogyasztott; 0-nem fogyasztott

4.2.2. Az alkoholfogyasztás összefüggése különböző közbülső prevenciók célokkal

A leíróstatistikai elemzések alapján a vizsgált közbülső prevenciók célokat leképező 46 alskálából 9 alskála átlagértéke mutatott szignifikáns ($p < 0,05$) eltérést azok között, akik az elmúlt hónapban fogyasztottak alkoholt, illetve akik nem.

Az egészséges életmóddal, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadásával kapcsolatos céltételezés indikátorként alkalmazott Egészséggel Kapcsolatos Kontroll Kérdőív (Health Locus of Control, HLC) belső egészségkontrollal kapcsolatos alskála mutatott szignifikáns ($p = 0,024$) összefüggés az aktuális alkoholfogyasztással: *a fogyasztók körében szignifikánsan alacsonyabb a belső kontrollhit átlagértéke, mint a nem fogyasztók körében, azaz a fogyasztók kevésbé gondolják úgy, hogy saját döntéseik meghatározó erővel bírnak a saját egészségükre nézve.*

Az agresszióval, erőszakkal kapcsolatos antiszociális, illetve proszociális személyiségjegyeket, attitűdöket, viselkedéseket mérésére alkalmazott Light Triad Scale (LTS, Kaufman et al., 2019) kérdőív összpontszáma, illetve az Emberekbe vetett hit (az emberek alapvető jóságába vetett hit), a Humanizmus (egyének értékének és méltóságának fontossága) és a Kantizmus (az egyén végső célként, és nem eszközként való kezelése) jelzett szignifikáns ($p < 0,05$) kapcsolatot az elmúlt havi alkoholfogyasztás előfordulásával. *Az LTS összpontszáma és a három alskála mentén szignifikánsan alacsonyabb értékkel jellemezhetők az aktuális fogyasztók: kevésbé jellemző körükben az emberek alapvető jóságába vetett hit, az egyének értékeit és méltóságát kevésbé tartják fontosnak és inkább jellemző rájuk az egyén eszközként való kezelése.*

bülső célokat megjelenítő változók közül is csak a leíró elemzés során szignifikánsnak bizonyult változókat vonjuk be a többváltozós modellbe.

⁴⁶ Ebben az esetben a Valid N = 53, azaz az előző modellhez képest csökkent a bevont esetek száma. A modell segítségével azonosított két változó azonban a droghasználók besorolásának pontosságát a véletlen besoroláshoz képest 50,9%-ról 88,7%-ra növeli.

Szintén szignifikáns összefüggést mutatott az aktuális alkoholfogyasztással a belátás képességének mérésére alkalmazott Önreflexió és Belátás Skála (Self-Reflection and Insight Scale, SRIS) (Grant, Franklin, & Langford, 2002) egyenes tételeinek összpontszáma is: a fogyasztók körében a skála összpontszáma szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult.

A résztvevők érzelmi intelligenciáját, valamint stressz és szorongáskezelését a Bar-On Emotional Quotient Inventory short version (EQ, Bar-On, 2004; Magyar nyelven: Kun, Urbán, Balázs, Kapitány, Nagy és mtsai. 2011) kérdőívvel mértük, melynek négy alskálaja közül – a drogfogyasztás esetében tapasztalhatóhoz hasonlóan – az Interperszonális EQ mentén mutatkozott szignifikánsan ($p=0,010$) alacsonyabb átlagérték az elmúlt hónapban (is) alkoholt fogyasztók körében.

A problémakezelés, konfliktuskezelés és döntéshozatali készség vizsgálatára a Ways of Coping (WOC, Rózsa et al., 2008) kérdőívet használtuk. A skála négy alskálájából kettőben, a Feszültségredukció és Problémaelemzés alskálák esetében az aktuálisan (is) alkoholt fogyasztó ellátottak körében szignifikánsan magasabb átlagértéket kaptunk, mint azoknál, akik az elmúlt hónap során nem ittak.

A kommunikációs készségekkel; a belátás/önreflexió képességével; az indulatkezeléssel, asszertivitással és egyéb szociális készségekkel, továbbá a stressz és szorongáskezelésével valamint a pszichés tünetekkel kapcsolatos alcélok tekintetében a leíró elemzések nem szolgáltattak megerősítő adatokkal.

21.táblázat: A lehetséges preventív beavatkozások közbülső célváltozóit megjelenítő skálák átlag értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt hónapban alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó fiatalok körében (%)

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Health Locus of Control: Belső egészségkontroll	154	83	18,90	7,08	71	16,31	7,01	5,18	0,024
Health Locus of Control: Külső egészségkontroll	147	77	19,27	8,32	70	19,03	7,95	0,03	0,856
Életvezetési készségek: HDSEQ alapszükségletek, testtel kapcsolatos skillek	129	71	18,76	11,27	58	16,33	11,20	1,50	0,224
Életvezetési készségek: HDSEQ kommunikáció	134	75	14,51	8,83	59	16,17	8,24	1,24	0,267
Dark Triad	116	63	75,05	20,41	53	79,11	18,33	1,25	0,265
Dark Triad: Machiavellianism	140	77	27,40	9,03	63	26,95	8,03	0,10	0,758
Dark Triad: Narcissism	137	73	16,33	6,73	64	17,41	6,23	0,94	0,335
Dark Triad: Psychopathy	143	77	17,96	7,29	66	19,52	6,98	1,68	0,197
Light Triad	132	71	41,13	12,41	61	35,16	11,79	7,93	0,006
Light Triad: Emberekbe vetett hit	148	80	12,70	4,47	68	10,96	4,04	6,11	0,015
Light Triad: Humanizmus	145	79	14,09	4,56	66	11,91	4,48	8,34	0,004
Light Triad: Kantianizmus	139	75	14,13	4,62	64	12,56	4,47	4,12	0,044
SRIS: Insight - Belátás - egyenes	150	82	12,28	4,18	68	10,62	3,95	6,19	0,014

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
tételek									
SRIS: Insight - Belátás - fordított tételek	73	35	6,49	3,87	38	6,50	3,41	0,00	0,987
SSI Érzelmi kifejezőkészség	92	54	10,31	2,97	38	11,55	2,53	4,36	0,040
SSI Érzelmi érzékenység	139	77	12,17	4,70	62	11,63	4,09	0,51	0,477
SSI Érzelmi kontroll	91	55	10,49	3,32	36	11,42	2,61	1,99	0,162
SSI Társas kifejezőkészség	138	77	11,39	4,97	61	12,79	4,56	2,89	0,091
SSI Társas érzékenység	142	79	12,63	5,05	63	11,17	3,74	3,65	0,058
SSI Társas kontroll	143	81	7,72	3,52	62	8,68	3,59	2,57	0,111
BEQ Interperszonális EQ	148	82	15,85	4,38	66	14,32	4,71	4,20	0,042
BEQ Intrapersonális EQ	148	82	8,79	3,04	66	9,14	3,49	0,41	0,523
BEQ Pozitív benyomás	148	82	13,17	4,02	66	12,59	4,08	0,75	0,388
BEQ Stressz kezelés	148	82	15,23	4,49	66	15,59	4,78	0,22	0,639
BEQ Alkalmazkodás	148	82	14,39	4,27	66	14,15	4,77	0,10	0,749
BSI: Szorongás	139	77	13,36	6,45	62	13,52	5,79	0,02	0,885
BSI: Depresszió	138	76	14,11	7,35	62	14,32	6,30	0,03	0,854
BSI: Szomatizáció	133	74	14,01	7,14	59	13,58	6,64	0,13	0,718
BSI kiegészítő tünetek	138	74	8,74	4,55	64	9,19	3,93	0,37	0,544
WOC - pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexe	120	66	49,23	24,12	54	48,81	20,95	0,01	0,921
WOC Kognitív átstrukturálódás	133	74	7	5,41	59	8,07	4,93	1,38	0,242
WOC Feszültségredukció	142	79	2,42	2,11	63	3,57	2,41	9,22	0,003
WOC Problémaelemzés	143	82	4,24	2,77	61	5,20	2,96	3,90	0,050
WOC Passzív megküzdés	140	79	1,44	1,62	61	1,80	1,90	1,46	0,228
WHO_TOTAL sum	148	80	7,61	4,48	68	7,44	4,09	0,06	0,810

Megjegyzés: N= elemszám; M=átlag; SD=szórás; F – F próba értéke, p = szignifikancia;
A szignifikáns összefüggéseket szürkével, a magasabb átlagokat vastagítással kiemeltük.

Az aktuális alkoholfogyasztás többdimenziós becslése során- a visszaélészerű szerhasználat többdimenziós becslése során alkalmazott eljáráshoz hasonlóan – a 4.1.2. fejezetben a szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változókon létrehozott logisztikus regressziós modellt kiegészítettük a 21. táblázatban szereplő leíró statisztikai elemzések során az aktuális alkoholfogyasztással szignifikáns kapcsolatot mutató közbülső prevenciós célokhoz kapcsolódó változókkal. A 15 elemű változószetben Forward Stepwise (LR) módszerrel 5 lépésben szignifikáns ($p < 0,029$) modellt sikerült létrehozni.

A modellből a korábbi szocio-demográfiai és gyermekotthoni élethez köthető változókon végzett elemzéshez képest a komplex modell meglehetősen átalakult: kikerült az gyermekotthoni integrációra/eljárás aktivitásokra utaló „házon kívül töltött esték száma” változó, az évfolyam változót az életkor váltotta fel, és bekerült 3 közbülső prevenciós céllal összefüggő változó. Az újonnan bekerülő változók az Egészséggel Kapcsolatos Kontroll Kérdőív (Health Locus of

Control, HLC) belső egészségkontrollal kapcsolatos alszkálája, Önreflexió és Belátás Skála pozitív tételeinek összpontszáma, valamint a problémakezelés, konfliktuskezelés és döntéshozatali készség vizsgálatára alkalmazott Ways of Coping (WOC, Rózsa et al., 2008) kérdőív Feszültségredukció alszkálája. Az így létrejött komplex modell besorolási pontossága a csak szocio-demográfiai és gyermekotthoni élethez köthető változókból építkező modellhez képest 13,7%-kal nőtt.

A modellbe bekerült közbülső célokat képviselő változók alapján – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – *a Belső kontrollhit egy egységgel magasabb átlagértéke 14%-al, a Belátás képességének növekedése pedig mintegy 20%-kal alacsonyabb aktuális fogyasztási kockázattal jár.* A WOC Feszültségredukció alszkála pontszámának emelkedése esetén azonban az több mint két és félszer, az életkor növekedésével pedig másfélszer nagyobb az alkoholfogyasztás kockázata az Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében.

22.táblázat: Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok aktuális alkoholfogyasztásának becslésére különböző szocio-demográfiai és ellátással valamint a közbülső prevenciók célokkal összefüggő változók alapján épített bináris logisztikus regressziós modell paraméter táblája (%)⁴⁷

	Esélyhányados	Konfidencia intervallum (95%)		p
		alsó érték	felső érték	
Életkor	2,519	1,395	4,549	0,002
Health Locus of Control: Belső egészségkontroll	0,863	0,768	0,970	0,013
SRIS: Insight - Belátás - egyenes tételek	0,792	0,633	0,991	0,042
WOC Feszültségredukció	1,676	1,134	2,476	0,010
Konstans	0,011			<0,001

Magyarázat: p=szignifikancia
Függő változó: Alkoholfogyasztás LMP: 1-fogyasztott; 0-nem fogyasztott

4.2.3. Az aktuális dohányzás összefüggése különböző közbülső prevenciók célokkal

A leíró-statisztikai elemzések alapján a vizsgált közbülső prevenciók célokat leképező 46 alszkálából 10 alszkála átlagértéke mutatott szignifikáns ($p < 0,05$) eltérést az aktuálisan dohányzók és nem dohányzók között.

A gyermekvédelmi gondoskodásban álló fiatalok körében más vizsgált magatartásokhoz hasonlóan, Egészséggel Kapcsolatos Kontroll Kérdőív (Health Locus of Control, HLC) (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976) belső egészségkontrollal kapcsolatos alszkálája mutatott szignifikáns ($p = 0,013$) összefüggést az aktuális dohányzással: *a dohányzók körében szignifikánsan alacsonyabb a belső kontrollhit átlagértéke, mint a nem dohányzók körében, azaz a*

⁴⁷ A modellben a Valid N = 79. A modell segítségével azonosított változók az aktuális alkoholfogyasztók besorolásának pontosságát az 54,4%-os véletlen besoroláshoz képest 81%-ra növeli.

dohányzók kevésbé gondolják úgy, hogy saját döntéseik meghatározó erővel bírnak a saját egészségükre nézve.

Az egészséges életmód, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismereteket az Egészséggel Kapcsolatos Kontroll Kérdőív (HLC) mellett az Életvezetési Kompetencia Kérdőív (ÉKK, Kiss, 2009) testre és alapszükségletekre vonatkozó alskálájával mértük. A skála átlagértéke – a HLC Belső egészségkontroll alskálájához hasonlóan – szignifikánsan ($p=0,008$) alacsonyabb a dohányzók körében.

Az agresszióval, erőszakkal kapcsolatos antiszociális, illetve proszociális személyiségjegyeket, attitűdöket, viselkedéseket mérésére alkalmazott Light Triad Scale (LTS, Kaufman et al., 2019) az ellátottak aktuális dohányzás vonatkozásában hasonlóan működött, mint az aktuális alkoholfogyasztás esetében. A kérdőív összpontszáma, illetve az Emberekbe vetett hit (az emberek alapvető jóságába vetett hit), a Humanizmus (egyének értékének és méltóságának fontossága) és a Kantizmus (az egyén végső célként, és nem eszközként való kezelése) jelzett szignifikáns ($p<0,05$) kapcsolatot az aktuális dohányzással. Az LTS összpontszáma és a három alskála mentén szignifikánsan alacsonyabb értékkel jellemezhetők az aktuális dohányzók: *kevésbé jellemző körükben az emberek alapvető jóságába vetett hit, az egyének értékeit és méltóságát kevésbé tartják fontosnak és inkább jellemző rájuk az egyén eszközként való kezelése.*

Szintén az aktuális alkoholfogyasztáshoz hasonlóan szignifikáns összefüggést mutatott az aktuális dohányzással a belátás képességének mérésére alkalmazott Önreflexió és Belátás Skála (Self-Reflection and Insight Scale, SRIS) (Grant, Franklin, & Langford, 2002), valamint a problémakezelés, konfliktuskezelés és döntéshozatali készség vizsgálatára alkalmazott Ways of Coping (WOC, Rózsa et al., 2008) kérdőív. A dohányzók körében a SRIS egyenes tételeinek összpontszáma szignifikánsan ($p=0,023$) alacsonyabbnak, WOC kérdőív a Feszültségredukció és Problémaelemzés alskáláinak átlagértéke pedig szignifikánsan ($p=0,023$ ill. $0,050$) magasabbnak bizonyult a dohányzó ellátottak körében, mint azoknál, akik az elmúlt hónap során nem dohányoztak.

A résztvevők érzelmi intelligenciájának, valamint stressz és szorongáskezelésnek mérésére alkalmazott Bar-On Emotional Quotient Inventory short version (EQ, Bar-On, 2004; Magyar nyelven: Kun, Urbán, Balázs, Kapitány, Nagy és mtsai. 2011) kérdőív a dohányzás tekintetében is a biztosan droghasználati célú fogyasztás kapcsán jelentkező mintázatot hozta: az Interperszonális EQ átlagértéke szignifikánsan ($p=0,001$) alacsonyabb a dohányzók körében.

23.táblázat: A lehetséges prevenciós beavatkozások közbülső célváltozóit megjelenítő skálák átlag értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves, az elmúlt hónapban dohányzó és nem dohányzó fiatalok körében (%)

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Health Locus of Control: Belső egészségkontroll	165	63	19,19	6,80	102	16,26	7,52	6,33	0,013
Health Locus of Control: Külső egészségkontroll	158	60	19,67	7,79	98	18,29	8,56	1,04	0,310
Életvezetési készségek: HDSEQ alapszükségletek, testtel kapcsolatos skillek	143	54	20,72	12,69	89	15,56	10,20	7,13	0,008
Életvezetési készségek: HDSEQ kommunikáció	146	58	15,28	9,10	88	14,69	8,68	0,15	0,698
Dark Triad	125	47	76,85	20,28	78	75,71	19,60	0,10	0,755
Dark Triad: Machiavellianism	152	57	28,09	8,79	95	26,19	8,60	1,71	0,193
Dark Triad: Narcissism	152	57	17,09	6,64	95	16,09	6,50	0,82	0,367
Dark Triad: Psychopathy	155	58	18,84	7,63	97	18,20	6,92	0,30	0,588
Light Triad	144	55	43,00	11,30	89	35,25	12,79	13,62	<0,001
Light Triad: Emberekbe vetett hit	162	61	13,62	4,20	101	10,72	4,14	18,45	<0,001
Light Triad: Humanizmus	158	58	14,84	3,84	100	12,04	4,90	14,00	<0,001
Light Triad: Kantianizmus	152	57	14,49	4,35	95	12,68	4,85	5,34	0,022
SRIS: Insight - Belátás - egyenes tételek	163	58	12,43	3,99	105	10,85	4,31	5,31	0,023
SRIS: Insight - Belátás - fordított tételek	79	18	6,22	2,82	61	6,82	3,94	0,36	0,551
SSI Érzelmi kifejezőkészség	100	40	9,88	2,86	60	11,55	2,79	8,49	0,004
SSI Érzelmi érzékenység	150	56	12,11	4,41	94	11,81	4,64	0,15	0,699
SSI Érzelmi kontroll	102	40	10,33	3,32	62	11,48	2,82	3,57	0,062
SSI Társas kifejezőkészség	152	55	11,62	4,50	97	11,93	5,05	0,14	0,706
SSI Társas érzékenység	153	58	12,88	5,02	95	11,18	4,34	4,89	0,028
SSI Társas kontroll	156	57	7,67	3,64	99	8,23	3,61	0,88	0,349
BEQ Interperszonális EQ	164	61	16,39	3,81	103	13,87	5,17	10,95	0,001
BEQ Intrapersonális EQ	163	61	8,80	2,65	102	8,75	3,58	0,01	0,912
BEQ Pozitív benyomás	164	62	12,79	3,59	102	12,39	4,66	0,33	0,565
BEQ Stressz kezelés	164	62	15,24	3,92	102	15,45	5,06	0,08	0,781
BEQ Alkalmazkodás	164	62	14,48	3,79	102	13,77	4,97	0,93	0,335
BSI: Szorongás	151	57	13,93	6,39	94	13,15	5,97	0,58	0,449
BSI: Depresszió	147	55	14,22	6,99	92	14,01	6,69	0,03	0,858
BSI: Szomatizáció	143	50	13,18	6,61	93	14,03	7,01	0,50	0,481
BSI kiegészítő tünetek	149	56	8,66	4,25	93	8,96	4,27	0,17	0,682
WOC - pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexe	126	45	46,78	22,43	81	49,48	22,67	0,41	0,521

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
WOC Kognitív átstrukturálódás	143	56	7,48	5,07	87	7,62	5,72	0,02	0,883
WOC Feszültségredukció	154	60	2,38	2,08	94	3,37	2,44	6,74	0,010
WOC Problémaelemzés	154	60	4,35	2,64	94	4,76	3,14	0,69	0,408
WOC Passzív megküzdés	154	59	1,44	1,45	95	1,85	1,96	1,94	0,166
WHO_TOTAL sum	165	61	8,16	4,17	104	6,97	4,31	3,01	0,085

Megjegyzés: N= elemszám; M=átlag; SD=szórás; F – F próba értéke, p = szignifikancia;
A szignifikáns összefüggéseket szürkével, a magasabb átlagokat vastagítással kiemeltük.

Az aktuális dohányzás többdimenziós becslése érdekében – a biztosan droghasználati célú szerfogyasztásra és a dohányzásra épített komplex modellekhez hasonlóan – a 4.1.3. fejezetben a szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változókon létrehozott modellt is kiegészítettük a 23. táblázatban szereplő leíró statisztikai elemzések során az aktuális dohányzással szignifikáns kapcsolatot mutató közbülső prevenciós célokhoz kapcsolódó változókkal. Az így létrejött 15 elemű változószetben azonban nem sikerült megfelelő modellt létrehozni.⁴⁸

5. ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány célja a Baranya megyei gyermekvédelmi szakellátásban ideiglenes hatállyal elhelyezett és nevelésbe vett 14-18 éves fiatalok szerhasználatának megelőzésére, visszaszorítására irányuló prevenciós tevékenység empirikus megalapozása volt. Ennek érdekében egyrészt az ellátottak szerhasználó magtartásának megismerésére, a prevenciós szükségleteinek becslésére törekedtünk (1), másrészt a szerhasználó magtartások kockázati tényezőinek azonosítása révén arra, hogy kiinduló adatokkal szolgáljunk az ellátottak körében a prevenciós beavatkozások struktúrájának tervezéséhez, a programok közbülső célváltozóinak empirikus alátámasztásához (2).

5.1. Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok szerhasználatával kapcsolatos főbb megállapítások

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok közel fele fogyasztott már életében valamilyen *tiltott vagy legálisan hozzáférhető visszaélésre alkalmas szert*.

A valamilyen tiltott vagy legálisan hozzáférhető visszaélésre alkalmas szert valaha használók döntő többsége (92,6%) használt már valamilyen szert biztosan *droghasználati céllal* (is), a biztosan droghasználati céllal fogyasztóknak pedig 91,9%-a használt valamilyen tiltott drogot (is). A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében 40,9%, a tiltott droghasználaté pedig 37,6%.

⁴⁸ A közbülső prevenciós célváltozók bevonásával az aktuális dohányzás becslésére szocio-demográfiai és ellátással kapcsolatos modell alacsony esetszáma (ott valid N=80 volt) tovább csökkent. A dohányzás komplex modellje esetében a valid N 29 főre csökkent.

Az elmúlt 12 hónapban droghasználati céllal valamilyen szert használó 14-18 éves fiatalok közel egyharmada a Droghasználat Súlyossági Skála (SDS) alapján a mérsékelt, minden hatodik-hetedik pedig a magas kockázatú csoportba sorolható. Azoknak, akik az elmúlt évben fogyasztottak kannabiszt, a Kannabisz Használat Szűrőkérdőív (CAST) alapján közel fele a magas kockázati csoportba tartozik.

Amennyiben a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok tiltott vagy legálisan hozzáférhető visszaélészerű szerhasználatát normálpopulációs kontextusban értelmezzük, egyértelműen megmutatkozik az ellátottak fokozott érintettsége.

Hasonlóképpen kiemelkedően magas a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok dohányzásban való érintettsége. Több mint háromnegyedük (78,2%) dohányzott már életében. Közel kétharmaduk aktuálisan is, háromötödük naponta dohányzik. Ezek az értékek rendre és nagyon jelentősen meghaladják a normálpopulációs értékeket: a napi dohányzás két és félszer gyakoribb az ellátásban élők körében.

Az alkoholfogyasztás tekintetében a fentiekől eltérő tendenciák tapasztalhatók. A gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok jelentős alkoholfogyasztási tapasztalattal is rendelkeznek, azonban összességében alkoholfogyasztás tekintetében a kockázataikat inkább átlagosnak tekinthetjük.

Összességében a kutatási adatok alapján a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiataloknak az hasonló korosztályba tartozó fiatalokhoz képest fokozott érintettsége a visszaélészerű szerhasználat és a dohányzás tekintetében egyértelműen megmutatkozott. A fokozott érintettség alapján a populációban a szerhasználat – elsősorban a drogfogyasztás, a visszaélészerű gyógyszerhasználat, valamint a dohányzás – megelőzése, visszaszorítása tekintetében a célzott prevenciók tevékenység indokolt.

5.2. Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében végzett prevenciók programok számára megfogalmazott ajánlások

A Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében végzett, a szerhasználatának megelőzésére, visszaszorítására irányuló prevenciók tevékenység empirikus megalapozása tekintetében a beavatkozások tartalmi vonatkozásainak tervezéséhez a kutatás az alábbi hozadékokkal szolgált. Ezek a tapasztalatok a következő tematikus csoportokba rendezhető:

(1) *A prevenció időzítése:*

Az első szerfogyasztás életkora alapján felrajzolt, a különböző szerhasználó magatartások egyes korévekben megjelenő kockázatát mutató kumulált prevalencia görbék, valamint az életkorral növekvő érintettség és aktuális használat alapján azt mondhatjuk, hogy a szerhasználat megelőzésére és visszaszorítására irányuló beavatkozásokat nagyon korán érdemes elkezdeni s változó tematikus fókusszal a gyermekvédelmi gondoskodás alatt mindvégig folytatni az ellátott fiatalok körében.

(2) *Célpopuláció/szintér*

A különböző szerhasználó magatartások ellátási formák (gyermekotthon (lakásotthon nélkül), lakásotthon, nevelőszülőknél való elhelyezés) szerinti mintázódásának vizsgálata során, a nevelőszülőkkel élők relatíve alacsonyabb, s a lakásotthonokban élők fokozott érintettsége rajzolódott ki. Ennek alapján a kutatás a lakásotthonokban elhelyezett fiatalok szerhasználatának megelőzésére, visszaszorítására irányuló prevenciók tevékenység fokozott indokoltságát jelzi.

A vizsgált magatartások többsége esetén, az estéiket nagyobb gyakorisággal „házon kívül” töltő ellátottak körében az átlagnál szignifikánsan magasabb érintettség ill. aktuális használat tapasztalható. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok szerhasználatának megelőzésére, visszaszorítására irányuló prevenciók tevékenységet érdemes lehet az ellátási szinten kívüli szintereken végzett tevékenységekkel összehangolni, az ellátott fiatalok társas aktivitásának szinterein megjelenő beavatkozásokon keresztül is megközelíteni.

(3) *A beavatkozás végső céljai – felölelt területek*

A különböző szerhasználó magatartásokkal való kapcsolatba kerülés kockázatait leíró görbék alapján az alkohol- és dohányzás-prevenciót nagyon korán érdemes elkezdni a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében, s legalább az általános iskola évek végéig, a rendszeres dohányzás és szélsőséges ivási magatartások visszaélés-szerű szerhasználó magatartások interveniálását pedig 10-11 éves kortól legalább 16-17 éves korig célszerű fókuszban tartani.

(4) *A beavatkozás közbülső céljai:*

Mint azt a vizsgált közbülső prevenciók célátételezések mentén kapott eredmények összefoglalását adó 24. táblázatban láthatjuk, a kutatás elsősorban

- (a) az egészséges életmóddal, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadásával kapcsolatos;
- (b) az agresszió, erőszak és antiszocialitás jegyeinek visszaszorítására, illetve proszociális személyiségjegyek, attitűdök és viselkedések támogatására,
- (c) valamint a résztvevők személyközi, társas érzelmi intelligenciájának növelésére irányuló

közbülső prevenciók célátételezések fontosságát erősítette meg. Egy, a jelen kutatásra építő, tényalapú beavatkozás során ezekre a prevenciók célátételezésekre érdemes fókuszálni. Ugyanakkor a kutatás nem erősítette meg azon közbülső célváltozók szerepét, melyek egyik végső célváltozóval sem mutattak szignifikáns kapcsolatot (lásd a 24. táblázat üres sorait)

24.táblázat: A vizsgált közbülső célváltozók összefüggése a különböző szerhasználó magatartásokkal⁴⁹

	drogérintettség	alkoholfogyasztás	dohányzás
Health Locus of Control: Belső egészségkontroll	+	+	+
Health Locus of Control: Külső egészségkontroll			
Életvezetési készségek: HDSEQ alapszükségletek, testtel kapcsolatos skillek			+
Életvezetési készségek: HDSEQ kommunikáció			
Short Dark Triad			
Short Dark Triad: Machiavellianism			
Short Dark Triad: Narcissism			
Short Dark Triad: Psychopathy			
Light Triad	+	+	+
Light Triad: Emberekbe vetett hit	+	+	+
Light Triad: Humanizmus		+	+
Light Triad: Kantianizmus	+	+	+
SRIS Insight: Belátás - egyenes tételek		+	+
SRIS Insight: Belátás - fordított tételek			
SSI: Érzelmi kifejezőkészség			+
SSI: Érzelmi érzékenység			
SSI: Érzelmi kontroll			
SSI: Társas kifejezőkészség			
SSI: Társas érzékenység			
SSI: Társas kontroll			
BEQ: Interperszonális EQ	+	+	+
BEQ: Intrapersonális EQ			
BEQ: Pozitív benyomás			
BEQ: Stressz kezelés			
BEQ: Alkalmazkodás			
BSI: Szorongás			
BSI: Depresszió			
BSI: Szomatizáció			
BSI: kiegészítő tünetek			
WOC: Pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexe			
WOC: Kognitív átstrukturálódás			
WOC: Feszültségredukció		+	
WOC: Problémaelemzés		+	
WOC: Passzív megküzdés			
WHO: általános Jól-lét összpontszám			
A végső célokat jelentő szerhasználó magatartások és a közbülső prevenciók közötti konkrét összefüggéseket + jellel jelöltük, A legalább két szerhasználó magatartással kapcsolatot mutató, különösen is ajánlott közbülső prevenciók szürkével kiemeltük.			

⁴⁹ A táblázat értelmezése során figyelembe kell venni, hogy a jelen kutatás alacsony elemszáma korlátozott jelentést az összefüggések feltárása szempontjából. Nagyobb mintán végzett kutatásban az itt jelentkező összefüggések is megerősítést nyerhetnek.

(5) *Egyéb fókuszok*

A vizsgált szerhasználó magatartások egyike sem mutatott szignifikáns kapcsolatot az ellátottak nemével, ami arra utal, hogy a gyermekvédelmi ellátásban élő 14-18 éves fiatalok körében a szerhasználat megelőzése céljából nem indokolt a nemek szerint differenciált beavatkozásokat végezni.

A drogfogyasztás tekintetében az ellátáson belüli kapcsolatok, illetve általában az ellátási hely integrációs erejét megjelenítő mutatók (szökések, „házon kívül” töltött esték gyakorisága, nevelőkkel, gyermekotthoni társakkal való kapcsolatok) mentén jelentkező szignifikáns mintázatok azt (is) jelzik, hogy a drogprevenációs beavatkozások céljai között célszerű megjeleníteni az gyermekotthoni légkör javítására, fiatalok társas integráltságának növelésére irányuló célokat is.

6. FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bar-On, R. (2004). The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Rationale, description and psychometric properties. In Geher, G. (ed) (2004). *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy*, 115–145. Nova Science, Hauppauge, NY.
- Brotherhood, A.; Sumnall, H.R. & the Prevention Standards Partnership (2011) *European drug prevention quality standards*. EMCDDA Manual. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., & Windle, M. (1992). Development and Validation of a Three-Dimensional Measure of Drinking Motives. *Psychol. Assess.*, *4*(2), 123–132. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.2.123>
- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The Self-Reflection and Insight Scale : A New Measure of Private Self-Consciousness .*Soc. Behav. Pers.*, *30*(8), 821–836. <https://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.8.821>
- Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B., ... Demetrovics, Z. (2014). Psychometric Properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *Eur. Addict. Res.*, *20*, 119–128. <https://doi.org/10.1159/000353238>
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the Short Dark Triad (SD3): A Brief Measure of Dark Personality Traits. *Assessment*, *21*(1), 28–41. <https://doi.org/10.1177/1073191113514105>
- Kaufman, S. B., Yaden, D. B., Hyde, E., Tsukayama, E., Austin, E., & Kaufman, S. B. (2019). The Light vs . Dark Triad of Personality : Contrasting Two Very Different Profiles of Human Nature, *10*(March), 1–26. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00467>
- Kuntsche, E., & Kuntsche, S. (2009). Development and Validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised Short Form (DMQ – R SF). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *38*(6), 899–908. <https://doi.org/10.1080/15374410903258967>
- Oldmeadow, J. A., Quinn, S., & Kowert, R. (2013). Attachment style , social skills , and Facebook use amongst adults. *Computers in Human Behavior*, *29*, 1142–1149.
- Rózsa, S., Purebl, G., Susánszky, É., Kő, N., Szádóczy, E., Réthelyi, J., ... Kopp, M. (2008). A megküzdés dimenziói: a konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *9*(3), 217–241. <https://doi.org/10.1556/Mental.9.2008.3.3>
- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. E. (1998). Validating a Five-Factor Marijuana Motives Measure : Relations With Use , Problems , and Alcohol Motives. *J. Couns. Psychol.*, *45*(3), 265–273.

Susánszky É., Konoly T.B., Stauder A., Kopp M. (2006). A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészség-felmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7.3. 247-255.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605

Elekes, Zs. (Szerk.) (2016). *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények*. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.

Ferri CP, Marsden J, de Araujo M, Laranjeira RR, & Gossop M (2000) Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19:451-55.

Gossop M, Best D, Marsden J, & Strang J (1997) Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3):353.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric Properties of the SDS in English and Australian Samples of Heroin, Cocaine and Amphetamine Users', *Addiction*, 90, 607–614.

Gyepesi Á., Urbán R., Farkas J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi B. et al (2013) Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research* 20: (3) pp. 119-128.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007) Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12: 233-242.

Németh Á, & Költő A (Szerk.) (2014). *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetköz i kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.

Németh Á., Várnai D. (Szerk.) (2019). *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2018. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetköz i kutatás 2019. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (megjelenés alatt)

Paksi B. (2007) A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk), *Az addiktológia alapjai I.* 256–294. Budapest: Eötvös Kiadó.

Paksi B. (2019): Drogfogyasztási szokások. In.: Németh Á., Várnai D. (Szerk.) (2019). *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2018. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetköz i kutatás 2019. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (megjelenés alatt)

The ESPAD Group (2016): *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon: EMCDDA.

Unoka Zs., Rózsa S., Kó N., Kállai J., Fábrián Á., & Simon L. (2004). A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19: 235-243.

Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580–585.

7. MELLÉKLETEK

7.1. Táblázatok és ábrák

1.táblázat: A közbülső célváltozók mérésére alkalmazott mérőeszközök (skálák és alskálák) leíró statisztikai adatai és megbízhatósága

	N	TSZ	R	M	SD	Med	Mod	HM	MIIK
HLC-Belső kontroll	178	5	5-30	17,506	7,403	17	5	0,840	0,514
HLC-Külső kontroll	170	6	6-36	18,847	8,287	19	6	0,832	0,453
ÉKK-alapszükségletek	151	11*	0-44	17,391	11,384	19	0	0,900	0,454
ÉKK-kommunikáció	156	8	0-32	14,949	8,845	15	0	0,932	0,630
SD3-Ellenséges személyiségvonások	143	22*	43-119	61,762	21,807	75	47	0,949	0,462
SD3-Machiavellizmus	161	9	9-45	27,012	8,918	27	26	0,869	0,427
SD3-Narcizmus	161	6*	6-30	16,609	6,610	16	6	0,874	0,535
SD3-Pszichopátia	165	7*	7-35	18,630	7,302	19	21	0,868	0,484
LTS-Proszociális személyiségvonások	155	12	12-60	38,026	12,918	38	12	0,941	0,570
LTS-Emberekbe vetett hit	173	4	4-20	11,763	4,439	12	12a	0,856	0,599
LTS-Humanizmus	170	4	4-20	13,088	4,758	14	16	0,884	0,658
LTS-Kantizmus	165	4	4-20	13,255	4,717	13	20	0,849	0,585
SRIS-Belátás-egyenes tételek	176	3*	3-18	11,443	4,333	12	18	0,743	0,490
SRIS-Belátás-fordított tételek	84	4*	0-12	6,774	3,736	6	12	0,861	0,610
SSI- Érzelmi kifejezőkészség	109	3*	6-15	11,028	2,904	11	15	0,729	0,472
SSI- Érzelmi érzékenység	162	4	4-20	11,907	4,576	12	12	0,845	0,577
SSI- Érzelmi kontroll	108	3*	6-15	11,148	3,047	11	15	0,828	0,616
SSI- Társas kifejezőkészség	164	4	4-20	11,756	4,863	12	4a	0,822	0,536
SSI- Társas érzékenység	164	4	4-20	11,817	4,628	12	4a	0,781	0,472
SSI- Társas kontroll	169	3*	3-15	8,006	3,615	8	3	0,793	0,560
EQ-Interperszonális	159	6	2-24	15,283	4,498	15	17	0,838	0,465
EQ-Intrapersonális	160	4*	1-16	9,119	3,149	9	9	0,788	0,483
EQ-Pozitív hozzáállás	160	6	2-24	13,110	4,103	12	12	0,741	0,323
EQ-Stressz kezelés	156	6	3-24	15,801	4,605	15	12	0,832	0,452
EQ-Alkalmazkodás	151	6	2-24	14,629	4,497	14	13a	0,839	0,466
BSI-Szorongás	160	6	6-30	13,450	6,084	13	6	0,853	0,492

	N	TSZ	R	M	SD	Med	Mod	HM	MIIK
BSI-Depresszió	158	6	6-30	14,266	6,752	14	6	0,903	0,609
BSI-Szomatizáció	152	7	7-35	13,934	6,871	13	7	0,898	0,559
BSI-kiegészítő tünetek	160	4	4-20	8,938	4,238	8	4	0,810	0,516
BSI- pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexe	134	23	23-115	48,799	22,353	46	23	0,964	0,541
WOC-Kognitív átstrukturálódás	150	7	0-21	7,653	5,565	8	0	0,890	0,536
WOC-Feszültségredukció	163	3	0-9	3,049	2,380	3	0	0,670	0,404
WOC-Problémaelemzés	163	4	0-12	4,699	3,011	5	6	0,749	0,430
WOC-Passzív megküzdés	165	2	0-6	1,758	1,852	2	0	0,732+	0,578
WHO-Jóllét	169	5	0-15	7,598	4,370	8	10	0,881	0,596

Megjegyzés: N=elemszám, TSZ=tételszám (*= a mérés eredményei szerint az eredeti tételszámnál kevesebb), R=a skála minimum és maximum értéke, M=átlag, SD=szórás, Med=Medián, Mod=Módusz, a=a módusznak több értéke van, a legkisebb jelölve, HM=homogenitás/megbízhatóság mutató (Cronbach alfa, illetve +=Spearman-Brown formula), MIIK=átlagos inter-item korreláció

2.táblázat: Az alkalmazott mérőeszközök reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai

A DMQ-SF Konformitás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,886$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DMQSF7	1,73	1,246	0,747	0,868
DMQSF11	1,63	1,109	0,773	0,844
DMQSF12	1,72	1,195	0,819	0,800
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A DMQ-SF Megküzdés reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,910$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DMQSF2	1,79	1,229	0,813	0,878
DMQSF3	1,84	1,235	0,863	0,838
DMQSF9	2,01	1,408	0,796	0,900
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A DMQ-SF Fokozás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,906$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DMQSF4	1,97	1,333	0,824	0,856
DMQSF5	1,94	1,292	0,780	0,893
DMQSF10	1,92	1,299	0,836	0,847
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A DMQ-SF Társas reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,939$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DMQSF2	2,07	1,368	0,846	0,932
DMQSF3	2,16	1,431	0,870	0,914
DMQSF9	2,24	1,447	0,906	0,885
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A CAST reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,915$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
CAST1	0,107	0,310	0,720	0,905
CAST2	0,115	0,320	0,766	0,899
CAST3	0,130	0,337	0,840	0,888
CAST4	0,145	0,353	0,766	0,899
CAST5	0,153	0,361	0,761	0,900
CAST6	0,137	0,346	0,718	0,906
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A DrugMQ Megküzdés reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,884$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DrugMQ1	1,44	0,977	0,610	0,883
DrugMQ4	1,68	1,188	0,745	0,854
DrugMQ6	1,59	1,088	0,742	0,855
DrugMQ15	1,62	1,175	0,736	0,856
DrugMQ17	1,53	1,061	0,783	0,846
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A DrugMQ Konformitás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,935$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DrugMQ2	1,49	0,938	0,725	0,938
DrugMQ8	1,43	1,005	0,880	0,910
DrugMQ12	1,50	1,057	0,903	0,905
DrugMQ19	1,43	0,953	0,807	0,924
DrugMQ20	1,61	1,209	0,843	0,920
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A DrugMQ Fokozás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,946$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DrugMQ7	1,75	1,290	0,867	0,930
DrugMQ9	1,70	1,273	0,873	0,929
DrugMQ10	1,72	1,221	0,878	0,928
DrugMQ13	1,77	1,311	0,830	0,938
DrugMQ18	1,54	1,088	0,822	0,939
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A DrugMQ Társas reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,946$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DrugMQ3	1,68	1,162	0,847	0,927
DrugMQ5	1,52	1,123	0,761	0,942
DrugMQ11	1,62	1,170	0,869	0,923
DrugMQ14	1,67	1,214	0,893	0,918
DrugMQ16	1,59	1,202	0,838	0,928
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A DrugMQ Kiterjesztés reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,946$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
DrugMQ21	1,41	0,955	0,708	0,901
DrugMQ22	1,57	1,124	0,736	0,896
DrugMQ23	1,50	1,034	0,826	0,877
DrugMQ24	1,49	1,096	0,783	0,885
DrugMQ25	1,61	1,234	0,812	0,881
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az SDS reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,856$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SDS1	0,282	0,633	0,766	0,807
SDS2	0,350	0,801	0,766	0,800
SDS3	0,301	0,752	0,641	0,834
SDS4	0,330	0,759	0,649	0,832
SDS5	0,311	0,701	0,554	0,854
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A HLC Belső kontroll reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,840$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
HLC-BK1	3,83	1,961	0,657	0,805
HLC-BK2	3,26	1,949	0,601	0,820
HLC-BK3	2,99	1,780	0,587	0,823
HLC-BK4	3,47	1,845	0,719	0,788
HLC-BK5	3,94	1,933	0,661	0,803
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A HLC Külső kontroll reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,832$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
HLC-KK1	2,58	1,816	0,581	0,809
HLC-KK2	2,99	1,802	0,589	0,808
HLC-KK3	3,34	1,856	0,649	0,796
HLC-KK4	3,35	1,947	0,609	0,804
HLC-KK5	3,79	1,927	0,589	0,808
HLC-KK6	2,79	1,887	0,605	0,805
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az ÉK alapszükségletek reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,900$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
ÉK1	1,06	1,201	0,577	0,894
ÉK2	1,45	1,365	0,717	0,886
ÉK3	1,54	1,446	0,732	0,885
ÉK4	1,80	1,461	0,628	0,891
ÉK5	1,74	1,599	0,511	0,898
ÉK6	1,96	1,641	0,650	0,890
ÉK10	1,13	1,450	0,549	0,895
ÉK11	1,32	1,468	0,716	0,886
ÉK12	1,55	1,360	0,692	0,888
ÉK14	1,94	1,457	0,612	0,892
ÉK17	1,89	1,609	0,619	0,892
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az ÉK kommunikáció reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,932$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
ÉK7	1,94	1,352	0,821	0,918
ÉK8	1,92	1,386	0,805	0,919
ÉK9	1,79	1,328	0,727	0,925
ÉK13	1,92	1,334	0,769	0,922
ÉK16	1,84	1,332	0,777	0,922
ÉK18	1,67	1,271	0,724	0,925
ÉK19	1,87	1,387	0,682	0,929
ÉK20	2,01	1,361	0,799	0,920
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

Az Ellenséges személyiségvonások reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,949$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SD3_1	3,45	1,490	0,329	0,952
SD3_2	2,43	1,286	0,632	0,948
SD3_3	2,62	1,428	0,686	0,947
SD3_6	2,72	1,455	0,681	0,947
SD3_7	2,59	1,406	0,748	0,946
SD3_8	2,45	1,432	0,744	0,946
SD3_9	2,60	1,440	0,709	0,947
SD3_10	2,56	1,412	0,680	0,947
SD3_11	2,91	1,448	0,744	0,946
SD3_12	2,86	1,442	0,672	0,947
SD3_13	3,06	1,438	0,636	0,948
SD3_14	3,01	1,371	0,702	0,947
SD3_15	2,64	1,441	0,721	0,946
SD3_17	2,51	1,491	0,659	0,947
SD3_18	2,62	1,462	0,680	0,947
SD3_20	3,31	1,411	0,575	0,948
SD3_21	3,23	1,432	0,681	0,947
SD3_22	2,97	1,487	0,691	0,947
SD3_23	3,31	1,349	0,621	0,948
SD3_25	3,12	1,366	0,712	0,947
SD3_26	2,66	1,409	0,659	0,947
SD3_27	2,13	1,388	0,601	0,948
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Machiavellizmus reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,869$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SD3_1	3,42	1,498	0,393	0,874
SD3_6	2,76	1,416	0,620	0,853
SD3_11	2,91	1,425	0,664	0,849
SD3_12	2,84	1,423	0,657	0,849
SD3_15	2,73	1,432	0,606	0,854
SD3_18	2,70	1,470	0,549	0,860
SD3_20	3,30	1,409	0,619	0,853
SD3_23	3,26	1,330	0,630	0,852
SD3_25	3,09	1,364	0,706	0,845
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A Nácizmus reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,874$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SD3_2	2,44	1,298	0,620	0,861
SD3_7	2,67	1,391	0,713	0,846
SD3_9	2,63	1,427	0,754	0,838
SD3_13	3,07	1,415	0,645	0,857
SD3_17	2,55	1,470	0,705	0,847
SD3_21	3,25	1,436	0,621	0,862
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Pszichopátia reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,868$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SD3_3	2,62	1,411	0,653	0,847
SD3_8	2,53	1,417	0,736	0,836
SD3_10	2,58	1,362	0,710	0,840
SD3_14	3,01	1,332	0,595	0,855
SD3_22	3,00	1,461	0,601	0,855
SD3_26	2,67	1,376	0,676	0,844
SD3_27	2,22	1,419	0,525	0,865
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Proszociális személyiségvonások reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,941$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SL3_1	2,88	1,367	0,739	0,935
SL3_2	2,94	1,280	0,746	0,935
SL3_3	2,93	1,325	0,758	0,935
SL3_4	2,92	1,367	0,591	0,940
SL3_5	3,08	1,377	0,700	0,937
SL3_6	3,41	1,357	0,800	0,933
SL3_7	3,30	1,387	0,779	0,934
SL3_8	3,32	1,464	0,812	0,933
SL3_9	3,44	1,437	0,746	0,935
SL3_10	3,10	1,465	0,680	0,938
SL3_11	3,46	1,373	0,726	0,936
SL3_12	3,25	1,393	0,694	0,937
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

Az Emberekbe vetett hit reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,856$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SL3_1	2,91	1,361	0,707	0,813
SL3_2	2,94	1,279	0,746	0,797
SL3_3	2,96	1,318	0,719	0,808
SL3_4	2,95	1,355	0,626	0,846
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Humanizmus reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,884$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SL3_5	3,09	1,364	0,713	0,865
SL3_6	3,41	1,343	0,791	0,835
SL3_7	3,29	1,365	0,766	0,845
SL3_8	3,30	1,447	0,725	0,861
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Kantizmus reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,849$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SL3_9	3,45	1,433	0,770	0,771
SL3_10	3,13	1,474	0,621	0,837
SL3_11	3,45	1,368	0,725	0,792
SL3_12	3,22	1,411	0,638	0,828
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Belátás-egyenes tételek reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,743$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SRIS_I_1	3,96	1,819	0,593	0,628
SRIS_I_3	3,60	1,701	0,531	0,700
SRIS_I_7	3,89	1,811	0,582	0,641
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Belátás-fordított tételek reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,861$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SRIS_I_2R	1,464	1,113	0,612	0,861
SRIS_I_4R	1,714	1,157	0,728	0,815
SRIS_I_5R	1,726	1,155	0,772	0,795
SRIS_I_6R	1,869	1,015	0,728	0,817
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az Érzelmi kifejezőkészség reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai				

(α= 0,729)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SSI_EE12R	3,853	1,169	0,543	0,651
SSI_EE13R	3,596	1,226	0,591	0,591
SSI_EE23R	3,578	1,212	0,520	0,678
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az Érzelmi érzékenység reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai (α= 0,845)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SSI_ES15	3,04	1,429	0,687	0,801
SSI_ES17	3,03	1,398	0,669	0,808
SSI_ES18	2,96	1,351	0,728	0,783
SSI_ES24	2,87	1,361	0,640	0,820
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az Érzelmi kontroll reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai (α= 0,828)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SSI_EC7R	3,7222	1,19057	0,645	0,803
SSI_EC10R	3,7685	1,18090	0,693	0,755
SSI_EC22R	3,6574	1,16139	0,720	0,728
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Társas kifejezőkészség reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai (α= 0,822)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SSI_SE2	2,96	1,467	0,636	0,780
SSI_SE8	2,86	1,502	0,652	0,772
SSI_SE19	3,08	1,494	0,656	0,771
SSI_SE21	2,86	1,558	0,635	0,781
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Társas érzékenység reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai (α= 0,781)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
SSI_SS1	2,85	1,521	0,586	0,728
SSI_SS6	2,98	1,496	0,495	0,773
SSI_SS9	2,92	1,482	0,628	0,706
SSI_SS14	3,07	1,458	0,640	0,700
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Társas kontroll reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai (α= 0,793)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN

SSI_SC3	2,66	1,439	0,626	0,729
SSI_SC11	2,67	1,400	0,584	0,772
SSI_SC20	2,67	1,458	0,699	0,648
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az Interperszonális EQ reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,838$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
EQ1	2,31	1,013	0,559	0,822
EQ4	2,69	1,032	0,630	0,808
EQ18	2,52	0,980	0,589	0,816
EQ23	2,52	1,066	0,577	0,819
EQ28	2,64	0,964	0,689	0,797
EQ30	2,62	0,992	0,643	0,806
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az Intrapersonális EQ reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,788$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
EQ2	2,27	0,943	0,654	0,709
EQ6	2,16	1,013	0,583	0,742
EQ14	2,34	0,997	0,499	0,782
EQ21	2,35	1,071	0,654	0,705
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Pozitív benyomás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,741$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
EQ3	2,10	0,968	0,488	0,702
EQ7	2,10	1,037	0,516	0,693
EQ11	2,19	1,014	0,556	0,682
EQ15	2,52	1,040	0,332	0,744
EQ20	2,08	1,054	0,481	0,703
EQ25	2,12	1,101	0,499	0,698
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A Stressz kezelés reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,832$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
EQ5f	2,5962	1,07030	0,537	0,819
EQ8f	2,7500	1,00081	0,466	0,831
EQ9f	2,7308	1,10918	0,658	0,793
EQ17f	2,6346	1,00378	0,676	0,790
EQ27f	2,5064	1,01915	0,668	0,791
EQ29f	2,5833	1,04083	0,623	0,801
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
Az Alkalmazkodás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,839$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
EQ10	2,49	1,025	0,527	0,831
EQ13	2,42	1,010	0,592	0,818
EQ16	2,54	1,025	0,687	0,798
EQ19	2,37	1,004	0,610	0,814
EQ22	2,42	1,016	0,657	0,805
EQ24	2,38	0,958	0,623	0,812
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Szorongás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,853$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
BSI1	2,34	1,365	0,546	0,846
BSI6	2,20	1,307	0,652	0,826
BSI10	2,34	1,337	0,609	0,834
BSI18	2,33	1,349	0,682	0,820
BSI20	2,16	1,348	0,754	0,806
BSI21	2,08	1,306	0,594	0,837
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Depresszió reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,903$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
BSI4	2,35	1,432	0,705	0,891
BSI7	2,40	1,405	0,769	0,881
BSI8	2,54	1,376	0,788	0,878
BSI9	2,37	1,328	0,712	0,889
BSI16	2,32	1,350	0,698	0,891
BSI22	2,28	1,331	0,736	0,886
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A Szomatizáció reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,898$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
BSI2	2,04	1,217	0,708	0,883
BSI3	1,83	1,172	0,639	0,890
BSI11	2,19	1,341	0,734	0,880
BSI13	1,93	1,157	0,714	0,882
BSI14	1,86	1,229	0,710	0,883
BSI15	2,07	1,345	0,716	0,882
BSI17	2,02	1,242	0,702	0,883
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A kiegészítő tünetek reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,810$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
BSI5	2,13	1,292	0,608	0,770
BSI12	2,41	1,380	0,614	0,768
BSI19	2,23	1,350	0,663	0,744
BSI23	2,18	1,286	0,623	0,763
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexe reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,964$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
BSI1	2,34	1,349	0,606	0,964
BSI2	2,04	1,216	0,760	0,962
BSI3	1,75	1,115	0,680	0,963
BSI4	2,22	1,402	0,742	0,963
BSI5	2,03	1,268	0,733	0,963
BSI6	2,14	1,310	0,762	0,962
BSI7	2,29	1,386	0,745	0,962
BSI8	2,47	1,397	0,789	0,962
BSI9	2,26	1,286	0,710	0,963
BSI10	2,25	1,358	0,741	0,963
BSI11	2,11	1,296	0,707	0,963
BSI12	2,34	1,365	0,724	0,963
BSI13	1,91	1,179	0,717	0,963
BSI14	1,80	1,168	0,688	0,963
BSI15	2,01	1,326	0,643	0,963
BSI16	2,24	1,361	0,729	0,963
BSI17	1,91	1,204	0,704	0,963
BSI18	2,28	1,358	0,694	0,963
BSI19	2,07	1,290	0,718	0,963
BSI20	2,04	1,320	0,776	0,962
BSI21	2,03	1,315	0,688	0,963
BSI22	2,16	1,303	0,805	0,962
BSI23	2,10	1,250	0,744	0,962
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Kognitív átstrukturálódás reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha = 0,890$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
WOC3	1,05	0,965	0,618	0,881
WOC4	1,14	1,087	0,738	0,867
WOC5	1,03	0,990	0,723	0,869
WOC6	1,08	1,071	0,688	0,873
WOC13	1,03	0,951	0,708	0,871
WOC15	1,15	1,058	0,638	0,879
WOC16	1,18	1,043	0,682	0,874
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

A Feszültségredukció reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,670$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
WOC7	1,02	1,012	0,482	0,576
WOC9	0,85	1,026	0,477	0,583
WOC12	1,17	1,028	0,488	0,567
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Problémaelemzés reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,749$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
WOC1	1,07	0,976	0,562	0,681
WOC2	1,24	0,908	0,549	0,691
WOC10	1,22	1,060	0,497	0,720
WOC11	1,17	1,034	0,576	0,673
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Passzív megküzdés reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai (Spearman-Brown formula= 0,732)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
WOC8	0,79	1,003	0,578	-
WOC14	0,96	1,081	0,578	-
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				
A Jólét reliabilitásvizsgálatának tétel szintű adatai ($\alpha=0,881$)				
Tétel	M	SD	ITK	HMTN
WHO1	1,60	1,053	0,756	0,845
WHO2	1,50	1,036	0,695	0,859
WHO3	1,59	1,082	0,758	0,844
WHO4	1,36	1,077	0,685	0,862
WHO5	1,54	1,063	0,677	0,864
Megjegyzés: M=átlag, SD=szórás, ITK=item-totál korreláció, HMTN=homogenitásmutató a tétel nélkül				

3.táblázat: Az SDS skála leíró statisztikai adatai a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő, az elmúlt évben droghasználati céllal valamilyen szert használó 14-18 éves fiatalok körében

	N	átlag	szórás	minimum	maximum
SDS	47	3,68	4,00	0	15

4.táblázat: A társadalmi-demográfiai és intézményi étellel kapcsolatos háttértényezők vizsgálta során alkalmazott változók

sorsz	változó jelölése	Valid N	Változó tartalma
1.	k1	186	Nem (1: fiú; 2: lány)
2.	életkor	188	Életkor
3.	k3_ö	181	Iskolatípus (1-általános iskola; 2-szakközépiskola; 3-szakgimnázium; 4-gimnázium; 5-nem jár iskolába)
4.	évf.	149	Évfolyam
5.	k41	152	Szubjektív életminőség (1-lehető legrosszabb élet; 10-lehető legjobb élet)
6.	k42_1	77	Gyermekotthonba kerülés életkora
7.	k42_1	61	Lakásotthonba kerülés életkora
8.	k42_1	60	Nevelőszülőkhöz kerülés életkora
9.	ell_kor	142	Ellátásba kerülés életkora
10.	k43	126	Aktuális ellátási forma (1-gyermekotthon (lakásotthon nélkül); 2-lakásotthon; 3-nevelőszülői elhelyezés)
11.	k44_1	160	Kapcsolattartás az édesanyjával (0-nincs/nem ismeri; 1-nem tart kapcsolatot; 2-évente néhányszor; 3-havonta; 4-havonta 2-4-szer; 5-hetente)
12.	k44_2	155	Kapcsolattartás az édesapjával (0-nincs/nem ismeri; 1-nem tart kapcsolatot; 2-évente néhányszor; 3-havonta; 4-havonta 2-4-szer; 5-hetente)
13.	k44_3	160	Kapcsolattartás az más rokonokkal (0-nincs/nem ismeri; 1-nem tart kapcsolatot; 2-évente néhányszor; 3-havonta; 4-havonta 2-4-szer; 5-hetente)
14.	k45_1f	127	Elégedettség az édesanyjával való kapcsolatával (0-nincs vele kapcsolata ; 1-egyáltalán nem elégedett; 2-nem annyira elégedett; 3-is-is;4-elégedett; 5-nagyon elégedet)
15.	k45_2f	97	Elégedettség a édesapjával való kapcsolatával (0-nincs vele kapcsolata ; 1-egyáltalán nem elégedett; 2-nem annyira elégedett; 3-is-is;4-elégedett; 5-nagyon elégedet)
16.	k45_3f	131	Elégedettség a testvéreivel való kapcsolatával (0-nincs vele kapcsolata ; 1-egyáltalán nem elégedett; 2-nem annyira elégedett; 3-is-is;4-elégedett; 5-nagyon elégedet)
17.	k45_4f	146	Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával (0-nincs vele kapcsolata ; 1-egyáltalán nem elégedett; 2-nem annyira elégedett; 3-is-is;4-elégedett; 5-nagyon elégedet)
18.	k45_5f	139	Elégedettség az intézeti társakkal való kapcsolatával (0-nincs vele kapcsolata ; 1-egyáltalán nem elégedett; 2-nem annyira elégedett; 3-is-is;4-elégedett; 5-nagyon elégedet)
19.	k45_6f	148	Elégedettség a barátaival való kapcsolatával (0-nincs vele kapcsolata ; 1-egyáltalán nem elégedett; 2-nem annyira elégedett; 3-is-is;4-elégedett; 5-nagyon elégedet)
20.	k46_1	164	Az elmúlt 30 napban „házon kívül” töltött esték száma (1-egy napon sem; 2- 1-2napon; 3- 3-5 napon; 4- 6-9 napon; 5- 10-19 napon; 6- 20 vagy több nap)
21.	k46_2	158	Az elmúlt 30 napban szökésben töltött napok száma (1-egy napon sem; 2- 1-2 napon; 3- 3-5 napon; 4- 6-9 napon; 5- 10-19 napon; 6- 20 vagy több nap)
22.	k47	160	Hetente átagosan „házon kívül” töltött esték száma (1-egyest sem; 2- 1-2 estét; 3- 3-5 estét; 4-szinte minden estét)



Tanulmány II. kötet - Kutatás eredménye

GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN ÉLŐ FIATALOK
SZERHASZNÁLATA ÉS A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI BARANYA
MEGYÉBEN KUTATÁSHOZ KAPCSOLÓDÓ TANULMÁNY



A TANULMÁNY II. KÖTETÉT KÉSZÍTETTE:

DR. SZEMELYÁ CZ JÁNOS, HEGEDŰS ATTILA, DÓCZI ESZTER

A kutatás az „EFOP-1.8.9-17-00002 azonosítószámú „Legyen más a szenvedélyed 2! - preventív program megvalósulása Baranya megyében” elnevezésű pályázat keretében készült

1. TANULMÁNY CÉLJA, FELÉPÍTÉSE, MÓDSZERTANA

Az "Egy Füst Alatt" Alapítvány és a Baranya MGYK között több éves szakmai együttműködés keretében már több alkalommal valósultak meg célzott programok. A legtöbb, olyan művészetterápiás foglalkozás volt, ahol több hónapon keresztül követhettük az intézmény gondoskodásában élő gyermekek mindennapjait.

A gyermekvédelmi gondoskodásban nevelkedő gyermekek többsége érintett devianciák kapcsán. Sokuknak van tanulási nehézsége, iskolai beilleszkedési problémája, érintettek iskolai zaklatás kapcsán. Gyakoriak az iskolai hiányzások, az intézményből való szökések. Magas a kockázata a kriminalitásnak, a szerhasználatnak és a szexmunkának is.

A korábban született tanulmányok is arról adtak számot, hogy a gyermekotthonban élő fiatalok különösen veszélyeztetett csoportnak számítanak a szerhasználat tekintetében (Elekes, 2005) A 2010-es HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) adatok alapján lehet tudni, hogy minden harmadik 9. és 11. osztályos Magyar gyermek kipróbált már valamilyen illegális tudatmódosító-szert (Németh, Költő, 2011). Az egyik legfrissebb kvalitatív kutatás alapján, amelyben a gyermekvédelmi szakellátásba került lányok szerhasználati szokásait mérték fel (Kaló, Hegedűs, Bihari, Szécsi, 2019) is az rajzolódott ki, hogy komoly az érintettségük az illegális szerhasználat kapcsán. Pontosan ezek a kutatási eredmények hívták életre azt a nagy mintás kérdőíves vizsgálatot (Paksi-Magi, 2019) amelyet a Baranya MGYK neveltjeivel vettünk fel és hasonlítottunk össze átlagos családi környezetben élő fiatalok adataival, amelyek a legfrissebb (2015) HBSC és ESPAD (2018)(European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) kérdőíveik voltak.

A kutatás tehát egy jelentős lépés abba az irányba, hogy jobban megismerjük a nevelésbe vett fiatalok mindennapjait, különböző szerhasználati szokásaikat. Például, hogy milyen idős kortól kezd gyakorivá válni a szerfogyasztás, droghasználaton belül milyen típusú szert használnak leginkább, milyen gyakran, milyen motivációk alapján, alkohollal kapcsolatos motivációkat, gyakoriságát és különböző alkoholtípusok fogyasztását, dohányzási szokásaikat és motivációkat. Mindezeket a kutatás összeveti a más nagymintás felmérésekkel, hogy megtudhassuk milyen szokások és motivációk jellemzik kifejezetten a gyermekvédelemben élő fiatalokat. A felvett kérdőív vizsgálja szabadidős szokásaikat és a saját kortársi környezetükben való beágyazottságukat, közösséghez való viszonyukra és ennek összefüggéseit szerhasználatukkal kapcsolatban. Motivációk terén széles spektrumú

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok jellemzőket vizsgált meg, amelyből néhány jellemzőt emelünk ki a tanulmány során, ami összefügg a fiatalok szerhasználatának okaival. A kutatás eredményei a gyermekvédelmi ágazatban dolgozó szakemberek számára is fontos, mivel lehetővé teszi a számukra, hogy valósabb képet kapjanak neveltjeikről.

Tanulmányunk struktúrája követi Paksi és Magi “gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok szerhasználatára és a megelőzés lehetőségei Baranya Megyében” című tanulmányának szerkezetét.

Tanulmányunk végső célja, hogy olyan célzott programokat ajánljunk, amelyek a gyermekvédelmi intézmények keretein belül is megvalósíthatóak és amelyek hatékonyak lehetnek a gyermekvédelmi ágazat valamennyi intézménye számára.

Az egészségfejlesztés célja, hogy az egyének, közösségek képessé váljanak az egészség feletti kontroll megszerzésére annak érdekében, hogy javuljon az egészségi állapotuk és az életminőségük. Az egészségi állapot nem kizárólagosan az egyén felelőssége, nem pusztán az egyéni készségektől és jártasságoktól függ, hanem jelentős szerepet játszanak társas, társadalmi, ökológiai tényezők is. Ezért olyan fontos, hogy megfelelő programokat találjunk a nevelésbe vett gyermekek számára!

A prevenciós programok Brotherhood és Sumnall szerint leírhatóak egy többfázisú ciklus folyamataként, amiket az európai standardok rögzítenek. Valamennyi projekt fázis számos komponensre bomlik, amelyek meghatározzák, hogy konkrétan milyen tevékenységek kivitelezésére van szükség. A szükségletek feltérképezése és a programalkotás fázisa a Paksi és Magi vizsgálat során megtörtént. A program tervekről való gondolkodás ennek a tanulmánynak a célja. Mindez a résztvevők szükségletéhez igazított, valódi előnyöket nyújtó, - tehát eredményes - a beavatkozással járó kockázatok minimalizálását szem előtt tartó, etikus prevenció kell, hogy legyen!

A kutatásban 201 gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatal körében történt sikeres adatfelvétel, a célpopuláció mintegy háromnegyedét (74%) sikerült elérni, ennek köszönhetően az adatfelvételt teljeskörű adatfelvételnek tekintjük. A kutatáshoz végül nem volt szükség a kontrollcsoportos vizsgálatunk adataira, azaz 14-19 éves Baranya megyei általános populációban megkérdezett 300 fős mintánk adataira, mert annak 5.5-6% lett volna a hibahatára. Ennél sokkal pontosabb értékeket kaptunk úgy, hogy jó minőségű, országos adatokkal hasonlítottuk össze a célpopulációban mért értékeket! Ilyen országos adatbázisok a HBSC és az

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

ESPAD vizsgálatok adatai. Az ESPAD kérdőívek adatai 2015-ben 35 európai ország közel 100.000 középiskolában tanuló diákkal lett felvéve, tehát jelenleg az egyik legnagyobb adatbázis a célpopuláció tekintetében. A HBSC kutatás az egyik legrégebbi nemzetközi adatfelvétel az iskolás korúak egészségmagatartásával kapcsolatban, több mint harminc éve negyvennél is több országban zajlik egységes módszertannal, négyévenkénti gyakorisággal (2018). A kutatás nagy előnye, hogy nem csak egy-egy specifikus területtel foglalkozik, hanem valóban átfogóan méri fel az iskolás korú gyermekek egészségmagatartását.

2. GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN NEVELKEDŐ 14 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI FIATALOK DROGFOGYASZTÁSI, ÚJ PSZICHOAKTÍV SZEREK (DESIGNER DROGOK) ELTERJEDÉSÉVEL, HASZNÁLATÁVAL KAPCSOLATOS KUTATÁS, HELYZETFELMÉRÉS

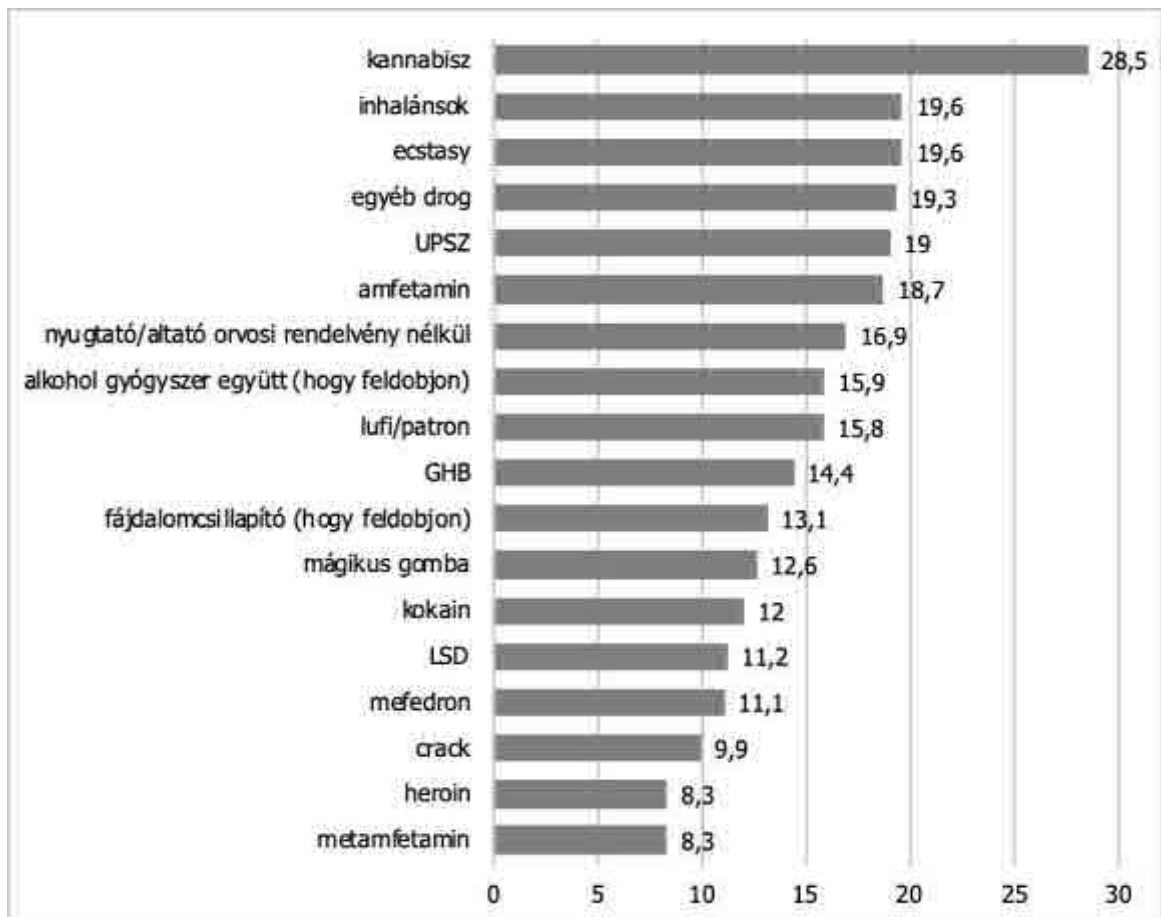
„A HBSC kutatással való összehasonlítással összhangban, a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9-10. évfolyamos fiatalok körében összességében közel kétszer nagyobb a visszaélésszerű szerfogyasztás előfordulása, mint általában az ezeken évfolyamokon tanuló diákok körében országosan. Hasonló volumenű különbségek mutatkoznak a tiltott szerek, illetve a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás vonatkozásában is. A HBSC adatokhoz képest a 4 évvel ezelőtti ESPAD vizsgálat az Új Pszichoaktív Szerek (ÚPSZ) használat és visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás tekintetében jóval magasabb értékeket mért, így az ESPAD adatok alapján ezek tekintetében kevésbé jelentkezik a gyermekvédelmi ellátásban élők fokozott kitétsége. Összességében azonban az ESPAD adatok alapján is azt mondhatjuk, hogy a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok a droghasználat tekintetében az átlagosnál veszélyeztetettebb, speciális populációnak tekinthető.” (Paksi és Magi, 2019, Budapest)

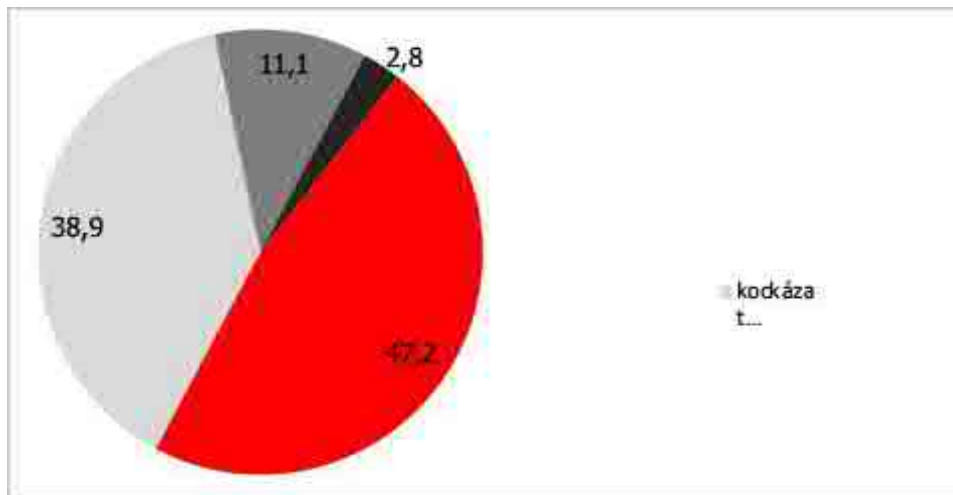
Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) kapcsán fontos megjegyeznünk, hogy az elmúlt négy évben sokat változott a hazai drog piac. Az ÚPSZ kategóriába tartoznak azok a szerek, amikről rémhírek terjengenek, köznyelvben kristályként vagy dizájnerként emlegetnek. Az ÚPSZ visszaszorulása jól érzékelhető a rendőrségi foglалásokból is. Helyükre újra visszatértek a klasszikus stimulánsok, jellemzően magasabb hatóanyagtartalommal. Az ÚPSZ használói mostanra az igazán szegény, lemaradó, többszörösen hátrányos helyzetű fogyasztók lettek. Elmondható, hogy országos szinten csökkent az ÚPSZ használatának gyakorisága, de a többszörösen hátrányos helyzetű fogyasztók továbbra is nagy arányban használják a szer olcsósága és könnyen

beszerezhetősége miatt, hatásuk kiszámíthatatlan, ezért a megfelelő kezelésük gyakran nehézséget okoz a szakemberek számára is.

Amennyiben az ÚPSZ fogyasztást szerítípus szerint vizsgáljuk, akkor az ÚPSZ-ek a szerstruktúrában jóval hátrébb sorolódnak: szintetikus kannabiszt 12,4%, a katononokat pedig 9,9% próbálta már ki az élete során. A következő ábra megmutatja ezt a változást és a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok droghasználata során a különböző szerek közötti preferenciákat. (Paksi-Magi, 2019, Bp.)

Szerenkénti életprevalencia értékek (LTP) a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)





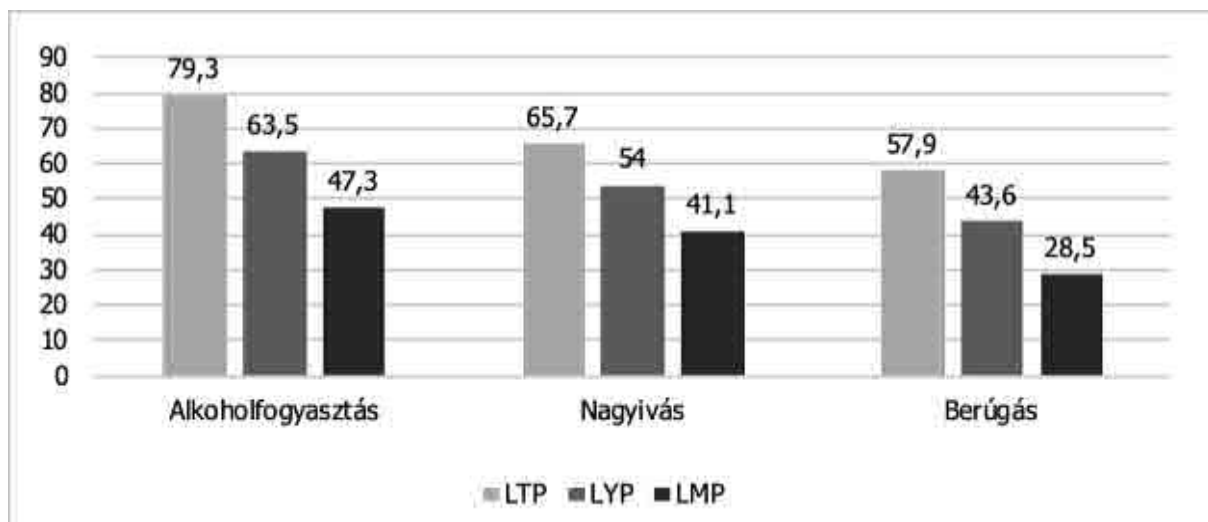
„Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő, s az elmúlt 12 hónapban droghasználati céllal valamilyen szert használó 14-18 éves fiatalok körében nincs kockázatmentes csoport. A közelmúltban használók több mint fele alacsony kockázattal jellemezhető, közel egyharmaduk azonban az SDS (Droghasználat Súlyossági Skála) alapján a mérsékelt, minden hatodik-hetedik pedig a magas kockázatú csoportba sorolható. SDS eljárás szerint azok a csoportok, amelyek az adott átlagtól egy szórással kevesebb pontot érnek el, „kockázatmentes” használóknak tekinthetők, míg azok, akik egy szórással magasabb vagy afeletti értékeket mutatnak, „magas kockázatú csoportba” sorolhatók. Az átlagtól egy szórásnyival kevesebb és az átlag közötti elhelyezkedők az „alacsony kockázatú”, az átlag és egy szórással magasabb értékek közötti eredményeket mutatók pedig a „mérsékelt kockázatú” csoportok. Ezen módszert alkalmazva az SDS kérdőív esetében, az átlagot meghaladó szórás miatt kockázatmentes csoportot nem tudtunk kialakítani.” A küszöbértékek meghatározásához használt adatok megtalálhatók a Paksi és Magi tanulmányban (melléklet 2. táblázatában)

Az ellátottak körében mintegy négyszer gyakoribb a visszaélésszerű legális szerek (gyógyszerek orvosi javaslat nélküli és/vagy alkohollal együtt történő fogyasztása, illetve inhalánsok használata), valamivel több, mint kétszeres a tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata. Összességében, a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 9. és 11. évfolyamos fiatalok körében kétszer nagyobb a valamilyen tiltott drog és/vagy valamilyen legális szert visszaélésszerű fogyasztásának előfordulása, mint általában az ezen évfolyamokon tanuló diákok körében országosan. (Paksi és Magi, 2019)

3. PAKSI-MAGI TANULMÁNYBAN RÉSZT VEVŐ GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN NEVELKEDŐ 14 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI FIATALOK ALKOHOLFogyasztási SZOKÁSAINAK JELLEMZŐI

Azok, akik valaha ittak már életükben alkoholt, döntő többségükben már túl vannak valamilyen szélsőséges ivási tapasztalaton is: négyötödükkel (80,3%) előfordult már, hogy egy alkalommal megivott legalább öt italt⁵⁰ az élete során, és közel háromnegyedük (72,5%) túl van már az első lerészegedésen.

Az alkoholfogyasztás különböző mutatóinak alakulása a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (%)



⁵⁰ Nagyivásnak a következőt tekintettük: másfél dl bor, vagy egy pohár/kis üveg (3,3 dl) sör, vagy egy pohár (4-5 cl) égetett szesz, vagy egy koktél vagy egy üveg (3,3 dl) előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital vagy egy üveg (3,3 dl) cider. Ezek a mennyiségek a tisztaszesz tartalom alapján közelítenek a 20 milliliter (16 gramm) standard italhoz.

Az alkoholfogyasztás gyakorisága az elmúlt hónapban a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (N=161) (%)



1.1 Alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációk vizsgálata

Paksi-Magi tanulmányában Bonferroni korrekció alapján végzett post-hoc tesztek az elmúlt évben alkoholt fogyasztó ellátottak körében a társas motivációk legerősebb jelenlétét emelhetjük ki, mely az összes többi motivációhoz képest szignifikánsan magasabb értékeket mutatott.

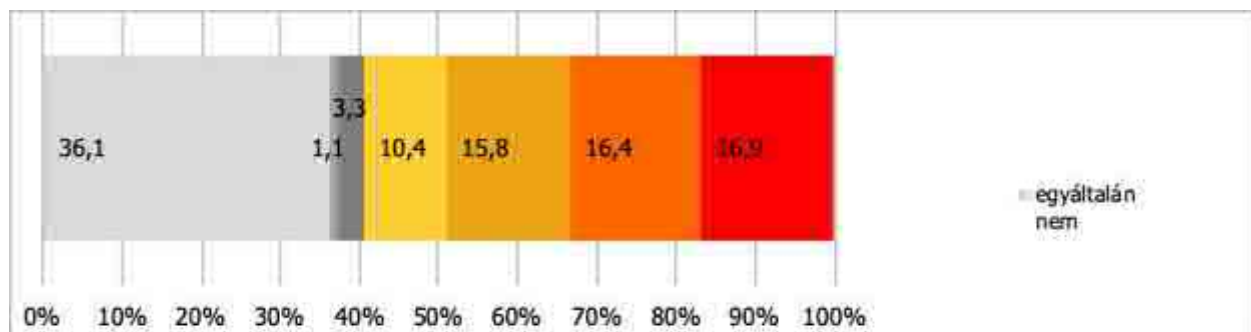
Mindössze a szélsőséges ivási magatartásra utaló néhány jelzőszáma (részegség, illetve kisebb mértékben a nagyivás havi prevalenciája, valamint a heti rendszerességű alkoholfogyasztás) tekintetében tapasztaltunk kismértékben magasabb értékeket az ellátottak körében. Összeségében azonban a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok ivási magatartását a gyakorisági adatok alapján inkább átlagosnak tekinthetjük.

A motivációk alakulását megvizsgáltuk a szélsőséges ivási magatartást – nagyivást, lerészegedést – mutatók esetében is. A kapott eredmények az elmúlt évben alkoholt fogyasztó ellátottak körében kapotthoz hasonlóak⁵¹. Azzal a különbséggel, hogy Bonferroni korrekció alapján végzett post-hoc teszt az elmúlt évi nagyivók esetében a fokozás és a társas motivációk között nem mutatott szignifikáns eltérést lerészegedők esetében pedig a megküzdés és fokozás, illetve a fokozás és a társas motivációk között nem volt statisztikailag jelentős az eltérés, a többi esetben igen.

⁵¹ A nagyivás esetében: $F(2,601;239,251)=11,606$; $p<0,001$; parciális $\eta^2=0,112$); a berúgás esetében pedig: $(F(2,625;196,844)=13,792$; $p<0,001$; parciális $\eta^2=0,155$;

4. PAKSI-MAGI TANULMÁNYBAN RÉSZT VEVŐ GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN NEVELKEDŐ 14 ÉS 18 ÉV KÖZÖTTI FIATALOK DOHÁNYZÁSI SZOKÁSAINAK JELLEMZŐI

A gyermekvédelmi ellátásban élő 14-18 éves fiatalok háromötöde naponta dohányzik. Az aktuálisan dohányzók között pedig a napi dohányzók aránya 91,5%, és több mint háromnegyedük naponta több mint 5 szál cigarettát szív el.



A fenti ábrán a dohányzás napi gyakoriságát láthatjuk százalékos leosztásban az elmúlt hónapban a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok körében (N=117) (%) A grafikon jobb oldalán (16,9%) a több, mint 20 szálát szív naponta, (16,4%) 11-20 szálát szív naponta értékek szerepelnek.

4.1 Dohányzás és motivációk

Az életkor, és évfolyam mellett a dohányzás esetében megjelenik a releváns háttértényezők között az iskolába járás ténye és szubjektív életminőség is. Azon túlmenően, hogy akik aktuálisan dohányoznak, átlagosan közel egy évvel idősebbek, illetve felsőbb évfolyamra járnak, azok között is az átlagosnál nagyobb az aktuális dohányzók aránya, akik jelenleg nem járnak iskolába. Emellett a dohányosok az életminőségüket 10 fokozatú skálán átlagosan több, mint egy „létra fokkal” rosszabbra értékelik, mint akik aktuálisan nem dohányoznak.

A fiatalok gyermekvédelmi ellátással kapcsolatos jellemzői közül pedig az ellátási hely, az ellátásba kerülés életkora, és „házon kívül” töltött esték száma tekintetében jelentkeznek különbségek a dohányzásban. Azok körében magasabb az aktuális dohányzás előfordulása, akik fiatalabb életkorban kerültek ellátásba, lakásotthonban élnek, illetve az estéiket nem „házon belül” töltik.

Míg az alkoholfogyasztásban nem jelentkeznek különbségek, csak a házon kívül töltött időben, addig a dohányzásnál megjelenik az ellátási hely és ellátásba kerülési életkor tényezője is.

Milyen egyéb motivációk jelennek meg a fiatalok körében szerhasználat esetén?

A fiatalok gyermekvédelmi ellátással kapcsolatos életdimenzióiban azonban már jobban megmutatkoznak szignifikáns mintázatok. A különbségek elsősorban az ellátáson belüli kapcsolatok, illetve általában az ellátási hely integrációs erejét megjelenítő mutatók mentén jelentkeznek: a napjaikat, illetve az estéiket „házon belül” töltő⁵², és a nevelőkkel, nevelésbe vett társakkal jobb (illetve jobbnak érzékelt) kapcsolatot ápoló ellátottak körében az átlagosnál szignifikánsan alacsonyabb drogérzettség tapasztalható.

Ehhez kapcsolódik a következő táblázat adatai, ami szerint:

Különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók átlag értéke a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves a valamilyen drogot életük során biztosan droghasználati céllal használó és nem használó fiatalok körében (%)

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Életkor	179	104	15,76	1,27	75	16,13	1,17	4,03	0,046
Évfolyam	144	86	8,65	1,48	58	9,26	1,32	6,38	0,013
Szubjektív életminőség	145	83	6,66	2,23	62	6,31	2,53	0,81	0,371
Gyermekotthonba kerülés életkora	70	42	11,52	4,00	28	11,93	4,01	0,17	0,681
Lakásotthonba kerülés életkora	61	31	12,35	3,7	30	12,05	3,24	4,48	0,490
Nevelőszülőkhöz kerülés életkora	58	43	7,63	4,40	15	7,40	4,15	0,03	0,862
Ellátásba kerülés életkora	133	84	9,69	4,60	49	10,8	4,39	1,85	0,176
Elégedettség az édesanyjával való kapcsolatával	120	70	3,40	1,47	50	3,32	1,50	0,09	0,771
Elégedettség az édesapjával való kapcsolatával	93	54	3,54	1,40	39	3,18	1,30	1,58	0,213

⁵² Az indikátorban keveredik az az intézeti integráltság, illetve a más populációkban rendre a droghasználat kockázati tényezőjének mutatózó (Pl. Elekes, 2012, 2016) un. „eljárós társas” aktivitások megjelenítése.

	N	Nem fogyasztott			Fogyasztott			F	p
		N	M	SD	N	M	SD		
Elégedettség a testvéreivel való kapcsolatával	123	76	3,76	1,26	47	3,40	1,33	2,25	0,136
Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával	139	82	3,93	1,15	57	3,33	1,08	9,42	0,003
Elégedettség az nevelésbe vett társakkal való kapcsolatával	130	77	3,57	1,25	53	3,09	1,06	5,16	0,025
Elégedettség a barátaival való kapcsolatával	140	84	4,12	1,10	56	3,61	1,17	6,89	0,010

Megjegyzés: N= elemszám; M=átlag; SD=szórás; F – F próba értéke, p = szignifikancia; A szignifikáns összefüggéseket szürkével, a magasabb átlagokat vastagítással kiemeltük.

Paksi és Magi a fenti táblázatban szereplő leíró statisztikai elemzések során a biztosan droghasználati célú szerfogyasztással szignifikáns kapcsolatot mutató szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók körében⁵³ megvizsgálták, hogy az egyes változók a többi változó kontroll alatt tartása mellett milyen szerepet kapnak a droghasználati célú szerfogyasztás bejölésében. A 9 elemű változószetben Forward Stepwise (LR) módszerrel két lépésben szignifikáns ($p < 0,001$) modellt sikerült létrehozni.

⁵³ A szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változóknak a melléklet 3. táblázatában található változók teljes körén végzett elemzés nem vezetett eredményre. A 22 elemű változószetben végzett kísérlet mindössze 18 eset modellbe vonását tette lehetővé. Ezt követően a 100 fönnél kisebb valid esetszámmal rendelkező változók kihagyásával is megkíséreltük a modell létrehozását, de is csak 34-re emelkedett az esetszám. Ezután döntöttünk úgy, hogy csak a leíró elemzés során szignifikánsnak bizonyult változókat vonjuk be a többváltozós modellbe. A modellállítás célja ebben az esetben elsődlegesen a szignifikáns változók hatásai közötti redundanciák kiszűrése volt, az, hogy a szignifikáns változók szerepét a többi változó kontroll alatt tartása mellett tudjuk vizsgálni. Ebben az esetben is csak Valid N = 61, azonban a modell segítségével azonosított két változó a droghasználók besorolásának pontosságát a véletlen besoroláshoz képest jelentősen, 54,1%-ról 77%-ra növeli.

A következő táblázatban a Baranya megyei gyermekvédelmi gondoskodásban élő 14-18 éves fiatalok biztosan droghasználati célú szerhasználatának becslésére különböző szocio-demográfiai és ellátással összefüggő változók alapján épített bináris logisztikus regressziós modell paraméter táblája (%)

	Esélyhányados	Konfidencia intervallum (95%)		p
		alsó érték	felső érték	
Életkor	5,229	2,087	13,103	<0,001
Elégedettség a nevelőivel való kapcsolatával	0,226	0,094	0,543	0,001
Konstans	0,000			<0,001
Magyarázat: p=szignifikancia				
Függő változó: Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás LTP: 1-fogyasztott; 0-nem fogyasztott				

A modellben – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – egy demográfiai és egy az nevelésbe vett élethez köthető változó kap szerepet. A fiatalok életkorának előrehaladásával évenként több mint ötszörösére emelkedik a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata (esélyhányados: 5,229). Ugyanakkor a nevelőkkel tartott kapcsolattal való elégedettség viszont megóvó szerepet kap: 5 fokozatú skálán az elégedettség egy egységgel való emelkedése esetén a drogokkal való kapcsolatba kerülés kockázata mintegy negyedére-ötödére csökken (esélyhányados: 0,226)

Itt azért meg kell említeni, hogy valószínűleg itt nem csupán a nevelőket értik mint fontos tényező, bár erre a kutatás nem tér ki, hanem a gyereket körülvevő felnőttekre a nevelésének helyszínén. Fontos megemlíteni, hogy a kutatás kontrollhit vizsgálata során, alacsony értékeket mutatott ebben a csoportban, tehát a felelősségvállalása is nagyon fontos kérdés saját magukkal kapcsolatban és a nevelők részéről. A nevelteket célzó prevenciós programok mellett rendkívül fontosak a neveltek és a környezetükben lévő felnőttek közötti kapcsolat minősége! Hangsúlyoznunk kell, hogy a kölcsönös bizalom, a partnerség protektív faktor lehet a szerhasználat tekintetében. Ezért elismerjük azoknak a programoknak a létjogosultságát, amik az intézmény azon munkatársait célozzák, akik napi kapcsolatban vannak a neveltekkel!

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

Paksi és Magi kutatásából kiderült, hogy azok fogyasztottak alkoholt nagyobb arányban az elmúlt hónapban, akik általában és az elmúlt hónapban nem minden estéjüket töltötték „házon belül”, illetve szökésben voltak.

Paksi-Magi szerint a drogfogyasztásnál leírtakhoz hasonlóan, az adatok szerint sem nemek között, sem az aktuálisan folytatott tanulmányok típusa szerint, de a fiatalok szubjektív életminősége, vagy a származási családdal (kivéve rokonokkal) való kapcsolattartás mennyisége és minősége mentén sem mutatkoznak az ellátottak aktuális alkoholfogyasztása tekintetében mintázódások. A drogfogyasztással szemben azonban úgy tűnik, hogy az alkoholfogyasztás – az intézettől távol töltött időn kívül – a fiatalok gyermekvédelmi ellátással kapcsolatos életdimenzióival is kevésbé mutat kapcsolatot: nem jelenik meg sem az ellátásba kerülés életkora, sem ellátási forma, sem az intézeten belüli kapcsolatok mentén mintázódás.

Fontos hangsúlyozni, hogy az átlaghoz viszonyítva hasonló alkoholfogyasztási motivációkkal bírnak. Sem az ellátásba kerülés életkorával, sem az ellátási formával, sem intézményi kapcsolatokkal nem függ össze a kutatás alapján, csupán egy tényezővel mutatott összefüggést, az intézménytől távol töltött idővel.

Könnyen lehet, hogy a kortárs nyomás az, ami ilyenkor működteti ezeket a magatartási, szerfogyasztási minták, ezért a biztonságos hely kialakításán túl megoldás lehet a kortárs segítők kiválasztását és képzését célzó programok is.

“A modellben – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – egy demográfiai és egy az nevelésbe vett élethez köthető változó kap szerepet. A felsőbb évfolyamok felé haladva évenként több mint másfélszeresére (esélyhányados: 1,761) növekszik azok aránya, akik aktuálisan is fogyasztanak alkoholt, a minden estét „házon belül” töltökhöz képest az 1-2 este eljárók körében pedig négyszer, az ennél több estét házon kívül töltők körében viszont már több mint tízszer nagyobb az aktuális ivás előfordulásának a kockázata (esélyhányados: 3,968 ill. 11,384).” (Paksi-Magi, 2019)

A beavatkozás közbülső céljai: a kutatás alapján

A közbülső prevenciók célok mentén mutatkozó mintázódások alapján a kutatás elsősorban az egészséges életmóddal, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadásával (a); az agresszióval, erőszakkal kapcsolatos antiszociális, illetve proszociális személyiségjegyekkel, attitűdökkel, viselkedésekkel kapcsolatos (b), valamint a résztvevők érzelmi intelligenciájának növelésére irányuló (c) közbülső prevenciók céltelezések erősítette meg.

Az alábbi táblázatban a vizsgált közbűlő célváltozók összefüggése a különböző szerhasználó magatartásokkal⁵⁴

	drogérin- tettség	alkohol fogyaszt- ás	dohányzá s
Health Locus of Control: Belső egészségkontroll	+	+	+
Health Locus of Control: Külső egészségkontroll			
Életvezetési készségek: HDSEQ alapszükség- letek, testtel kapcsolatos skillek			+
Életvezetési készségek: HDSEQ kommunikáció			
Dark Triad			
Dark Triad: Machiavellianism			
Dark Triad: Narcissism			
Dark Triad: Psychopathy			
Light Triad	+	+	+
Light Triad: Emberekbe vetett hit	+	+	+
Light Triad: Humanizmus		+	+
Light Triad: Kantianizmus	+	+	--
SRIS: Insight - Belátás - egyenes tételek		+	+
SRIS: Insight - Belátás - fordított tételek			
SSI Érzelmi kifejezőkészség			+
SSI Érzelmi érzékenység			
SSI Érzelmi kontroll			
SSI Társas kifejezőkészség			
SSI Társas érzékenység			
SSI Társas kontroll			
BEQ Interperszonális EQ	+	+	+
BEQ Intrapersonális EQ			

⁵⁴ A táblázat értelmezése során figyelembe kell venni, hogy a jelen kutatás alacsony elemszáma korlátot jelentett az összefüggések feltárása szempontjából. Nagyobb mintán végzett kutatásban az itt jelentkező összefüggések is megerősítést nyerhetnek.

	drogérin- tetttség	alkohol fogyaszt- ás	dohányzá s
BEQ Pozitív benyomás			
BEQ Stressz kezelés			
BEQ Alkalmazkodás			
BSI: Szorongás			
BSI: Depresszió			
BSI: Szomatizáció			
BSI kiegészítő tünetek			
WOC - pszichiátriai tünetek globális súlyossági indexe			
WOC Kognitív átstrukturálódás			
WOC Feszültségredukció		+	
WOC Problémaelemzés		+	
WOC Passzív megküzdés			
WHO_TOTAL sum			
A legalább két szerhasználó magatartással kapcsolatot mutató itemeket kiemeltük, s a konkrét magatartásokat a + jellel jelöltük			

- LTS pedig 4-4 tétellel szintén 5 fokú Likert skálával az Emberekbe vetett hitet (az emberek alapvető jóságába vetett hit), a Humanizmust (egyének értékének és méltóságának fontossága) és a Kantizmust (az egyén végső célként, és nem eszközként való kezelése) vizsgálja.

A szerfogyasztók között az egyének méltóságának alacsony értékelése és az egyén többnyire eszközként való kezelése gyakoribb volt. (Paksi-Magi, 2019)

5. A GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSBEN ELLÁTOTTAK ÉS A SZAKELLÁTÁSON KÍVÜLI GYERMEKEK ÉS FIATALOK DROGHASZNÁLATI ÉS SZABADIDŐ-ELTÖLTÉSI SZOKÁSAINAK ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉSE ÉS A SZÁMUKRA AJÁNLOTT PREVENCIÓS PROGRAMOK

A kutatás eredményei alapján egyértelmű, hogy az alkohol és a nikotin prevenció lenne a legszükségesebb az összes szenvedélyszer közül. Mégis ezzel a két szerrel van a legnehezebb dolga a preventoroknak. Azon túl, hogy mindkettő esetében legális szerről beszélünk, komoly gondot jelent ezen szerek társadalmi elfogadottsága, kulturális beágyazottsága. A nikotinra és az alkoholra a társadalom többsége úgy tekint, mint a felnőtté válás rítusának eszközeire! Az intézmény neveltjeivel való személyes beszélgetés során kiderült, hogy az első cigi és az első berúgás a felnőtté válás folyamatában egy kimondatlan, de mégis jelen lévő rítus (Péley, 2002). Ezeknek a szereknek a rendszeres használata, pedig a felnőtté válás attribútumai közé sorolandók. Mindkét legális szer csak 18 év felett fogyasztható, ennek ellenére már egészen fiatalon elkezdődik a rendszeres használatuk. Ezért válik igazán fontos kérdéssé, hogy mikor kell ezeket a prevenció programokat elindítani?

Milyen egyéb tényezőket vegyünk figyelembe a kutatás eredményei alapján, amellyel célzottabbá tesszük a prevenció programokat?

5.1 Életkor

„Az első szerfogyasztás életkora alapján felrajzolt, a különböző szerhasználó magatartások egyes korévekben megjelenő kockázatát mutató kumulált prevalencia görbék, valamint az életkorral növekvő érintettség és aktuális használat alapján azt mondhatjuk, hogy a szerhasználat megelőzésére és visszaszorítására irányuló beavatkozásokat nagyon korán érdemes elkezdeni s változó tematikus fókusszal a gyermekvédelmi gondoskodás alatt mindvégig folytatni az ellátott fiatalok körében, a kutatásból kiderül, hogy már 11-12 éves kortól alkalmazható prevenció programokat javasolunk. „(Paksi és Magi, 2019, Budapest)

5.2 Társas kompetenciák, társas integráció

A szerfogyasztás tekintetében az ellátáson belüli kapcsolatok, illetve általában az ellátási hely integrációs erejét megjelenítő mutatók (szökések, „házon kívül” töltött esték gyakorisága, nevelőkkel, nevelésbe vett társakkal való kapcsolatok) mentén jelentkező szignifikáns mintázatok azt (is) jelzik, hogy a drogprevenció beavatkozások céljai között célszerű

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok megjeleníteni az adott intézmény légkörének javítására, fiatalok társas integráltságának növelésére irányuló célokat is.

Prevenációs programok közül azok, amik a társas kompetenciák fejlesztésére, szociális kompetenciák fejlesztésére, közösségi egészségtudat fejlesztésére fókuszálnak, azok hatékonysága várhatóan nagyobb lesz. A Paksi-Magi kutatás eredménye alapján a közösséghez tartozás élménye, az intézetben élő fiatalokhoz kapcsolódás, barátokhoz kapcsolódás, a nevelők és nevelőszülők és a fiatalok és gyerekek között kialakuló kapcsolat kulcsa a megelőzés eredményességének és az egészségtudatos gondolkodás és életmód kialakításának.

Fontosak az élménypedagógiai módszerekre és élményterápiás alapokra helyezett csoportfoglalkozások, amelyek aktív részvételre ösztönzik a fiatalokat és a résztvevő felnőtteket is. Élmények során tanulhatják meg és ismerhetik meg saját kereteiket és képességeiket, ezáltal kölcsönös rugalmasságot követelve a résztvevőktől. Az élmény alapú módszerek személyre szabottabbak és hosszabb távon fejtik ki hatásaikat. A cél, hogy az adott gyermekek egyéni - és szociális kompetenciáit fejlesztésre kerüljenek például a mozgáson alapuló élményközpontú, játékos, csapatépítő foglalkozásokkal.

Mindezek a módszerek támogatják a személyiségfejlesztés különböző lehetőségeit, különös tekintettel a mozgáson alapuló élmény általi nevelésre. Az még jobb, ha a módszertan nem csak a gyermekeket karolja fel, hanem a nevelők, nevelőszülők rekreációját is támogatja. A nevelők és nevelőszülők szakmai és mentális támogatása az élménypedagógiai eszköztár segítségével is fontos irány lehet. A tréningen a mozgás alapú élmény általi nevelés, fejlesztés lehetőségeivel és a cselekvés alapú tapasztalati tanulást próbálhatják ki mindannyian. A tanult technikákkal tovább fejleszthetők a társas kompetenciák, a kommunikáció, valamint a probléma- és konfliktusmegoldó készség.

5.3 Konfliktusmegoldás és kommunikáció

A fiatalok kommunikációs és konfliktusmegoldó képességeit együttesen nevelőikkel és nevelőszülőkkel fontos fejleszteni. Természetesen külön foglalkozás keretében is fontos, de közös foglalkozások során a bizalom építésében és a közös erőszakmentes és proaktív kommunikáció fejlesztésében segíthet. Az erőszakmentesség egyik alappillére saját szükségleteink felismerése és kommunikációja és a másik "terének" tiszteletben tartása. Ezekre számos program létezik elkezdve az állatok segítségével működő terápiáktól, a pszichodráma csoportokon át, a mozgásterápiáig.

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

Nagyon fontos megemlíteni, hogy ezek a fiatalok, mivel 14-18 éveseket vizsgáltunk, már szexuálisan érettek, párkapcsolatokat kereső vagy abban élő fiatalok.

Gyakori, hogy kapcsolati erőszakot éltek át ezek a fiatalok és új készségekre van szükségük, hogy ezeket átírassák és erőszakmentes párkapcsolatokra törekedjenek. A Drogprevenációs Munkacsoport Egyesület innovatív programot fejlesztett ki kamasz korban lévő fiatalok számára, amelynek során a kamaszok megtanulják az erőszakmentes párkapcsolat kialakításának lépéseit és megvalósítását.

A vizsgált szerhasználó magatartások egyike sem mutatott szignifikáns kapcsolatot az ellátottak nemével, ami arra utal, hogy a gyermekvédelmi ellátásban élő 14-18 éves fiatalok körében a szerhasználat megelőzése céljából nem indokolt a nemek szerint differenciált beavatkozásokat végezni.

A Drogprevenációs Munkacsoport Egyesület által jegyzett CSAT-Projekt, amely az egészséges, nem bántalmazó párkapcsolatok iránti elköteleződés erősítése, a párkapcsolati erőszak prevenciója. A program a felelős párkapcsolat kialakításának, valamint a kortársi közegben felmerülő kapcsolat kialakításának, valamint a kortársi közegben felmerülő konfliktusok megoldásának képességét fejleszti. A program fontos célkitűzése továbbá, hogy a serdülőknek praktikus, gyakorlati segítséget adjon szociális, illetve kommunikációs készségfejlesztés révén.

A Drogprevenációs Munkacsoport Egyesület fontosnak tartja az iskolai kortárs erőszak kezelését is. MIND-Projekt, amely az egészségesebb, biztonságosabb kortársi közösségek támogatását tűzte ki céljául. A program elsődleges célja a kortársi közösségekben előforduló zaklatás, bántalmazás (bullying) prevenciója, továbbá az egészséges, egymás tiszteletén alapuló, erőszakot, megfélemlítést, megalázást elutasító életvezetés iránti elköteleződés erősítése. A program fontos célkitűzése továbbá, hogy a diákoknak praktikus, gyakorlati segítséget adjon szociális, illetve kommunikációs készségfejlesztés révén.

A program elsődleges célja az egészséges, nem bántalmazó párkapcsolatok iránti elköteleződés erősítése, a párkapcsolati erőszak prevenciója. Segíti a felelős párkapcsolat kialakítását, valamint a családi életben felmerülő konfliktusok erőszakmentes megoldásának képességét fejleszti.

5.4 Belső kontrollhit erősítése

Kutatás szerint a belső kontrollhit a szerfogyasztó célcsoport körében alacsony. Mit takar számunkra a belső kontrollhit és hogyan tudunk javítani az eredményen elősegítve a gyermekek szerfogyasztásának csökkenését? Számunkra a belső kontrollhit a feszültségek megtartásának nehézségét, a késleltetett vágy hiányát jelenti. Milyen gyakorlati programok segíthetik a vágyak késleltetésének képességét és a feszültségek tűrőképességének javítását?

Erre lehetséges alternatív válasz lehet a hitéleti tevékenység, lelkipozítás, amely most is elérhető Baranya MGYK lakásotthonai és gyermekotthonai számára. A nevelők és gyermekfelügyelők igény esetén misére viszik a fiatalokat, gyakran önkéntes tanárok hittanórát tartanak a gondozási helyeken. A különböző vallási irányultságok elfogadottak, többek között katolikus, református és buddhista hittanár is áll a gyermekek rendelkezésére. A depresszió egyik kiemelt megelőző és gyógyító eszköze lehet a vallásos tevékenység, emellett visszاسzoríthatja a deviáns viselkedésmintázatokban történő megnyilvánulásokat.

A vallásos hit gyakorlása mellett más eszközökkel is lehet fejleszteni az emberekbe vetett hitét a fiataloknak, egyik fontos alappillére ez a közösséghez tartozás, a bizalom kiépítése a felnőttek és gyermekek között és a kortársak között. Ehhez szorosan kapcsolódik a többi eredmény is, amely a személyek eszközként kezelését, a valahova tartozás igényét jelenítik meg.

Vannak olyan programok, amelyek a gondozási helyeken új „jó gyakorlatként” vezeték be a csoportos meditációt. A nevelő vagy fejlesztőpedagógus által vezetett meditáció az elmélyülés, a megnyugvás és a relaxált állapot elérését segíti elő. Ezt a kezdeményezést több program is fejlesztheti és a mindfulness technikák, légzéstechnikák széles körét ismertethetik meg a nevelőkkel, fejlesztőpedagógusokkal és gyermekekkel. A meditáció vagy az autogén tréning, mint agressziót és szorongást csökkentő, stresszkezelési technika több országban és több különböző területen is sikereket ért el. Felfrissült és lecsendesült léthelyzetet teremt.

5.5 Önismeret

A saját testünkkel kapcsolatos tudás is elengedhetetlen és fontos, amely a szerhasználattal is összefügg. Szexuális nevelés kapcsán fontos fejleszteni kamaszokat, hogy segítsük őket elkerülni a sokszor terhelt családi mintákat. Ismerjék meg saját testüket, az érzelmek világát, a párkapcsolatok dinamikáját, saját nemi identitásukat, a másik nem működését. A biológiai tudáson túl a szexuális viselkedés, társadalmi szokások, szexualitás és nemi identitással kapcsolatos kérdések megválaszolásai az igazán fontosak ahhoz, hogy segítsük

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok fejlődésüket és csökkentésük szorongásukat a témával kapcsolatban. A Yelon.hu mobil alkalmazást javasoljuk kipróbálni a neveltek és a nevelők számára, amely egy hatásos magyarnyelvű felület kifejezetten kamaszok számára, a szexuális nevelés gyakorlati kivitelezéséhez.

Baranya MGYK és az “Egy Füst Alatt” Alapítvány az elmúlt három évben futó MOL Alapítvány által támogatott művészetterápiás projektje alapján az elmúlt évekből már van tapasztalat színház, tánc és mozgásterápiás, valamint biblioterápiás műhelymunkák metódusának megismerésére. A foglalkozások intenzív, hosszantartó és elmélyült művészeti csoportmunkát igényelnek a gyermekek részéről. A program változó időintervallummal és változó időpontokban valósulhatnak meg, legyen az heti rendszerességgel tartott foglalkozás, vagy egy hetes tematikus tábor. A színházterápia módszere a testtudattal, a hangokkal, a szövegértéssel, a hangszerekkel és az önkifejezéssel dolgozik. A biblioterápiás csoportokon a gyermekek saját szövegeket írnak, ekkor a számukra fájdalmas, eddig fel nem dolgozott élettörténeteket is felszínre hozhatják. A kisebb darabok előadása, videók és zenék készítése, valamint a közös megélés a csoportkohéziót erősítik. A szakemberek jól strukturált tematika mentén az önbizalomfejlesztésre, feszültségoldásra és közösségépítésre is fókuszálnak, mindezt az aktív munka, a váratlan helyzetek és különleges gyakorlatok eszközével. Az érzelmi torzítások a művészet élményeivel feldolgozhatók, legyen a gyermek néző vagy szereplő az adott alkotási folyamatban. A zenés játékok, egyszerű hangszereken való zenei munka az egészséges személyiségfejlődés irányába hatnak, a zenék szövegének kiválasztása is ezt a célt szolgálja.

5.6 Házon kívüli programok kísérése

A különböző szerhasználó magatartások ellátási formák (gyermekotthon, lakásotthon, nevelőszülőknél való elhelyezés) szerinti mintázódásának vizsgálata során, a nevelőszülőkkel élők relatíve alacsonyabb, s a lakásotthonokban élők fokozott érintettsége rajzolódott ki. Ennek alapján a kutatás a lakásotthonokban elhelyezett fiatalok szerhasználatának megelőzésére, visszaszorítására irányuló prevenciós tevékenység fokozott indokoltságát jelzi.

A vizsgált magatartások többsége esetén, az estéiket nagyobb gyakorisággal „házon kívül” töltő ellátottak körében az átlagosnál szignifikánsan magasabb érintettség ill. aktuális használat tapasztalható. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok szerhasználatának megelőzésére, visszaszorítására

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok irányuló prevenciós tevékenységet érdemes lehet az ellátási szintéren kívüli szintereken végzett tevékenységekkel összehangolni, az ellátottakat fiatalok társas aktivitásának szinterein megjelenő beavatkozásokon keresztül is megközelíteni. Ajánljuk az éjszakai sport programokat illetve azokat a megkereső, ártalomcsökkentő szolgáltatásokat, mint a Bulisegély Bike, ami az utcán vagy a Bulisegély, ami a szórakozóhelyken érhetőek el.

Drogprevenciós Munkacsoport Egyesület Éjjeli Kikötő programja szintén hatékony választ tud adni a fenti problémákra. Ez egy olyan éjszaka nyitva tartó tornaterem, ahova fiatalok csoportjait várják szabadon. Számos sportlehetőséget nyújtva (ping-pong, foci, kosárlabda, röplabda, tollas) de lehetőség van olyan csapatoknak is megvetniük a lábukat, akik edzőterem hiányában szívesen csatlakoznak a kezdeményezéshez. Fogadtak már be a program során break dance csapatot, parkoure, workout edzésekre járó fiatalok csoportjait. A program lényege, hogy a szabad sportoláson túl, a helyszínen jól képzett, ifjúsággal foglalkozó szakemberek vannak, akikkel szabadon lehet beszélgetni aktuális kérdésekről!

Ajánlunk még olyan kipróbált prevenciós programokat, amelyek a Drogprevenciós Munkacsoport szakemberei fejlesztettek ki és 2016-tól elnyerték az Országos Egészségfejlesztési Intézettől az „Ajánlott Iskolai Egészségfejlesztési Program” minősítést is! A programokat természetesen nem csak az iskolai szintre ajánljuk, hanem minden olyan szintre, ahol a célcsoport elérhető.

Alternatíva Kortárs Műhely-Projekt, amelynek a kamaszok lelki egészségének fejlesztése a célja. Fókuszálva a fiatalok körében a viselkedési függőségek és a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzésére. A program célja továbbá, hogy bevonja a fiatalokat az általuk érzékelt problémák mérséklésébe, hogy segítségükkel lehetőséget biztosítson a korai beavatkozásra a potenciális serdülőkori veszélyek esetében.

A kamaszokori életfeladatok között szerepel, hogy a saját határaikat megismerjék, kockázatt vállalóak legyenek, saját kortársi közegüket tekintés vonatkoztatási pontnak szemben a családi vagy társadalmi mintákkal. Mindezekkel együtt mégis igaz, hogy ha a lakókörnyezetüket sikerülne olyan biztonságos térként megélniük, ahol alkalmuk van a kiteljesedésre pl. szívesen töltenek ott időt, mert el tudnak vonulni, tudnak egyedül is lenni, komfortos a számukra. Találkozhatnak a barátaikkal, közös tevékenységet csinálhatnak pl. zenehallgatás, sport, beszélgetés-lazulás-lógás, közös étkezés, akkor kevesebben mennének “házon kívülre”, hiszen az általuk preferált helyzeteket a “házon belül” is megélhetnék. Támogatjuk azokat a programokat, amik a neveltek bevonásával együtt gondolja újra a neveltek lakókörnyezetét. Az

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok igényeiknek és saját ötleteik alapján alakít ki közösségi tereket az intézményen belül úgy, hogy azok a lehető legalkalmasabbak legyenek a társas együttlétre, szabadidő eltöltésre és szükség szerint az egyéni elvonulásra is.

A Baranya MGYK szakembereinek a tapasztalatai alapján az egészségnevelési program akkor működhet hatékonyan, ha holisztikus szemléletű, irányítás helyett együttműködésre épít, együttműködik az egészségügyi szakemberekkel, nevelőkkel, civil szervezetekkel, külső segítőkkal, vérszerinti családokkal, valamint a nevelők képzésére megfelelő hangsúlyt fordít. A kezdeményezés fő irányvonalai lehetnek a pszichiátriai- és gyermekklinikával, valamint a szociális tevékenységet végző civil szervezetekkel való közös munka.

Fontos kérdés, hogy hogyan javíthatjuk a házon kívüli estéken a fiatalok egészségtudatos hozzáállását. Szabadidős programok, közösségi élet a házban, párkapcsolatokkal kapcsolatos egészséges működés ebben az életkorban kiemelten fontos és valószínűsíthetően szerepet játszik a „házon kívül” töltött idő egyik motívumaként, bár ez a kutatásban nem jelent meg, javasolt a következő kutatás során erre a változóra is kitérni

5.7 Érzelmi Intelligencia fejlesztése

Az Érzelmi Intelligencia fejlesztése fontos a gyermekek számára. Ennek fejlesztésével, hatékony problémamegoldó készségek elsajátításával sikeres felnőttekké válhatnak. Kutatások bizonyítják az érzelmi intelligencia kiemelt szükségét a munkaerőpiaci versenyhelyzetekben, innovatív területeken, de akár a gyermekneveléssel és családi élettel összefüggő sikeres élet kialakításában is.

Különböző szerepek elsajátítása fontos alapkészség a sikeres társadalmi kapcsolódásokhoz minden területen.

Egy másik válasz a fenti problémára a neveltek pszichológusi és mentálhigiénés támogatása.

A Baranya MGYK szakemberei elmondták, hogy a szakellátásba kerülő gyermekek elsősorban a családjukból kiemelésük traumája, a bizonytalanság érzése miatt igénylik az intenzív segítséget. A gyermekek eltérő történettel érkeznek a rendszerbe, többüknél felszínre kerülnek a szerhasználattal kapcsolatos tapasztalatok, problémák is. A pszichológus kollégák munkája hozzájárul a neveltek hatékonyabb beilleszkedéséhez, a hosszú távú pozitív változások megalapozásához és eléréséhez, valamint az egyes rossz szokások leküzdéséhez. A pszichológussal folytatott terápiák során a gyermekek megoldási stratégiákat kapnak az

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok életkörülményeik, esetenként függőségi helyzetük kezeléséhez. Fontos cél a pozitív változás iránti igény kialakítása a gyerekekben, a traumákból adódó feszültségek, szorongások és büntudat érzés oldása. A célzott terápiás foglalkozások a feszültségoldó célzatú szerkipróbálás, szerhasználat megelőzéséhez is hozzájárulnak. Az önismereti beszélgetések és relaxációs elmélyülések eme módszer esetében is kiemelten kezelendők.

A pszichológusok munkájuk során megterhelő gyermek-sorsokkal, pszichés problémákkal találkoznak. Fontos számukra a szakmai visszajelzési lehetőség, amely növeli segítő tevékenységük hatékonyságát. A pszichológusok munkacsoportja a szakmai dilemmáik tisztázásának, a világosabb és gyorsabb, releváns döntések meghozatalának, valamint a szakmai módszerek bővítésének kooperatív platformja.

5.8 Nevelőkkel és meghatározó felnőttekkel kapcsolatos fejlesztés

Írtunk már a neveltekkel kapcsolatban levő munkatársak gondozásának fontosságáról. De fontos újra hangsúlyozni, hogy ahhoz, hogy ebben a hivatásban ne égjenek ki a neveltekkel foglalkozó kollégák és valóban elég jó környezet tudjanak lenni a neveltek számára, úgy szükségük van arra is, hogy bizonyos programok őket célozzák meg!

A kiégés mellett gyakori a másodlagos traumatizáció jelensége is, ami leginkább segítő foglalkozásban dolgozó szakembereket érint. Többnyire mindenki találkozott már vele, aki ezen a területen dolgozik. A másodlagos traumatizáció az, amikor a gyermek vagy más kliens által elszenvedett traumát, a traumával folyó munka során a segítő szakember olyan mértékben és részletességgel ismer meg, hogy az a segítő számára is nehéz élménnyé válik. Kiemelten fontos ezért, hogy a segítő szakemberek folyamatos támogatást kapjanak. A támogatás formája többféle lehet ezen a területen, amely segít tudatosítani és leküzdeni ezt a hatást munkájuk során. A másodlagos traumatizáció más, mint a kiégés és megelőzése is már eszközöket igényel.

A Baranya MGYK figyel a szakemberekre és már több létező szolgáltatást is nyújt számukra. Az egyik ilyen a „Humán erőforrás fejlesztése” című projekt keretében a kollégák mentálhigiénés támogatást vehetnek igénybe. A szakembereknek lehetőségük nyílik szupervízió és esetmegbeszélő foglalkozásokon irányított csoportmunka mellett feloldani a hivatásból adódó nehézségeket. A 7 délutánt felölelő intenzív csoportszemináriumok aktív pszichés és csapatmunkát igényelnek a kollégáktól, de mindez hozzájárul fejlődésükhöz, a gyermekeknek nyújtott támasz stabilizálásához.

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

A művészetterápia jótékony hatásai is tükröződnek a fejlesztőpedagógusi munkacsoport tevékenységében. A rajz, a zene, a tánc, az írás, maga az alkotó folyamat nyugtatja a lelket és az elmét, gyógyító hatással bír. A terápia során az egyes irányvonalak összehangoltan jelennek meg, a cél a szabad önkifejezés, a kreativitás megélése. A rajzolás és festés révén komplex lelki működések tárulnak fel, melyek egyes esetekben utalhatnak például a függőségek okozta traumákra és nehézségekre. Ezek feldolgozását és megélését bármely egyéb művészi kifejezési forma jól támogatja. Ez a szakember által koordinált program közelebb hozza a szakmai stábot a gyermek lelkében lejátszódó érzelmi folyamatok és az elnyomott vagy eltitkolt történések megértéséhez, feltárásához. Az elmaradhatatlan alkotótáborok szintén a hasznos és élvezetes művészeti tevékenységekre hangolják a nevelt gyermekeket, kiemelten támogatva ezzel az összetett prevenciós folyamatokat.

Hogyan tudjuk még segíteni a szakembereket, nevelőket, nevelőszülőket, hogy biztos mintát nyújthassanak és a bizalom és biztonság forrásai legyenek a gyermekek számára? A legfontosabb, hogy minden szakember számára a munkaközösség egészséges és biztonságos legyen. Munkájukon kívül más tevékenységben is örömet leljenek és erre az intézmény is biztassa kollégákat. Ez lehet sporttevékenység, meditáció, éneklés, irodalom, horgászat, főzés, bármi egyéb tevékenység, amiben örömet lelnek. Fontos az intézmény éreztesse dolgozóival, hogy fontos munkát végeznek, számít a véleményük. Vannak példák arra, hogy anonim módon lehet javaslatokat tenni munkahelyeken, amelyeket megvalósítanak és kipróbálnak, ezzel erősítve a munkavállalókban értéküket és a meghallgatás jogát.

Fontos, a szakemberek továbbképzése az őket segítő területeken. Ajánlunk elérhető ingyenes internetes ismeretterjesztő kurzust, amely informálja a szakembereket a trauma tudatos gondozásról és a gyerekjogokról. A kurzus 2020 januártól indul, aktuálisan elérhető a care-path honlapján.

Feszültségredukáló programok, az intézmény pedagógusai rendszeres sportfoglalkozásokat tartanak a gyermekeknek. Csapatjátékok, kirándulások, tornaórák, gimnasztika, ügyességi és váltóversenyek teszik színesebbé a palettát. A mozgás jótékony hatásai ismeretesek, ilyen például a feszültségoldás és a testben végbemenő egészségmegőrző működések. A sport kiutat mutathat addiktív állapotokból, egy újfajta és nem ártó szenvedélyként jelenik meg a gyermekek életében.

6. ÖSSZEGRZÉS ÉS ANNAK FELMÉRÉSE, HOGY EGY-EGY DROGFOGYASZTÓ MILYEN TERHET JELENT A NEVELŐ KÖZEGRE (CSALÁD VAGY GYERMEKVÉDELMI INTÉZMÉNY) KÖRNYEZETE, AZ EGÉSZSÉGÜGY, ÉS A TÁRSADALOM RÉSZÉRE

Az, hogy egy-egy drogfogyasztó milyen terhet jelent a nevelő közegre, környezetre, az egészségügy és a társadalom részére az egy rendkívül összetett probléma. Az mindenesetre jól látszik, hogy Magyarországon a halálozási statisztikákat a szív és érrendszeri, illetve a különböző tumoros megbetegedések vezetik. Ezeknek jelentős része összefüggésbe hozható a nikotin és alkohol használattal. A szerhasználat pontos felderítésére a nagy arányú látencia miatt csak közelítő becslések készülnek, amelyek alapján elmondható, hogy közel nyolcszáz ezerre tehető az alkoholbetegek aránya, amely előre vetíti, hogy a legtöbb család érintett az alkoholhasználat kapcsán. Ezek a magas arányok azt jelentik, hogy a szenvedélybetegség kísérő tünetei, például diszfunkcionális családok, bántalmazó, elhanyagoló párkapcsolatok azokra is mérgezően hatnak, akik maguk nem használnak szenvedélyszereket.

A nevelő intézményekben is megjelennek a szenvedélyszereket használók okozta problémák. Az iskolai hiányzások, tanulási nehézségek, kriminalitás megjelenése egy adott intézményen belül, valós többlet költséggel jár az ott dolgozók és a kortársak szempontjából is. Fontos lenne, hogy minden iskolának és fiatalkorúakkal foglalkozó intézmény számára elérhetőek legyenek olyan speciális programok, amik úgy tudják segíteni a szenvedélyszerekkel élők egészségének óvását és beilleszkedését, hogy közben nem stigmatizálják őket.

A gyermekvédelmi szakellátásban ellátottak és a szakellátáson kívüli gyermekek és fiatalok szabadidő-eltöltési szokásai között nem találtunk szignifikáns különbséget. Összességében elmondható, hogy a többség számára a kortársi közegben töltött idő volt felül reprezentálva, a konkrét tevékenységek között nem volt komoly eltérés. Az akinek van okos eszköze az több időt tölt az online térben, mint, akinek nincs saját okos eszköze csak például asztali gépnél van lehetősége ilyet csinálni. Az előbbieket gyakran használják a különböző szociális media felületeket, ahol többnyire saját ismerőseikkel tartják a kapcsolatot, játszanak és különböző főleg video alapú tartalmakat fogyasztanak. A sport és a szabadban töltött idő aránya nagyban függ a család, az iskola vagy az adott intézmény lehetőségeitől, azok, akik csoportos módon vannak megszólítva, be van építve a napi, heti rutinjukba, azok nagyobb arányban töltenek időt testmozgással, mint akiknek egyedül kell ugyanezt megtenniük.

A Baranyai MGYK az elmúlt években partner szervezetek bevonásával számos szakmai műhely megrendezésére, esetmegbeszélő konferencia megvalósulására adott lehetőséget. Ennek sikerességét néhány nevelt sorsrendezése is igazolja. Az együttműködés eredményességét

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok alátámasztja a közösen megvalósított pályázatok hozadéka, valamint a folyamatban lévő projektek eredménye.

A problémát tehát érzékelték az intézményben, sőt megfelelő lépések is történtek a megoldás felé. Egyenlőre kis létszámú programokat kínáltak az intézmény neveltsjei számára, javasoljuk, hogy minél több gyermeket tudjanak elérni ezek a programok.

7. FELHASZNÁLT IRODALOM

Alföldi Ágnes Dóra: A családon belüli erőszak megítélése és megelőzésének eszközei a magyar és az európai uniós jogban. <http://jesz.ajk.elte.hu/alfoldi47.html>,

Bácskai Júlia: Az önismeret pszichológiája. Magazin kiadó, Budapest, 1993.

Buda Béla (2000): Iskolai mentálhigiéné - álmok, dilemmák, lehetőségek. In: Kézdi Balázs (szerk.): Iskolai mentálhigiéné tanulmányok. Pro Pannonia K.A., Pécs, 13 – 32. p.

Carepath Projekt: <https://carepath-project.eu/site/en/index.html>

A DSM-IV-TR diagnosztika kritériumai. Animula Kft., 2001.

Elekes Zsuzsanna, Paksi Borbála: A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol és drogfogyasztása In: Kapocs 5, 2005, 2-22 old.

Eszköztár prevenciós programok tervezéséhez és értékeléséhez. Drog Fókuszpont, Budapest, 2012.

Európai drogprevenciós minőségi standardok. Nemzeti Drog Fókuszpont, 2012.

Felvinczi Katalin: Iskola és egészségfejlesztés. In: Demetrovics Zsolt–Urbán Róbert–Kökönyei Gyöngyi (szerk.): Iskolai egészségpszichológia. L'Harmattan, Budapest, 2007. 29-43. p.

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

Felvinczi Katalin: Az iskola lehetőségei az egészségfejlesztésben. In: Máté Zsolt- Szemelyácz János: Az Iskolai szociális munka kézikönyve. INDIT, Pécs, 2009. 42-58. p.

Headey, B.–Scott, D.–de Vaus, D.: Domestic violence in Australia: Are women and men equally violent? Australian Social Monitor, 2. évfolyam, 3. szám. 1999. július

Straus, M.: Physical assault by wives, a major social problem. In Gelles, R. –Loseke, D. (szerk.): Current Controversies on Family Violence Newbury Park. 1993, Sage Publication

Iskoláskorúaknak szóló prevenciós programok. Forrás: <http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/prevencio/iskola/>,

Kalló Zsuzsa, Hegedűs Judit, Bihari Zsófia, Szécsi Judit: A gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználatai tapasztalatai és kezelésbe kerülésük jellemzői egy kvalitatív kutatás tükrében. In: Esély, 2019/1.

Kasik László: A szociális kompetencia fejlesztésének elmélete és gyakorlata. In: Iskolakultúra 2007/11-12, 21-37. p.

Forrás:http://epa.oszk.hu/00000/00011/00118/pdf/iskolakultura_EPA00011_2007_11_12_021-037.pdf,

Kasik László – Kelemen Rita: A szociális kompetencia fejlődésének és fejlesztésének elméleti alapjai. In: Hegedűs Gábor (szerk.): Progresszív pedagógiák gyakorlata. Projektpedagógia – projekt módszer XIII. Reálstúdió Oktatási és Kereskedelmi Bt., Kecskemét. 56–78. p.

Forrás: http://publicatip.bibl.u-szeged.hu/1335/1/KL_KR_2011.pdf,

Kemény Gábor: A családon belüli erőszak jogi prevenciója és büntetése a magyar jogrendszerben. In: Emlékkönyv Irk Albert Egyetemi Tanár Születésének 120. Évfordulójára (Szerk: Korinek László–Kőhalmi László–Herke Csongor), Studia Iuridica Auctoritate Universitatis Pécs Publicata, Pécs, 2004. 85. p.

Komáromi Éva: A kodependencia. In: Demetrovics Zsolt–Kun Bernadett (szerk): Az addiktológia alapjai IV. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010. 331- 387. p.

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

Kovács Eszter – Pikó Bettina: Az un. nem hagyományos kockázati és egészségvédő faktorok jelentősége. In: Pikó Bettina (szerk.): Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban. L'Harmattan, Budapest, 2010. 23-38 p.

Christoph Kröger-Heike Winter-Rose Shaw: Útmutató drog-prevenációs beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez. ITF, München, forrás:

http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fatt_78087_HU_EM_CDDA-manuals1-hu.pdf&ei=Y1TOU_7UNKvOygPu2oGQAQ&usg=AFQjCNH85YOG2i36--06PsvDgTz4Ffaj7g&sig2=2MhjWDET01eCvIHCo_JBbQ&bvm=bv.71198958,d.bGQ

Kun Bernadett és Demetrovics Zsolt: Intermittáló expozív zavar. In: Demetrovics Zsolt–Kun Bernadett (szerk.): Az addiktológia alapjai IV. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010. 107-122. p.

Kuszing Gábor–dr. Spronz Júlia–dr. Wirth Judit: Szakmai módszertani útmutató a párkapcsolati erőszak elleni hatékony fellépésre. NaNe Egyesület–PATENT Egyesület, Budapest, 2012.

Terje Manger, Ole-Johan Eikeland és Arve Asbjornsen: Effects of training on pupil's social skills. Research in Education, 2003, 7, 17–29. p.

Metzger Adél Andrea: „CSAT” Párkapcsolati erőszak prevenció program értékelése. 2017, Pécs, kézirat

Morvai Krisztina: Terror a családban. A feleségbántalmazás és a jog. Budapest, Kossuth Kiadó, 1998.

Németh Ágnes és Költő András (szerk.): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011.

Németh Eszter: Hozzá tartozók sérelmére elkövetett erőszakos cselekmények. 2012, KSH, Forrás: <http://www.ksh.hu/szamlap/életunk.html>;

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

Abraham M. Nussbaum, M.D.: DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2013.

Péli-Toóth Viktória dr.: Egy új divat, avagy komoly probléma-e a családon belüli erőszak?
Forrás: Magyar Bírói Egyesület honlapja, <http://www.mabie.hu/node/2161> ,

Paksi és Magi: Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok szerhasználata és a megelőzés lehetőségei Baranya Megyében, 2019, Budapest,

Péley Bernadette: Rítus és történet, beavatás és kábítószeres létezés mód, Új Mandátum Könyvkiadó, 2002, Budapest

Pikó Bettina: A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. In: Bíró Judit (szerk.): Biopolitika–Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószerfogyasztás megelőzéséről. L'Harmattan, Budapest, 2006. 81-101. p.

Pikó Bettina: A serdülőkori egészségmagatartás pozitív pszichológiai megközelítése. In: Demetrovics Zsolt–Urbán Róbert–Kökönyei Gyöngyi (szerk.): Iskolai egészségpszichológia. L'Harmattan, Budapest, 2007. 73- 89. p.

Posta János–Molnár Dániel: A dél-dunántúli általános- és középiskolás fiatalok attitűdváltozásainak komplex vizsgálata, Germ Humán Sz Bt, 2009.

Rácz József: Addiktológia - Tünettan és intervenciók. SEEFK, Budapest, 2001.

Ranschburg Jenő dr.: Félelem, Harag, Agresszió, Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 2008.

Ranschburg Jenő dr.: A meghitt erőszak, Saxum Kiadó Bt., 2006.

Sütőné Koczka Ágota: Szociális készségek fejlesztése kamaszkorban. Iskolapszichológia 2005/ 26. Trefort Kiadó, Budapest

Tóth Olga: A családon belüli, partner elleni erőszak. In:
<http://www.equalgender.eu/img/HU/file/tothoszerk.pdf>,

Dr. Szemelyácz János, Hegedűs Attila, Dóczi Eszter - Tanulmány, összegezés, jó gyakorlatok

Zsolnai Anikó: A szociális készségek és képességek diagnosztikus mérési lehetősége. In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában. Nemzeti Tankönyvkiadó Zrt., Budapest, 2011.

Zsolnai Anikó: A szociális készségek fejlesztésének lehetőségei gyermekkorban. In: Magyar Pedagógia 94. évf. 3–4. szám (1994)