



**Magyar
Addiktológiai
Társaság**

Hungarian Association on Addictions

A FŐVÁROSI DROGSTRATÉGIA ELKÉSZÍTÉSÉT MEGALAPOZÓ HELYZETFELMÉRÉS I.

A rendelkezésre álló adatok áttekintése,
a speciális céloknak megfelelő másodelemzése

2022. szeptember 10.

Készült a Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum megbízásából

SZERZŐK:

Arnold Petra

Bálint Réka

Csák Róbert

Csorba József

Fehér Richárd

Felvinczi Katalin

Paksi Borbála

Péterfi Anna

Szécsi Judit

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés (Paksi Borbála, Péterfi Anna, Felvinczi Katalin).....	6
A BUDAPESTI FELNŐTT, ILLETVE FIATAL FELNŐTT LAKOSSÁG DROGFOGYASZTÁSA (Készítette: Paksi Borbála)8	
A drogfogyasztás jellemzői a budapesti lakosság körében	8
A tiltott drog-használat és gyógyszer-fogyasztás alapján elkülöníthető látens csoportok a fővárosi fiatal felnőttek körében	15
A fővárosi drogfogyasztás időbeli és országos kontextusban	18
Nemzetközi kontextus	21
Felhasznált irodalom	24
Mellékletek	27
A BUDAPESTI ISKOLÁS SERDÜLŐK DROGFOGYASZTÁSA (Készítette: Arnold Petra).....	32
A budapesti serdülők drogfogyasztásának elterjedtsége és jellemzői	32
A budapesti serdülők drogfogyasztásának társadalmi és pszicho-szociális mintázata..	36
A budapesti serdülők körében jelentkező trendek	39
A budapesti serdülők drogfogyasztása országos kontextusban	40
Nemzetközi kitekintés	44
Összegzés	47
Felhasznált irodalom	48
Melléklet	50
BUDAPEST KERÜLETEIBEN KÉSZÜLT DROGEPIDEMIOLÓGIAI KUTATÁSOK SZISZTEMATIKUS ÁTTEKINTÉSE (Készítette: Arnold Petra & Fehér Richárd).....	52
Az elemzés célja, módszere	52
Kapcsolatfelvétel és kutatások gyűjtése	53
Budapest kerületeiben készült kutatások módszertani paraméterei	54
Budapest kerületeiben készült kutatásokban mért főbb prevalencia adatok a fővárosi eredmények kontextusában	56
Szakértői percepciók Budapest kerületeiben készült kutatások mentén.....	59
Felhasznált irodalom	60
Mellékletek	60
INTRAVÉNÁS SZERHASZNÁLAT, TÚCSERE PROGRAMOK ADATAI (Készítette: Csák Róbert & Csorba József Kornél)	70
A budapesti túcsereprogramok forgalmi adatai	71
Használt injekciós eszközök tartalmának toxikológiai vizsgálata	78
Nemzeti Szakértői és Kutató Központ vizsgálatai az injekciós tárgyakról	85
Felhasznált irodalom	86
Mellékletek	88
VÁROSI SZEGREGÁTUMOKBAN VÉGZETT KUTATÁSOK ADATAINAK BUDAPESTRE VONATKOZÓ RELEVANCIÁI (Készítette: Csák Róbert & Szécsi Judit)	90
Városi szegregátumi szerhasználók és velük dolgozó szakemberek (2018).....	91
Kőbányai átfogó felmérés (2019).....	95
Túcsere bezárás következményei Budapesten és Belgrádban (2018)	99
Felhasznált irodalom	107
Mellékletek	108
HAJLÉKTALAN EMBEREK DROGÉRINTETTSÉGE BUDAPESTEN (Készítette: Paksi Borbála)	117
A drogfogyasztás jellemzői a hajléktalan populáció körében Budapesten	117

A fővárosi hajléktalan populáció pszichoaktív szerhasználati szokásaiban megjelenő tendenciák	123
A hajléktalan populáció drogfogyasztása Budapesten és országosan.....	125
A fővárosi hajléktalan populáció drogfogyasztása az általános populáció kontextusában	128
A fővárosi hajléktalan populáció drogfogyasztása nemzetközi kontextusban	129
Felhasznált irodalom.....	130
Mellékletek	131
SZERHASZNÁLATI ÉS BESZERZÉSI SZOKÁSOK BUDAPESTI AKTÍV SZERHASZNÁLÓK KÖRÉBEN – AZ EURÓPAI ONLINE FELMÉRÉS A DROGHASZNÁLATRÓL 2021 EREDMÉNYEI TÜKRÉBEN (Készítette: Péterfi Anna)	
Bevezetés	133
Szerhasználati mintázatok a fővárosi aktív szerhasználók körében	134
Kannabiszhasználat jellemzői a fővárosi aktív szerhasználók körében	137
Beszerzési mintázatok a fővárosi aktív szerhasználók körében	139
Konklúziók	141
Felhasznált irodalom	142
Módszertan	142
KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ KEZELÉSI IGÉNY A FŐVÁROSBAN (Készítette: Péterfi Anna)	
Bevezetés – fogalmi és értelmezési keretek	146
A fővárosban kezelésbe lépő populáció jellemzői.....	148
A kezelésbe lépő populáció jellemzői a kezelésbe kerülés módja szerint (eltereltek és nem eltereltek)	154
A magyarországi kezelésbe lépő populáció jellemzői nemzetközi kontextusban	156
Konklúziók	159
Felhasznált források	160
KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS ÉS JOGI KERETEK (Készítette: Bálint Réka).....	
Bevezető	162
Kábítószer-bűnözés jogi szabályozásainak összehasonlítása (V4 országok és Ausztria)	163
Kábítószer-bűnözésre vonatkozó statisztikai adatok	166
Konklúziók	173
Felhasznált források:	173
A PSZICHOAKTÍV SZERHASZNÁLATTAL ÉS SZERHASZNÁLÓKKAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSOK (KÉSZÍTETTE: Felvinczi Katalin & Paksi Borbála).....	
Bevezetés	174
A pszichoaktív szerhasználókkal és szerhasználattal kapcsolatos egyes attitűddimenziók mentén nyert adatok	174
A pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások változása a magyarországi felnőtt népesség körében	181
A magyarországi felnőtt népesség pszichoaktív szerhasználattal/szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulásai nemzetközi kontextusban.....	184
Főbb megállapítások	191
Felhasznált irodalom.....	193
Mellékletek	194
A BUDAPESTEN ELÉRHETŐ PREVENCIÓS PROGRAMOK (Készítette: Paksi Borbála).....	
Fogalmi keretek	201
A prevenciós szintéren jelenlévő fővárosi szolgáltatók.....	203

A fővárosban kínált prevenciós beavatkozások jellemzői	204
A prevenciós szervezetek és beavatkozások országos kontextusban	217
A fővárosi prevenciós kínálat változása az elmúlt 15 évben	222
Felhasznált irodalom	223
Mellékletek	225
FOGALOMTÁR	20130

Bevezetés

(Paksi Borbála, Péterfi Anna, Felvinczi Katalin)

A Fővárosi Önkormányzat felkérésére 2022-ben elindult egy szisztematikus tevékenység, melynek célja, hogy elkészüljön a fővárosi drogstratégia. A stratégia egy átfogó szakmapolitikai program, ami optimális esetben szakszerű módszertant alkalmazó helyzetfelmérésen (tehát a megismerhető tényeken) alapul, megjelenik benne egy egységes és szakmailag megalapozott szemlélet, ami utóbb a cselekvési tervek révén válik a gyakorlatba átültethetővé. Minden stratégia annyit ér, amennyi megvalósul belőle. A megvalósíthatóság egyik megkerülhetetlen feltétele, hogy a rendelkezésre álló eszközök segítségével feltárjuk a valóságot. Jelen tanulmánygyűjtemény korábban lezajlott kutatások áttekintése és másodelemzése révén arra törekszik, hogy a fővárosi drogstratégia elkészítéséhez megbízható információval lássa el a döntéshozót. A kábítószerprobléma szektorokon átívelő társadalmi jelenség, kezelése kihívást jelent mind a döntéshozó, mind pedig a területen dolgozó szakemberek számára. A tanulmánygyűjtemény ezen társadalmi jelenség jellemzésére tesz kísérletet a probléma jellemzésére alkalmas indikátorok mentén.

A társadalmi jelenségek szinte mindegyikének többféle arculata, és értelmezésének sokféle nézőpontja van. A megismerésükre irányuló különféle törekvések mentén kapott információk a jelenségek különböző olvasatait adják. Minden mutató, minden jelzés hordozza valamilyen módon a jelenség valamelyik arculatának az igazságát, s bizonyos szempontból az egyik, más szempontból a másik „igazság”, szemlélet válik érvényesebbé, és/vagy fontosabbá.

Nincs ez másként az addikciók elterjedtségének, jellemzőinek feltárása kapcsán sem. Mint általában társadalmi jelenségek megismerése esetében, ezeknek a magatartásoknak a becslésekor is számos indikátor mentén kell tájékozódunk, s a különböző indikátorok értelmezése – többek között e magatartások többnyire rejtőzködő volta miatt – nem tartozik a könnyű feladatok közé.

Az egyén szerhasználatának kihatása lehet az egyén egészségére és szociális helyzetére, a hozzátartozóira, a közösségre, amiben él, és a társadalomra, melynek tagja. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (továbbiakban EMCDDA) 5 epidemiológiai kulcsindikátort dolgozott ki, melyek mentén megragadhatóvá teszi a szerhasználat, mint közegészségügyi probléma elterjedtségét és jellegzetességeit, valamint annak következményeit.

1.táblázat: Az EMCDDA által kidolgozott 5 epidemiológiai kulcsindikátor

Indikátor	Célja	Eszközei
Általános populációs vizsgálatok (General Population Surveys – GPS)	A szerhasználat elterjedtségének és mintázódásának meghatározása a lakosság és az iskolás populáció körében	Egységesített kérdőívek és vizsgálati módszertan (European Model Questionnaire, ESPAD)
Problémás szerhasználat (Problem Drug Use – PDU)	Problémás szerhasználó populációk méretének meghatározása	Becslési eljárások
Kezelési igény indikátor (Treatment Demand Indicator – TDI)	A kábítószer-használattal összefüggő kezelési igény mintázódásának és alakulásának meghatározása	Kezelési Igény Indikátor kérdőív és protokoll
Szerhasználattal összefüggő fertőző betegségek (Drug Related Infectious Diseases – DRID)	A fertőző betegségek és az azokkal összefüggő kockázati magatartások elterjedtségének meghatározása a veszélyeztetett populációkban	Vizsgálati útmutatók és bio-magatartás kérdőívek
Szerhasználattal összefüggő halálozás (Drug Related Death – DRD)	A szerhasználattal közvetlenül összefüggő halálozás alakulásának és mintázódásának meghatározása	DRD kérdőív

Ahhoz, hogy különböző országok különböző jogrendszerére, ellátórendszerére is alkalmazható standardizált indikátorokat határozzunk meg, elengedhetetlen a jelenséget bizonyos szinten leegyszerűsítő keretrendszert létrehozni. A mérőeszközök így sokszor egy absztrakt meghatározás mentén ragadnak meg egy-egy jelenséget, mely értelmezéséhez fontos megértenünk, hogy az adott mérőeszköz alkalmazásából kapott eredmények a jelenséget – ez esetben a szerhasználat jelenségét – mely perspektívából és milyen korlátokkal képesek megragadni.

A BUDAPESTI FELNŐTT, ILLETVE FIATAL FELNŐTT LAKOSSÁG DROGFOGYASZTÁSA

(Készítette: Paksi Borbála)

Magyarországon először 2001-ben készült célzottan a felnőtt lakosság pszichoaktív-szerhasználatának feltárására irányuló epidemiológiai vizsgálat (Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat [ADE] 2001: Paksi, 2003), majd ezt követően további négy alkalommal zajlottak az általános populációban a különböző addiktológiai problémák vizsgálatára irányuló, a nemzetközi standardokat leképező epidemiológiai kutatások: az ADE 2003 (Elekes & Paksi, 2004), az Országos Lakossági Vizsgálat Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2007 (Paksi, Rózsa, Kun, Arnold & Demetrovics, 2009), az OLAAP 2015 (Paksi, Demetrovics, Magi & Felvinczi, 2017) és az OLAAP 2019 (Paksi & Demetrovics, 2021). A magyarországi felnőtt népesség drogfogyasztásának alakulásáról megbízható információkkal szolgáló kutatássorozat legutóbbi, 2019-ben készült adatfelvételének – többek között település méret szerint is arányos – 1385 fős országos mintája mindössze 224 budapesti lakost tartalmazott, ami a 18-64 éves fővárosi népesség droghasználatának csak nagyon korlátozott, mindössze a legfontosabb összevont mutatók mentén való jellemzését teszi lehetővé. Részletesebb adatokkal és elemzési lehetőségekkel – az OLAAP kutatás módszertanával nagymértékben megegyező – a 1984 és 2000 között született fővárosi fiatal felnőttek reprezentatív mintáján zajló Budapesti Longitudinális Kutatás (BLS-FF)¹ 2019-ben, valamint 2020-ban készült adatfelvételei szolgálnak².

A drogfogyasztás jellemzői a budapesti lakosság körében

A tiltott-drogfogyasztás elterjedtsége a budapesti lakosság körében

A tiltott-drogfogyasztás elterjedtségének összevont mutatói

Az OLAAP kutatás adatai szerint a 18–64 éves fővárosi népesség 7,2%-a ($\pm 3,4^3$) fogyasztott valaha az élete során valamilyen tiltott drogot, az elmúlt évben 1,3%-uk ($\pm 1,5$), az elmúlt hónapban pedig 0,9%-uk ($\pm 1,2$) használt⁴. A fővárosi felnőtt népességben az élet- és éves prevalencia-érték tekintetében szignifikáns – bár csak gyenge hatásméretű – mintázódás figyelhető meg: a férfiak az életük során és a közelmúltban is nagyobb arányban használnak tiltott drogot, mint a nők (1. táblázat).

¹ <https://www.bls2018.hu/> A kutatás a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (KKP126835) támogatásával zajlik. A BLS-FF a Budapesti Longitudinális Kutatás Fiatal Felnőtt mintáján készülő rész kutatás rövidítése.

² Az OLAAP 2019 és a BLS kutatás módszertani háttérének összefoglalása a tanulmány mellékletében található.

³ A zárójelben a mért prevalencia értékhez 95%-os megbízhatósági szinten tartozó konfidencia intervallumot tüntettük fel. A fogalom részletesebb magyarázata megtalálható a Fogalomtárban.

⁴ A 18-64 éves budapesti népességre vonatkozó éves- és havi prevalencia adatok konfidencia-intervalluma eléri a 0 értéket (1. táblázat), ami az adatok óvatos használatára int bennünket (a vonatkozó táblázatokban ezeket a bizonytalan adatokat dőlt betűvel jelezzük). Az éves adatok bizonytalansága miatt az azt érintő további mutatókat (folyamatos használat, problémás droghasználat jelenléte) nem mutatjuk be az 1. táblázatban (megjegyezzük, hogy problémás használatot jelzőkkel nem találkoztunk a fővárosi mintában).

A BLS 2019 kutatás eredményei alapján a budapesti 18–34 éves népesség körében a tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke 17,3% ($\pm 1,2$). Az elmúlt évben 5,5%-uk ($\pm 0,7$), az elmúlt hónapban pedig 3,7%-uk ($\pm 0,6$) használt valamilyen tiltott szert. Drogfogyasztásához kapcsolódóan a fővárosi fiatal felnőttek 2,6%-a ($\pm 0,5$) jelzett valamilyen problémát, a problémás droghasználat kockázatának a jelenléte⁵ pedig 0,9% ($\pm 0,3$) esetében volt azonosítható. A valaha illegális drogot használó fővárosi fiatal felnőttek közel egyharmada (32,6%; $\pm 3,7$) az elmúlt évben (is) használt tiltott szert (1. táblázat), s az elmúlt évben használók közel fele (46,4%; $\pm 6,8$; N=205) jelzett a drogfogyasztásával összefüggésben legalább egy problémát, 16,0%-uk ($\pm 5,0$; N=205) esetében pedig valószínűsíthető a problémás droghasználat jelenléte.

A budapesti fiatal felnőttek körében a tiltott szerek használatára vonatkozó különböző idejű prevalencia-értékek rendre 95%-os megbízhatósági szinten meghaladják a fővárosi 18-64 éves felnőtt populációban mért értékeket: az életprevalencia-érték több mint kétszeres, a közelmúltbeli és az aktuális használók aránya pedig mintegy négyszer nagyobb a budapesti fiatal felnőttek körében.

A fővárosi fiatal felnőttek esetében szinte minden vizsgált mutató tekintetében rendre megjelenik egy nagyon gyenge, de szignifikáns nemi mintázódás: a férfiak az életük során, a közelmúltban (előző évben) és aktuálisan (előző hónapban) is valamelyest nagyobb arányban használnak tiltott drogokat, mint a fővárosi fiatal felnőtt nők. Szintén alacsony hatásméret mellett, de a fővárosi fiatal felnőtt férfiak körében szignifikánsan nagyobb a droghasználattal összefüggő problémák megjelenése, illetve a problémás droghasználat kockázatának jelenléte is a fővárosi fiatal felnőtt nőkhöz képest. A budapesti fiatal felnőttek esetében egyedül a folyamatos használat mutatói tekintetében nem találtunk szignifikáns nemi különbségeket (1. táblázat).

1.táblázat: A tiltott droghasználat elterjedtségének főbb összesített mutatói a 18–64 éves és a 18-34 éves budapesti lakosság körében (a válaszolók %-ában)

	férfiak		nők		összesen		
	N	%	N	%	N	%	CI
18-64 éves budapesti lakosság körében (az OLAAP 2019 alapján)							
Tiltott drogok ⁶ életprevalencia (LTP)**	105	12,4	120	2,5	225 ⁷	7,2	$\pm 3,4$
Tiltott drogok éves prevalencia (LYP)*	104	2,9	120	0,0	224	1,3	$\pm 1,5$
Tiltott drogok havi prevalencia (LMP)	104	1,9	120	0,0	224	0,9	$\pm 1,2$

⁵ A kutatás során a problémás droghasználat előfordulását az Addikció Súlyossági Skála (Severity of Dependence Scale, SDS) segítségével mértük (Ferri et al., 2000; Gossop et al., 1995; Gossop et al., 1997) azok körében, akik a kutatást megelőző 12 hónapban használták a vizsgált tiltott drogok valamelyikét. A szakirodalom az SDS esetében csak különböző szerspecifikus határértékeket ad meg (Kaye & Darke, 2001; Lawrinson, Copeland, Gerber & Gilmour, 2007; Swift, Copeland & Hall, 1998; Topp & Mattick, 1997). Tanulmányunkban bármilyen tiltott drog kapcsán vizsgáljuk a problémás használat előfordulását, s a problémás droghasználat jelenlétének megállapítása az átlag (1,55) plusz a 1 szórás (2,34) alapján megállapított határérték alapján történt. Azokat tekintettük problémás használónak, akik esetében az SDS összpontszáma meghaladta a 3,9-et.

⁶ Az OLAAP és a BLS kutatás is a következő tiltott drogokat vizsgálta: marihuána/hasis, szintetikus kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, új stimulánsok, heroin, más opiátok, metadon orvosi rendelvény nélkül, LSD, mágikus gomba, GHB, intravénás drog, más drog. A prevalencia értékek számítása során az EMQ (EMCDDA 2002) ajánlásainak megfelelően felmenő rendszerű inkonzisztencia korrekciót végeztünk.

⁷ A súlyozás miatt előfordulhat, hogy az esetszám (N) kismértékben meghaladhatja a súlyozatlan nettó fővárosi almintá nagyságát.

	férfiak		nők		összesen		
	N	%	N	%	N	%	CI
18-34 éves budapesti lakosság körében (a BLS 2019 alapján)							
Tiltott drogok életprevalencia (LTP) ***	1752	22,5	1899	12,4	3651	17,3	±1,2
Tiltott drogok éves prevalencia (LYP) ***	1742	7,7	1897	3,5	3639	5,5	±0,7
Tiltott drogok havi prevalencia (LMP) ***	1743	5,4	1895	2,2	3639	3,7	±0,6
Legalább egy problémát jelzők ***	1746	4,5	1897	0,9	3643	2,6	±0,5
Problémás droghasználat kockázatának jelenléte ***	1746	1,5	1896	0,4	3643	0,9	±0,3
Folyamatos fogyasztási ráta ^{8*}	386	35,0	234	28,6	620	32,6	±3,7
Folyamatos ráta incidencia nélkül ⁹	385	30,9	234	24,4	620	28,5	±3,6
<i>Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum A nemek szerinti különbségek szignifikancia szintje: ***p<0,001; **p<0,05; *p<0,1 Adatok forrása: Paksi & mtsai, 2021</i>							

Szerstruktúra

A fővárosi 18-64 éves felnőtt népességben az OLAAP 2019 kutatás fővárosi almintájának alacsony esetszáma csak főbb szercsoportok szerinti összesítésben teszi lehetővé a szerstruktúra vizsgálatát. A vizsgált szercsoportok közül a budapesti felnőtt lakosság körében legtöbbször kannabisz-származékokat fogyasztottak eddig életük során (5,8%; ±3,1), ami a mérés standard hibáját figyelembe véve megegyezik a kannabiszon kívüli más tiltott drogok valamelyikét használók együttes arányával (3,6% ±2,4). Az egyéb tiltott drogok között a konfidencia intervallumokat is figyelembe véve a fővárosi felnőttekre sorrendiség nem állapítható meg, mindazonáltal a mért prevalencia-értékek alapján a leginkább népszerűnek stimulánsok kipróbálása tűnik (2,3% ±2,0), a hagyományos stimulánsokat (ecstasyt és/vagy amfetamint és/vagy kokaint és/vagy cracket) fogyasztók mért aránya pedig megegyezik új pszichoaktív szereket kipróbálókéval, s a sort a kis mintán csak nagy bizonytalansággal mérhető¹⁰ hallucinogének és opiátok zárják. (2. táblázat).

A fővárosi fiatal felnőttek körében kapott életprevalencia-értékek a legnépszerűbb szercsoportok esetében 95%-os megbízhatósági szinten meghaladják a fővárosi felnőtt populációban mért értékeket: a 18–34 éves fővárosi népesség körében egyértelműen – három és fél-négyszer – elterjedtebb a kannabisz, valamint összességében a kannabiszon kívüli más tiltott drogok kipróbálása is. Az egyéb drogokon belül képzett szercsoportok közül azonban csak a stimulánsok (hagyományos és összes) esetében mutatkozik meg hibahatáron túl a fiatal felnőttek nagyobb érintettsége. Az új pszichoaktív szereket, a hallucinogének és az opiátok esetében azonban csak hibahatáron

⁸ A folyamatos fogyasztási ráta azt mutatja, hogy a valaha fogyasztók között milyen arányban (%) vannak azok, az elmúlt évben (is) használtak valamilyen drogot (EMCDDA, 1999; Paksi, 2007). Kiszámítása: (éves prevalencia / életprevalencia) × 100.

⁹ A folyamatos fogyasztási ráta incidencia nélkül a valaha használók közül azok aránya, akik az elmúlt évben is használtak és legalább egy évvel az adatfelvételt megelőzően fogyasztottak először valamilyen drogot (EMCDDA, 1999; Paksi, 2007). Kiszámítása: [(éves prevalencia – új belépők aránya) / életprevalencia] × 100.

¹⁰ A konfidencia intervallum a fővárosi felnőtt népesség mintájában a 1,8%-nál kisebb prevalenciaértékek esetében eléri a 0 értéket, így az 1,8 alatti mért értékek nagy óvatossággal kezelendők (ezeket a 2. táblázatban dőlt betűvel szedtük).

belüli eltérések mutatkoznak a fővárosi fiatal felnőttek és a 18–64 éves budapesti populáció életprevalencia-értékei között (2. táblázat).

2.táblázat: A főbb szercsoportok összesített mutatói a 18–64 éves (az OLAAP 2019 alapján) és a 18-34 éves (a BLS 2019 alapján) budapesti lakosság körében (a válaszolók %-ában)

	18-64 éves fővárosi lakosság			18-34 éves fővárosi lakosság		
	N	%	CI	N	%	CI
Kannabisz származékok LTP	225	5,8	±3,1	3804	13,2	±1,1
Kannabiszon kívül más tiltott drogok LTP	225	3,6	±2,4	3644	8,4	±0,9
Hagyományos stimulánsok ¹¹ LTP	225	1,8	±1,7	3804	6,3	±0,8
Stimulánsok összesen ¹² LTP	225	2,3	±2,0	3804	7,0	±0,8
Új pszichoaktív szeret (NPS) ¹³ LTP	225	1,8	±1,7	3804	2,9	±0,5
Hallucinogének összesen ¹⁴ LTP	225	0,9	±1,2	3804	1,2	±0,3
Opiát összesen ¹⁵ LTP	225	0,5	±0,9	3804	0,5	±0,2

Megjegyzés: N = válaszolók száma;
CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum
Adatok forrása: Paksi & mtsai, 2021

A budapesti fiatal felnőttek körében a szercsoportok népszerűsége mellett a szerenkénti életprevalencia-értékek is vizsgálhatók. Ennek alapján különösen is messze a legnépszerűbb marihuána/hasis (13%; ±1,1) az utána következő legtöbbször által kipróbált drog az ecstasy – ami szintén kiemelkedik a mezőnyből – életprevalencia-értéke (5,1%; ±0,7) mintegy nyolc százalékponttal elmarad a kannabisztól. Ettől 95%-os megbízhatósággal alacsonyabb elterjedtséggel a harmadik helyen van a 18–34 éves fővárosi népesség szerkezetében az amfetamin (2,5%; ±0,5), majd – a mérés standard hibáját figyelembe véve – holtversenyben a negyedik helyen szerepelnek a dizájner stimulánsok (1,8%; ±0,4), a szintetikus kannabinoidok (1,6%; ±0,4), valamint a kokain (1,5%; ±0,4). A többi szer életprevalencia-értéke a fővárosi fiatal felnőttek körében sem éri el az 1%-ot (1. ábra).

A tiltott szerek közelmúltbeli használata tekintetében gyakorlatilag az életprevalencia-értékek alapján kirajzolódó szerkezetet látjuk megisméltetni (1. ábra). Az elmúlt évben marihuánát/hasist használók körében megvizsgáltuk a kannabiszhasználattal összefüggő problémák jelenlétét is¹⁶, melynek alapján az elmúlt évben marihuánát/hasist használó fővárosi fiatal felnőttek közel egyharmada (29,2%; ±7,6) kockázatos kannabiszhasználónak mondható (ez a fővárosi fiatal felnőtt lakosság 1,1%-a; ±0,3).

¹¹ ecstasy és/vagy amfetamin és/vagy kokain és/vagy crack

¹² ecstasy és/vagy amfetamin és/vagy kokain és/vagy crack és/vagy új stimulánsok

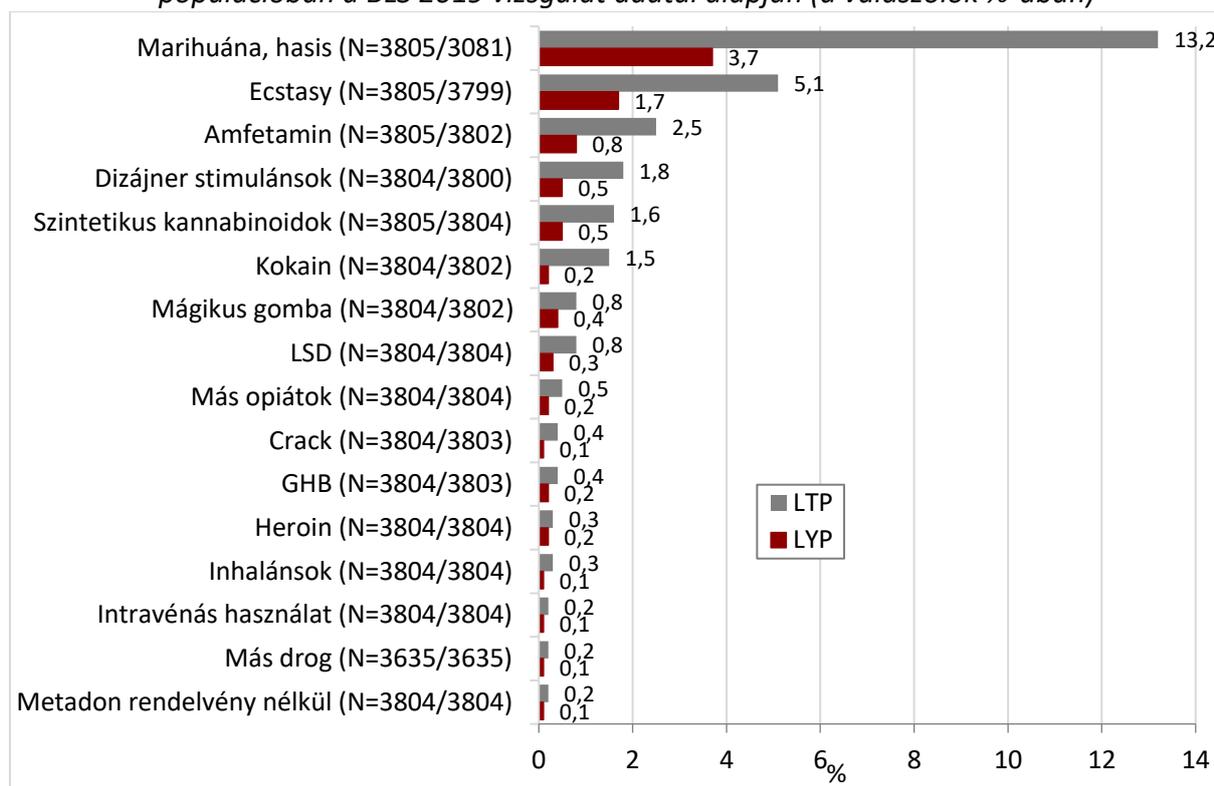
¹³ szintetikus kannabinoidok és/vagy dizájner stimulánsok

¹⁴ LSD és/vagy mágikus gomba

¹⁵ heroin és/vagy egyéb opiát és/vagy metadon rendelvény nélkül

¹⁶ A kutatás során a problémás kannabiszhasználat előfordulását a Kannabisz-visszaélést szűrő kérdéssor (Cannabis Abuse Screening Test, CAST) segítségével mértük (Gyepesi et al., 2013; Legleye et al., 2007).

1. ábra: Szerenkénti élet- (LTP) és éves (LYP) prevalencia-értékek a budapesti a 18–34 éves populációban a BLS 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók %-ában)



N = a budapesti fiatal felnőtt válaszolók száma (LTP/LYP)

Adatok forrása: Paksi & mtsai, 2021

Egyes drogok elterjedtségének becsült aránya a budapesti fiatal felnőttek körében

Az elmúlt években Magyarországon végzett drogepidemiológiai vizsgálatok megbízhatósági és érvényességi paramétereiben jelentkező tendenciák arra utalnak (Paksi & mtsai, 2009, 2017, 2021; Paksi & Pillók, 2021), hogy általános populációban készült az önbevallásos vizsgálatok a drogfogyasztás fokozottan torzított becslését teszik lehetővé. Hasonló tendenciákat tapasztaltak más országokban is, például Grúziában Kirtadze és munkatársai (2016, 2018). A prevalenciaértékek torzítottságának csökkentésre irányuló drogepidemiológiai kutatások (Kirtadze et al., 2016, 2018) terén fellelhető törekvések, valamint más érzékeny magatartások terén szerzett hazai tapasztalatok (Bornemisza & Csepeli, 1998; Semjén & Tóth, 2004) alapján az OLAAP 2019 és a BLS 2019 kutatások mi is kísérletet tettünk a becslés javítására. A leginkább elterjedt pszichoaktív szerek / szerhasználó magatartások¹⁷ esetében az elterjedtség becslésére szokásosan alkalmazott direkt kérdéseket kiegészítettük egy speciális, ún. véletlenítési eljárás (Randomized Response Method - RRM) alapuló, a kérdezett számára a válaszaik álcázását, válaszuk rejtve maradásába vetett bizalmát növelni hivatott kérdéssorral¹⁸.

¹⁷ Marihuána/hasis, szintetikus kannabinoidok, ecstasy és amfetamin kipróbálása; marihuána/hasis közelmúltbeli használata.

¹⁸ A Randomized Response Method (RRM) eljárás (Warner, 1965; Fox & Tracy, 1984; Rudas, 1979; Pillók, 2010; Umesh & Peterson, 1991) lehetséges technikái közül a Moors (1971) által kidolgozott ún. független kérdéses elrendezés (*Unrelated Question Design*) Folsom és munkatársai (1974) által továbbfejlesztett változatát alkalmaztuk. A kutatás során alkalmazott konkrét kérdések megtalálhatók a Paksi és Demetrovics (2021) által szerkesztett kötet 1.5. mellékletében, a számítási metódus leírása pedig Paksi és Pillók (2021) tanulmányában.

A fővárosi fiatal felnőttek körében¹⁹ az RRM kérdések segítségével becsült életprevalencia-értékek rendre jelentős mértékben meghaladják a hagyományos direkt kérdezési módszerekkel mért értékeket. A marihuána-/hasis-életprevalencia esetében látható a legkisebb eltérés a direkt kérdéssel mért érték és a becslés között, de még ebben az esetben is a becsült életprevalencia érték több mint másfélszerese (1,8-szorosa) a direkt kérdéssel mértnek. Hasonló arányú, mintegy kétszeres különbségeket látunk az ecstasy és az amfetain életprevalencia-értékei, valamint a marihuána/hasis éves prevalencia-értéke esetében is. A szintetikus kannabinoidok esetében pedig kiemelkedően magas, közel 15-szörös az eltérés: a direkt kérdés alapján a fővárosi fiatal felnőttek 1,5%-a ($\pm 0,6$), a becslés alapján pedig 22,3%-a ($\pm 1,9$) fogyasztott már élete során szintetikus kannabinoidot (3. táblázat).

3.táblázat: Különböző tiltott drogok elterjedtségének mért és becsült aránya a 18–34 éves budapesti népesség körében (a BLS 2019 vizsgálat alapján, a válaszolók %-ában)

EMQ kérdés	A fogyasztók mért aránya	N/N _R	A fogyasztók becsült aránya
	% (CI)		% (CI)
Eddigi élete során kipróbálta-e már a marihuánát, hasist ?	14,0 (12,4–15,6)	1868/955	25,1 (23,2–27,0)
Az elmúlt 12 hónapban fogyasztott-e marihuánát, hasist ?	3,9 (3,0–4,8)	1866/955	7,9 (6,6–9,1)
Eddigi élete során kipróbálta-e már a szintetikus kannabinoidokat ?	1,5 (0,9–2,1)	1868/954	22,3 (20,4–24,2)
Eddigi élete során kipróbálta-e már az ecstasyt ?	5,4 (4,4–6,4)	1868/955	10,6 (9,3–12,0)
Eddigi élete során kipróbálta-e már az amfetamint ?	2,7 (2,0–3,4)	1868/955	6,3 (5,3–7,4)

Megjegyzés: N = a direkt prevalencia-kérdésre válaszolók száma; N_R = prevalencia-kérdésre válaszolók száma az RRM eljárás estében; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum
Adatok forrása: Paksi & mtsai, 2021

A hagyományos direkt kérdezési módszerekkel mért prevalencia értékek tehát a fővárosi fiatalok körében jelenlévő valódi prevalencia-értékeket szerenként eltérő mértékben, de jelentősen alulbecslik. Ez egyrészt azt jelzi, hogy a mérthez képest budapesti fiatal felnőttek tényleges szerhasználati prioritásaiban szintetikus kannabinoidok a marihuánával/hasissal azonos szerepet kapnak. Másrészt arra is felhívja a figyelmet, hogy a drogstratégia készítése során a beavatkozások volumene tekintetében a hagyományos eszközökkel dolgozó kutatások alapján becsülhető prevalenciaértékekhez képest legalább másfélszer-kétszer nagyobb célpopulációval kell számolni.

Az első droghasználat életkora a budapesti felnőtt és fiatal felnőtt lakosságban

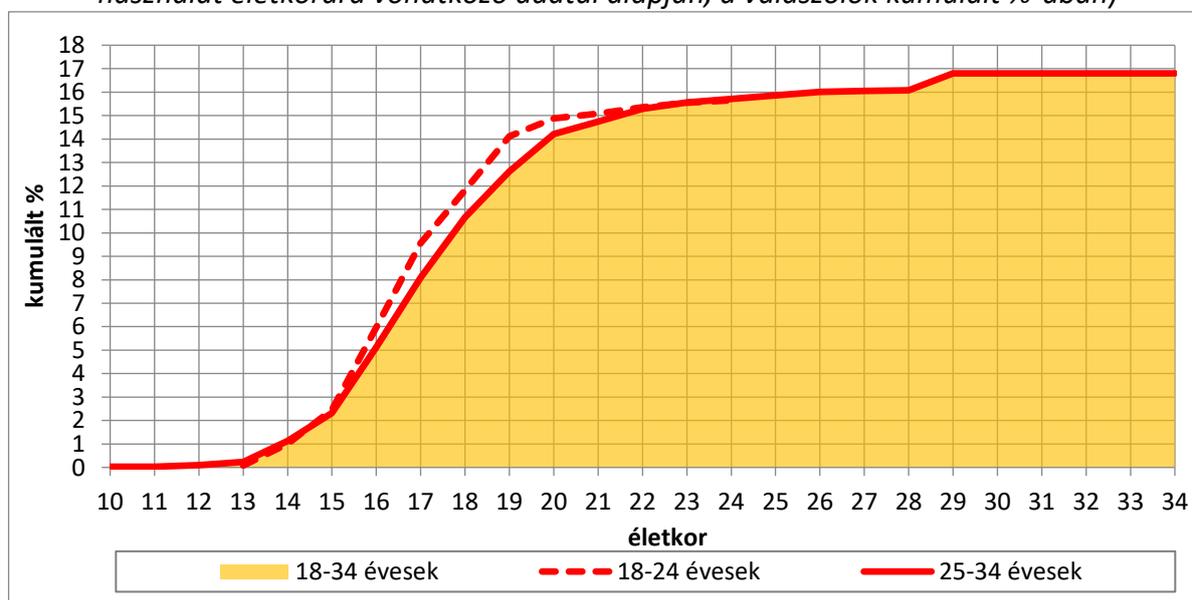
A tiltott drogokkal való első találkozás a budapesti felnőtt népességben átlagosan 18,3 (szórás: 2,2) évesen történt. A valaha fogyasztó fővárosi felnőttek közel fele (45,7%) 18 évesen, vagy azt megelőzően, háromötöde (61,5%) pedig 19 éves korára volt túl az első tiltott drog-fogyasztáson. A kipróbálás leggyakrabban (30,7% esetében) azonban 20 éves korban történt.

¹⁹ Az OLAAP kutatás alacsony fővárosi elemszáma miatt a becslés csak a fiatal felnőttekre vonatkozó BLS adatbázis alapján végezhető el.

A fővárosi fiatal felnőttek körében a tiltott drogokkal való első találkozás átlagosan a felnőttekhez hasonló életkorban, 17,8 (szórás: 2,6) évesen történt. Azonban a fiatalok esetében az első használat módusza és mediánja is alacsonyabb. A valaha fogyasztó budapesti fiatal felnőttek fele (50,2%-a) már 17 évesen túl volt az első tiltott drog-fogyasztáson, kétharmaduk (66,2%) 18 évesen vagy azt megelőzően, közel négyötödük (78,3%) pedig 19 éves koráig kipróbált valamilyen tiltott drogot. A legtöbben 17 éves korukban fogyasztottak először tiltott drogot.

A fővárosi fiatal felnőttek vonatkozóan az első tiltott drog-fogyasztás életkora alapján felrajzolt kumulált prevalencia-görbe²⁰ (2. ábrán a drogokkal valaha kapcsolatba került populációt megjelenítő sárga területet) azt mutatja, hogy a 2019-ben 18–34 éves budapesti népesség körében a tiltott drog kipróbálás 10 éves korban kis kockázattal ugyan, de megjelent, majd 14 éves kortól a kockázat intenzív növekedést mutatott, 20 éves korig évente átlagosan 2,0%-kal emelkedett a tiltott drogok kipróbálásának a kockázata, ezen belül 16, 17 és 18 éves korban megközelítette a 3%-ot. 20 éves kor felett a kockázat jelentősen mérséklődött: 21–26 éves kor között évente kevesebb mint fél százalék (átlagosan 0,3%/év) volt, majd 26 éves kor után gyakorlatilag megszűnt (mindössze négy esetben tapasztaltunk ennél idősebb korban történő első használatot). A fiatal felnőttek két korosztályára külön-külön felrajzolt görbék alapján pedig azt láthatjuk, hogy a 18–24 éves felnőtt népesség kockázati görbéje gyakorlatilag megegyezik a 25–34 évesek kockázati görbéjével.

2.ábra: A tiltott drog-használat kumulált prevalencia-görbéje a 18–34 éves fővárosi fiatal felnőttek körében összességében és az egyes korcsoportokban (a BLS 2019 vizsgálat első használat életkorára vonatkozó adatai alapján, a válaszolók kumulált %-ában)



Adatok forrása: Paksi & mtsai, 2021

A gyógyszer-fogyasztás elterjedtsége a budapesti lakosság körében

A fővárosi felnőtt népesség 5,0%-a ($\pm 2,8$) fogyasztott életében valaha orvosi rendelvényre vagy anélkül nyugtatót vagy altatót. Rendelvény nélkül 4,2% ($\pm 2,6$),

²⁰ A 18-64 éves felnőttek fővárosi mintájának alacsony esetszáma miatt a kumulált prevalencia-görbét csak a budapesti fiatal felnőttekre tudjuk felrajzolni.

visszaélésszerű gyógyszerfogyasztást pedig 4,7% ($\pm 2,8$) jelzett a teljes életére vonatkozóan. Nemi mintázat a 18-64 éves fővárosiak válaszolók körében egyik mutató mentén sem jelentkezett.

A BLS 2019 vizsgálat alapján budapesti fiatal felnőttek gyógyszerfogyasztási érintettsége a fővárosi felnőtt népességhez képest tendencijelleggel (68%-os megbízhatósági szinten) alacsonyabb: nyugtató/altatót rendelvényre vagy anélkül 3,1% ($\pm 0,3$), rendelvényre 2,1 ($\pm 0,2$), visszaélésszerűen pedig 2,6% ($\pm 0,3$) használt valaha életében. Az első két mutató esetében elhanyagolható mértékű, de szignifikáns nemi eltérést tapasztaltunk: a nők értékei kismértékben magasabbak.

4.táblázat: A gyógyszer-fogyasztás mutatói a 18–64 éves (az OLAAP 2019 alapján) és a 18-34 éves (a BLS 2019 alapján) budapesti lakosság körében (a válaszolók %-ában)

	férfiak		nők		összesen		
	N	%	N	%	N	%	CI
18-64 éves budapesti lakosság körében							
Nyugtató/altató fogyasztás orvosi rendelvényre vagy anélkül LTP	106	5,7	119	4,2	225	5,0	$\pm 2,8$
Orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató fogyasztás ²¹ LTP	106	5,7	118	2,5	224	4,2	$\pm 2,6$
Visszaélésszerű gyógyszerhasználat ²² LTP	102	6,9	117	2,6	219	4,7	$\pm 2,8$
18-34 éves budapesti lakosság körében							
Nyugtató/altató fogyasztás orvosi rendelvényre vagy anélkül LTP*	1836	2,8	1959	3,5	3795	3,1	$\pm 0,3$
Orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtató fogyasztás LTP*	1836	1,7	1957	2,5	3793	2,1	$\pm 0,2$
Visszaélésszerű gyógyszerhasználat LTP	1788	2,5	1918	2,8	3706	2,6	$\pm 0,3$
Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum A nemek szerinti különbségek szignifikancia szintje: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$ Adatok forrása: Paksi & mtsai, 2021							

A tiltott drog-használat és gyógyszer-fogyasztás alapján elkülöníthető látens csoportok a fővárosi fiatal felnőttek körében²³

A 19–35 éves budapesti fiatal felnőtt népességben belül elkülöníthető látens szerhasználói csoportok azonosítása céljából a különböző tiltott drog-használó (kannabisz, a szintetikus kannabinoid, a dizájnert stimulánsok, a hagyományos stimulánsok, a hallucinogének, az opiátok) és a gyógyszer-fogyasztó magatartások (orvosi rendelvényre vagy anélkül történő nyugtató/altató fogyasztás és visszaélésszerű gyógyszerhasználat) életprevalencia értékei

²¹ Altatók/nyugtatók recept nélküli, illetve a javasoltnál nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig, esetleg más célból történő használata (Karjalainen, 2018).

²² A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás kategória az orvosi javaslat nélküli nyugtató-, altatófogyasztás mellett magába foglalja az alkohol gyógyszerre történő fogyasztását is.

²³ A tiltott drog-használat és gyógyszer-fogyasztás alapján elkülöníthető látens csoportokat a 18-64 évesekre vonatkozó OLAAP vizsgálat alacsony elemszámú fővárosi mintája miatt csak a BLS kutatás alapján vizsgáljuk. Ebben a fejezetben a kutatás 2. hullámának az adatait használjuk, ahol az egyes hullámok között jelentkező inkonzisztenciákat „felmenő” rendszerben korrigáltuk, azaz az 1. hullámban fogyasztókat a 2. hullámban is fogyasztónak tekintettük, függetlenül a második hullámban adott válaszuktól.

alapján a klaszteranalízist végeztük²⁴. Az elemzés során a mintában lévő személyek 99,8%-át lefedő öt klasztert, azaz öt fogyasztói csoportot sikerült elkülöníteni²⁵.

1. látens csoport: A 19-35 éves budapesti fiatal felnőttek 4,0%-át kitevő látens csoport a „gyógyszer-használók” csoportja, közöttük *mindenki használt már életében orvosi javaslatra vagy anélkül nyugtatót vagy altatók*, s a csoportba tartozók háromnegyede (75%) érintett visszaélészerű gyógyszerhasználatban is. A csoportba tartozók közel egyharmada (31%-uk) – a gyógyszerek mellett – használt már valaha kannabiszt is, más tiltott szerekkel azonban összességében mindössze 17 %-uk próbálkozott, ezen belül hagyományos stimulánsokkal 9%-uk, opiátokkal 5%-uk, hallucinogénekkal pedig 4%-uk.
2. látens csoport: Ide a fővárosi fiatal felnőttek 2,8%-a tartozik, ők a „hagyományos stimuláns-használók” csoportja. Közülük *mindenki használt már valamilyen hagyományos stimulánst*, 80,5%-uk ecstasyt, 36,4%-uk amfetamint, 10,4%-uk valamilyen kokain típusú szert (10% kokaint és 1,3% cracket). Emellett 9%-uk esetében előfordult szintetikus kannabinoid használat, s 8%-uk használt már életében dizájner stimulánsokat is. *Ugyanakkor senki nem használt közülük kannabiszt* vagy ópiátot.
3. látens csoport: A legnagyobb létszámú csoport – a besorolt esetek 76,4%-a – gyakorlatilag semmilyen vizsgált szerhasználó magatartásban nem érintett (mindössze 1%-uk használt már dizájner stimulánsokat), a ők a „nem használók” csoportja.
4. látens csoport: A „polidrog-használók”²⁶ csoportjába a fővárosi fiatal felnőttek 2,8%-a tartozik. A csoportba tartozók közül *mindenki használt már kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot, de 98%-uk fogyasztott kannabiszt is* az élete során. Ebben a csoportban minden vizsgált tiltott szerhasználó magatartás jelentős életprevalencia-értékkel van jelen (LTP minden szercsoport esetében 20% felett van), de *leginkább a kannabisz és a hagyományos stimulánsok használata a jellemző* (LTP mindkét esetben 98%), s itt fordul elő legnagyobb arányban a szintetikus kannabinoidok (LTP 51%) és a dizájner stimulánsok (LTP 58%) használata is, de nem az ÚPSZ a csoport domináns szerük. A gyógyszerhasználat csak ritkán jelenik meg (de az is inkább visszaélészerű használat 8%).
5. látens csoport: S végül a második legnagyobb létszámú, a fővárosi fiatal felnőttek 14,7%-át kitevő csoport a „főként kannabisz-használók” csoportja, itt mindenki fogyasztott már életében marihuánát vagy hasist, emellett azonban az ide tartozók közel ötöde (19%) használt már életében valamilyen hagyományos stimulánst is. A többi szercsoport használata azonban mindössze 1-3%-uk életében jelent meg.

Összességben tehát a klaszterelemzés eredményei azt mutatják, hogy a budapesti fiatal felnőttek körében a nyugtatók/altatók, a hagyományos dizájnerek fogyasztása, valamint a kannabisz-használat van jelen önálló fogyasztói magatartásként, a szintetikus kannabinoidok és a dizájner stimulánsok használata azonban csak a polidrog-használat részeként jelenik meg.

²⁴ A klaszteranalízist K-Means eljárással végeztük.

²⁵ Az egyes csoportok leírása a melléklet 3.táblázatában látható.

²⁶ A szakirodalom a polidrog-használat kifejezést több értelemben alkalmazza (http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-ii/#Politoxikom_nia). Az általunk a csoport elnevezésére használt „polidrog-használók” kifejezés azon fogyasztókat jelöli, akiknek változatosabb a fogyasztási mintázatuk azoktól, akik kizárólag egy-két fajta szert fogyasztottak.

A szerhasználók látens csoportjainak társadalmi-demográfiai mintázódása

A 19-35 éves budapesti fiatal felnőttek körében elkülöníthető látens szerhasználói csoportok és egyes társadalmi-demográfiai jellemzők kapcsolatát a következőkben páronkénti multinominális logisztikus regressziós modellekkel (melléklet 4. táblázat) vizsgáltuk²⁷. A regressziós modellek kimeneti változóját a tiltott drogok és a gyógyszerfogyasztás életprevalencia értékei alapján elkülöníthető látens szerhasználói csoportok képezték, melyen belül a referencia kategóriát azok jelentették, akik az életük során soha nem használtak sem tiltott szereket, sem gyógyszereket.

Az elemzéseink azt mutatták, hogy a vizsgált társadalmi és demográfiai jellemzők többsége mentén a látens szerhasználói csoportokkal szignifikáns mintázódása figyelhető meg. A kirajzolódó különbségek azonban rendre kis hatásméretűek, mindössze az anyagi helyzet, valamint a családban előforduló deviáns minták/kockázati magatartások tekintetében mutatkozott közepesen erős összefüggés.

Amennyiben a kapott mintázódásokat – a különböző teoretikus modelleket megjelenítő – indikátorcsoportok mentén tekintjük át, akkor azt mondhatjuk, hogy a kérdezett neme, képzettségi-, illetve az anyagi státusa, a családi/társas, illetve a vallási integrációja, az anómia, valamint a családi minták jelenléte tekintetében kaptunk rendre szignifikáns összefüggéseket. Ugyanakkor az életkor, az intergenerációs képzettségi mobilitás és a munka világával kapcsolatos különböző jellemzők mentén nem tapasztaltunk szignifikáns különbségeket a szerhasználók különböző csoportjai között.

A modellek alapján a soha semmilyen szert visszaélészerűen nem használókhoz képest a különböző látens szerhasználó csoportok esetében a következőket kell kiemelnünk:

- A tiltott szereket használó csoportokba tartozás tekintetében a kérdezett neme rendre szignifikáns szerepet kap. A férfiak mintegy kétszer nagyobb eséllyel tartoznak a hagyományos stimuláns-használók, illetve a kannabisz-használók, s háromszor nagyobb eséllyel a polidrog-használók csoportjába, mint a nők.
- Képzettségi státus tekintetében általánosságban azt mondhatjuk, hogy leginkább az alacsony státus kockázati szerepe mutatkozik meg. A 8 általános vagy annál alacsonyabb várható iskolai végzettség – a felsőfokú végzettséghez képest – mindegyik látens szerhasználói csoport tekintetében szignifikánsan nagyobb kockázattal jár. Emellett a hagyományos stimuláns használók esetében a felsőfokú végzettséghez képest minden alacsonyabb végzettség is kockázati szerepet kap: a középfokú végzettség esetén szignifikánsan, a szakmunkás végzettség esetén pedig tendencia jelleggel nagyobb a csoportba tartozás kockázata. Ugyanakkor a kannabisz-használók csoportjába tartozás kockázata a szakmunkás végzettségűek körében mintegy fele a diplomásokénak, és tendencia jelleggel az érettségizettek kockázata is alacsonyabb. Az alacsony képzettségi

²⁷ A látens szerhasználói csoportok és társadalmi-demográfiai tényezők kapcsolatának további elemzése céljából többváltozós multinominális logisztikus regressziós modell építésére is kísérletet tettünk melynek során – a páronkénti modellekhez hasonlóan – a logisztikus regressziós modell kimeneti változóját a tiltott drogok és a gyógyszerfogyasztás életprevalencia értékei alapján elkülöníthető látens szerhasználói csoportok jelentették, s ezen belül a referencia kategóriát azok képezték akik a soha nem használtak sem tiltott szereket, sem gyógyszereket. Azonban nem sikerült olyan modellt kialakítani, melynek a besorolási pontossága szignifikánsan meghaladta volna a magyarázó változók nélküli becslés (76,4%) bejósoló képességét, s a látens szerhasználó csoportok azonosítása tekintetében különösen is alacsony (0-12% közötti) teljesítményt mutatott minden próbálkozásunk.

státus általánosan jellemző kockázatai szerepével összhangban a szakképzettség hiánya esetén is szignifikánsan magasabb a hagyományos stimuláns- és a kannabisz használók csoportjába tartozás esélye.

- Az anyagi státus mutatói (háztartás szubjektív ill. relatív anyagi helyzete, deprivációs index, illetve az ezek alapján képzett kedvezőtlen anyagi státus index) elsősorban a gyógyszer-fogyasztók és a kannabisz-használók látens csoportjai esetében jeleztek a nemhasználókhöz képest szignifikáns eltéréseket, melyek – különösen a kannabisz-használók esetében – a kedvezőtlen anyagi státushoz képest a kedvezőbb státus fokozott kockázatát mutatják. Ettől eltérő összefüggést csak a hagyományos stimuláns-használók esetén tapasztaltuk, ahol a magasabb deprivációs index esetén jelenik meg nagyobb kockázat.
- Hasonlóképpen a gyógyszer-fogyasztók és a kannabisz-használók csoportja mutatott szignifikáns eltérést a nemhasználókhöz képest az anómikus érzületek jelenléte tekintetében, azonban a két csoport esetében eltérő irányultsággal. Az anómikus érzületek intenzívebb jelenléte esetén szignifikánsan nagyobb a gyógyszer-fogyasztók csoportjába tartozás kockázata, míg a kannabisz-használat nagyobb kockázata éppen ellenkezőleg, az alacsonyabb anómia összpontszámmal jár együtt.
- A családi deviáns minták szerepe minden fogyasztói csoport vonatkozásában szignifikáns rizikóként van jelen. A családban előforduló deviáns minták számának növekedésével – a nem fogyasztókhöz képest – a gyógyszer-fogyasztók esetében 70%-kal, a polidrog-, valamint a kannabisz-használók esetében közel 50%-kal nagyobb a csoportba tartozás esélye²⁸.
- A vallásosság tekintetében csak a kannabisz-használat esetében mutatkozik meg szignifikáns mintázódás, s az is nehezen interpretálható. Az ateistákhoz képest a vallásos, az egyház tanításait követők körében egyharmad a kannabisz-fogyasztók csoportjába tartozás valószínűsége, azonban a vallásosságuk tekintetében bizonytalanok esetében is csak mintegy fele akkora, s a maguk módján vallásosok körében a vallás megóvó szerepe nem mutatkozik meg.
- Hasonlóképpen nem egyértelműek a társas integráció különböző mutatói (háztartásméret, társas élet volumenére és minőségére utaló mutatók, társas kapcsolatokkal való elégedettség) mentén kirajzolódó összefüggések. Amennyiben mégis összegezni próbáljuk a különböző mutatók alapján kirajzolódó kockázatokat, akkor azt mondhatjuk, hogy – a hagyományos stimuláns-használók közé tartozás kivételével – a nagyobb fokú társas integráltság esetén szignifikánsan nagyobb, illetve a társas kapcsolatokkal való nagyobb fokú elégedettség esetén kisebb a szerhasználó csoportokba tartozás kockázata.
- A WHO általános jól-lét skála összpontszáma mindössze egy szerhasználó csoportba tartozással mutatott kapcsolatot: a nem használókhöz képest az általános jól-lét növekedésével csökken a gyógyszer-fogyasztók csoportjába tartozás valószínűsége.

A fővárosi drogfogyasztás időbeli és országos kontextusban

A tiltott drog- valamint a gyógyszerfogyasztás elterjedtsége tekintetében a fővárosi felnőtt népességben tapasztalható változásokat három adatfelvétel, a 2007-es, 2015-ös és 2019-es

²⁸ A multinominális regresszió a hagyományos stimuláns-használók esetén is szignifikáns összefüggést jelzett, de mivel ebben a csoportban a konfidencia intervallum tartalmazza az 0 értéket, így ez az összefüggés fenntartással kezelendő.

OLAAP kutatás budapesti almintája alapján tudjuk vizsgálni, ami az alacsony esetszámok miatt csak korlátozott lehetőséget ad a tényleges tendenciák megismerésére.

Az OLAAP kutatások fővárosi népességre vonatkozó adatai alapján a 2007 és 2019 közötti 12 ében a 18–64 éves budapesti lakosság körében a tiltott drogok életprevalencia-értéke 95%-os biztonsággal csökkent, s ez oly módon következett be, hogy 2007-2015 között nem történt hibahatáron túli elmozdulás, azaz a csökkenés 2007 és 2015 között következett be. A tiltottdrog-használat éves prevalencia-értéke esetében a teljes időszakban hasonlóképpen hibahatáron túli, a havi prevalencia tekintetében pedig tendencia jellegű csökkenés volt tapasztalható, azonban az egyes vizsgálatok között nem történt hibahatáron túli elmozdulás, s a teljes időszakra vonatkozó összefüggések is – mint már említettük²⁹ – óvatosan kezelendők.

Az orvosi rendelvényre vagy anélkül történő nyugtató/altató fogyasztás életprevalencia-értéke esetében szintén stagnálást tapasztaltunk 2007 és 2015 között, majd ezt követően 95%-os megbízhatósággal csökkent a gyógyszerfogyasztás életprevalencia-érte, azonban a teljes időszakra csak kétharmados biztonsággal állapítható meg csökkenő tendencia. A visszaélészerű gyógyszerhasználat vonatkozásában némileg más dinamika érvényesült: ugyan a teljes időszakban itt is a csökkenés jellemző (95%-os megbízhatósággal), azonban az a 2007 és 2015 közötti időszakban ment végbe, s ezt követően már nem tapasztaltunk hibahatáron túli változást (5. táblázat).

5.táblázat: A tiltottdrog-használat és a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás különböző idejű összesít prevalencia-értékeinek változása a 2007 és 2019 közötti időszakban a 18–64 éves budapesti lakosság körében (a válaszolók %-ában)

	2007			2015			2019		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
Tiltott drogok LTP	424	18,9	±3,7	243	15,6	±4,6	225	7,2	±3,4
Tiltott drogok LYP	416	5,3	±2,1	241	3,3	±2,3	224	1,3*	±1,5
Tiltott drogok LMP	417	2,9	±1,5	240	2,1	±1,8	224	0,9*	±1,2
Nyugtató/altató fogyasztás rendelvényre vagy anélkül LTP	411	11,4	±3,1	246	13,4	±4,3	225	4,9	±2,8
Visszaélészerű gyógyszerhasználat LTP	426	10,8	±2,9	238	3,8	±2,4	219	4,7	±2,8

Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum; *csak a teljes időszakra érvényes változás.

 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés

 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés

Adatok forrásai: Paksi, 2009; Paksi és mtsai., 2018, 2021

A 2019-es fővárosi adatokat összehasonlítva az országos adatokkal, egyrészt azt láthatjuk, hogy a tiltottdrog-használat és a visszaélészerű gyógyszerhasználat mutatói hibahatáron belül azonosak, az orvosi javaslatra vagy anélkül történő nyugtató/altató fogyasztás a fővárosi felnőttek körében tendencia jelleggel alacsonyabb.

A fővárosban leírt tendenciák is hasonlóak az országoshoz: a tiltottdrog-használat életprevalencia-értéke esetében a 2007 és 2015 közötti stagnálás után 2019-re csökkenés mutatkozott országosan is a mért értékekben, az orvosi javaslatra vagy anélkül történő

²⁹ A konfidencia intervallum a fővárosi felnőtt népesség mintájában a 1,8%-nál kisebb prevalenciaértékek esetében eléri a 0 értéket, így az 1,8 alatti mért értékek nagy óvatossággal kezelendők

nyugtató/altató fogyasztás³⁰ szintén csökkent 2015 és 2019 között, és visszaélésszerű gyógyszer-használat életprevalencia-értéke is a fővárosihoz hasonlóan 95%-os megbízhatósággal csökkent a 2007-2019 közötti időszakban³¹.

6.táblázat: A tiltott drog-használat és a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás különböző idejű összesít prevalencia-értékeinek változása a 2007 és 2019 közötti időszakban a 18–64 éves lakosság körében országosan (a válaszolók %-ában)

	2007			2015			2019		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
Tiltott drogok LTP	2527	9,3	±1,1	1341	9,9	±1,6	1265	7,9	±1,5
Tiltott drogok LYP	2512	2,6	±0,6	1338	2,3	±0,8	1261	2,0	±0,8
Tiltott drogok LMP	2514	1,3	±0,4	1343	1,2	±0,6	1261	1,2	±0,6
Nyugtató/altató fogyasztás rendelvényre vagy anélkül LTP	2455	10,5	±1,2	1388	15,1	±1,9	1288	8,3	±1,5
Visszaélésszerű gyógyszer- használat LTP	2530	7,9	±1,1	1341	5,8	±1,3	1247	4,2	±1,1

Megjegyzés: N=válaszolók száma; CI=95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum

 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés

 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli csökkenés

 Az előző adatfelvételi hullámhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli növekedés

Adatok forrásai: Paksi, 2009; Paksi és mtsai., 2018, 2021

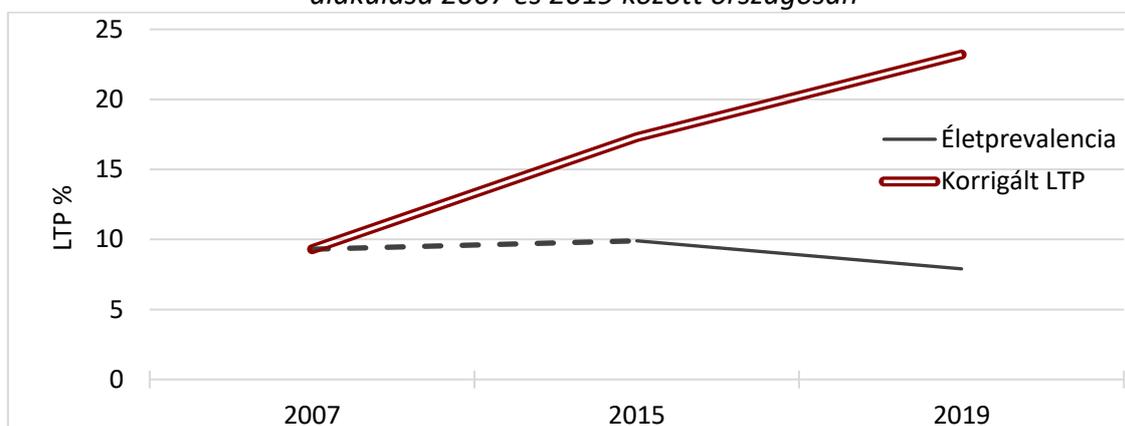
Az elmúlt 12 évben végzett lakossági drogepidemiológiai kutatásokban mért életprevalencia-értékek alapján a drogfogyasztás kirajzolódó tendenciáinak értelmezése meglehetősen problematikus. A felnőtt lakosság életprevalencia-értékének stagnálása csak akkor lehetséges, ha a 18–64 éves népességbe az egyes vizsgálati évek között belépő (4 évente történő vizsgálatok esetén 18-22 éves) fiatal felnőtt népesség drogérzettsége megegyezik a kilépő (64 év feletti) népesség érintettségével, csökkenés pedig csak a belépőknek a kilépőkhöz képest alacsonyabb életprevalencia-értékei mellett képzelhető el. A gyógyszerfogyasztás életkori mintázata ilyen. Azonban a tiltott drog-fogyasztás esetében a fővárosi és általában a magyarországi felnőtt népességben a belépő fiatal felnőttek érintettsége rendre meghaladja a kilépő korosztályok érintettségét (Paksi, 2009; Paksi és mtsai., 2018, 2021), a tiltott drog-fogyasztás életprevalencia-értékének stagnálása, illetve csökkenése tehát a valóságban nem lehetséges. Az elmúlt 12 évben végzett általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatok megbízhatósági és érvényességi paramétereiben jelentkező tendenciák is arra utaltak (Paksi és mtsai., 2009, 2017, 2021), hogy a lakossági drogepidemiológiai vizsgálatok Magyarországon a tiltott drog-fogyasztás fokozottan torzított becslését teszik lehetővé. Emiatt az utóbbi években a tiltott drog-használat tendenciáinak kohorsz-elemzéssel korrigált becslésével is próbáltunk közelebb kerülni a valós tendenciák megismeréséhez (Paksi és mtsai., 2020, 2021). A kohorsz-elemzéssel becsült korrigált értékek országosan 95%-os megbízhatósági szinten a tiltott drogok elterjedtségének folyamatos hibahatáron túli növekedésére engednek következtetni (3. ábra) A fővárosi adatokon a minta alacsony esetszáma miatt a kohorszbecslés nem végezhető el, azonban

³⁰ A 2007-2015 között fővárosi adatokban csak hibahatáron belüli változáshoz képest országosan egy markánsabb növekedés után.

³¹ Bár míg a fővárosban a csökkenés 2007 és 2015 között következett be, országosan egy folyamatos tendencia jellegű csökkenést láthattunk.

mivel – mint az RRM becslés alapján láthattuk – a 2019-es mért értékek jelentős mértékben alábecsülik a tényleges fogyasztást a fővárosban is, továbbá mert az országosan és a fővárosban mért tendenciák meglehetősen hasonlóak, így azt feltételezhetjük, hogy a korrigált becslések alapján országosan kirajzolódó, növekvő tendenciák a budapesti helyzet alakulásának becslése tekintetében is irányadóak lehetnek.

3.ábra: Tiltottdrog-fogyasztás mért és kohorszелеlemzéssel koriált életprevalencia-értékének alakulása 2007 és 2019 között országosan



Jelölések: Dupla vonal – 95%-os biztonsággal jelzett változás; Folyamatos vékony vonal – tendenciajellegű változás; Szaggatott vonal – nincs változás, ill. hibahatáron belüli változás; Adatok forrásai Paksi, 2009; Paksi és mtsai., 2018, 2021

Mint ahogy azt láthattuk, a budapesti fiatal felnőtt lakosság körében a nyugtatók/altatók, a hagyományos dizájnerrek fogyasztása, valamint a kannabisz-használat van jelen önálló fogyasztói magatartásként, a szintetikus kannabinoidok és a dizájner stimulánsok használata azonban csak a polidrog-használat részeként jelenik meg. Ezek az eredmények részben összecsengnek a korábbi, országos adatokon végzett elemzéseinkkel (Paksi, 2017), melyek alapján a 18-64 éves és a fiatal felnőtt populációban is három markáns használói csoport volt elkülöníthető, a gyógyszer-, illetve a kannabisz-fogyasztók, valamint a polidrog-használók. Az általános populációs adatok alapján tehát sem a jelenlegi, fővárosi fiatal felnőttek körében, sem a korábbi országos adatokon végzett elemzések során nem tudtunk azonosítani ÚPSZ használó csoportot, az ÚPSZ használat a polidrog használók csoportjában a leginkább jellemző. Ugyanakkor a korábbi országos elemzésünkhöz képest a budapesti fiatal felnőttek körében új látens csoportként megjelentek a hagyományos stimuláns használók.

Nemzetközi kontextus

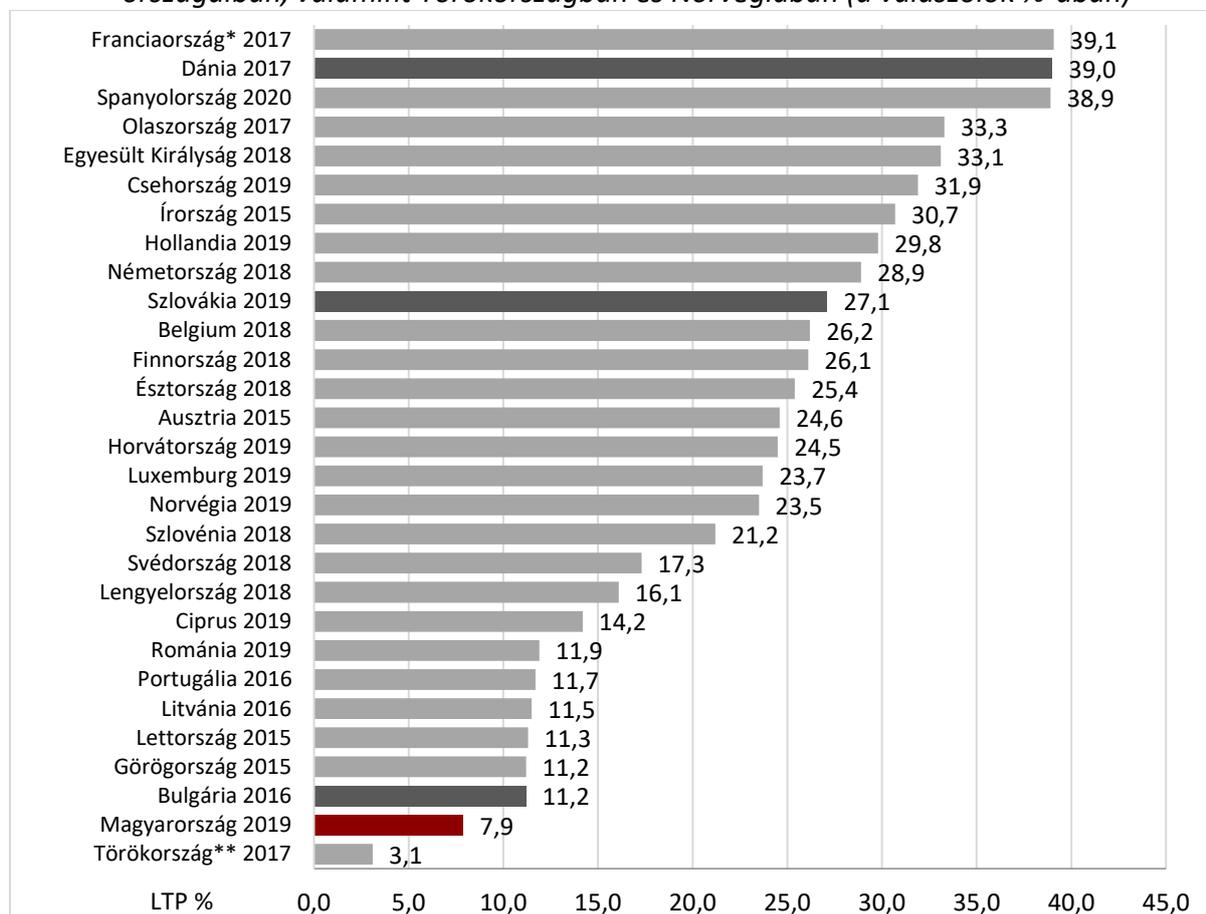
A budapesti felnőtt lakosság drogfogyasztásának nemzetközi kontextusban való értelmezése során a *Statistical Bulletin*³² adatkörnyezetében, országos összehasonlításban tudjuk bemutatni³³. Azonban ezen korlátok mellett is viszonylag egyértelműen kirajzolódik a

³² <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/gps>

³³ Még az országok összehasonlítása során is több megszorítással kell élnünk. Egyrészt általában az országok – Csehország, Hollandia, Norvégia, Svédország és az Egyesült Királyság kivételével – nem készítene minden évben drogepidemiológiai vizsgálatokat, így a 2021-es Bulletinben hozzáférhető legutolsó nemzeti vizsgálatok – a 2013-ban készült máltai vizsgálat kivételével – 2015 és 2020 között készültek, bár többségükben szerencsére az OLAAP 2019-es kutatáshoz közeli időpontban, 2018–2019-ben. Másrészt korlátot jelent a hazai adatok nemzetközi kontextusban való értelmezése során, hogy a 2015 és 2020 közötti adattal szolgáló 29 ország között – Magyarországon kívül – mindössze három olyan országot találunk, ahol a magyarországi vizsgálathoz hasonlóan

magyarországi felnőtt népesség relatíve kedvező helyzete. A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke alapján Magyarország a 4. ábrán szereplő 29 ország között Törökország után a második legkisebb, az Európai Unió tagállamai között pedig a legalacsonyabb érintettségű ország, a következő érintettségi „tömbbe” tartozó országoktól (Románia, Portugália, Litvánia, Lettország, Görögország és Bulgária) 95%-os megbízhatósági szinten alacsonyabb életprevalencia-értékkel. A 2015–2020 közötti vizsgálatok alapján a legmagasabb országos mintán mért életprevalencia-érték (Dánia, 39,0%) mintegy ötszöröse, s az uniós országok életprevalencia-értékeinek átlaga (22,0%)³⁴ is több mint két és félszerese a Magyarországon 2019-ben mért értéknek. A különböző életkori csoportokban némileg eltérő az országok életprevalencia-értékek alapján kirajzolódó sorrendje (Paksi és Pillók, 2021), azonban Magyarország az OLAAP 2019 vizsgálatban mért adatok alapján – a 18–64 éves teljes populáció alapján elfoglalt helyzetéhez hasonlóan – minden korcsoportban az utolsó helyen helyezkedik el.

4.ábra: A tiltott drogok összesített életprevalencia-értékének alakulása az Európai Unió országaiban, valamint Törökországban és Norvégiában (a válaszolók %-ában)



* Francia nagyvárosokra vonatkozó adat; ** A minta életkori lefedettségére vonatkozóan nincs információnk

Az ábrán a 18–64 éves populációra vonatkozó adatokat sötétebb sávokkal jelöltük.

Saját szerkesztés az EMCDDA Statistical Bulletin (2020) alapján, az adatfelvétel évének feltüntetésével.

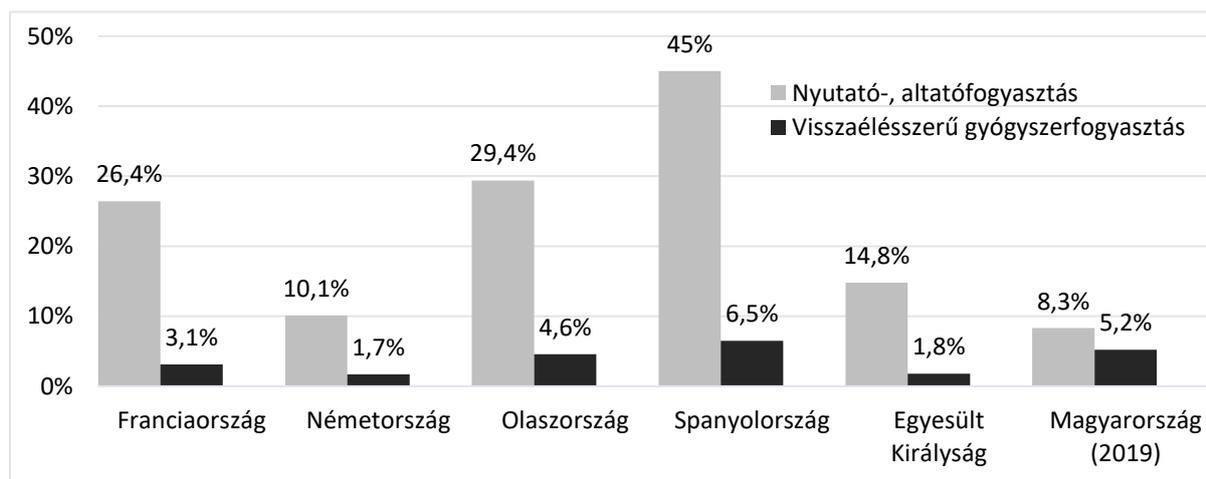
18–64 éves mintán történt az adatfelvétel (lásd a 4. ábra sötétebb sávjait). A magyarországi felnőtt lakosság drogfogyasztásának nemzetközi kontextusáról, és az összehasonlítás nehézségeiről részletesen olvashatunk Paksi és Pillók (2021) ezen fejezet alapján is képező tanulmányában

³⁴ Az országok életprevalencia-értékeinek súlyozatlan átlaga. A francia adat nem szerepel az átlagban, mivel az nem országos adat.

Trendadatokat az EMCDDA *Statistical Bulletin (2021)* öt szer vonatkozásában tartalmaz: a kannabisz, kokain, amfetamin, ecstasy és az LSD esetében. A hazai általános populációs vizsgálatok alapján felvázolható időbeni tendenciák nemzetközi kontextusba helyezése alapján azt láthatjuk, hogy Magyarország a 2007 és 2019 közötti periódusban – az ecstasy fogyasztás kivételével, ahol az időszak elején a magyarországi felnőtt népesség az európai mezőny alsó harmadában helyezkedett el, majd 2015-ben a középmezőny felé közelített, s végül a legutóbbi mérés alapján az alsó kvintilisben található – mindvégig a legalacsonyabb érintettségű országok közé tartozott (Paksi & Pillók, 2021).

A gyógyszerfogyasztási adatokat egy 2017-ben, öt országban végzett reprezentatív felmérés (Hockenull et al., 2020) eredményeivel összevetve (Péter és mtsai, 2021) az OLAAP 2019 vizsgálat eredményeit, a nyugtató- és altatófogyasztás magyarországi életprevalencia-értéke (8,3%) a legalacsonyabb, leginkább a Németország felnőtt lakosságában mért prevalencia-értékhez közelít (10,1%) (2. ábra). A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia-értéke a magyarországi felnőtt lakosság körében 4,2% ($\pm 1,1\%$). Ezzel az értékkel Magyarország a 2017-ben Franciaország (3,1%) és Olaszország (4,6%) felnőtt lakosságának körében mért életprevalencia-értékek között, hat ország közül a 3 helyen helyezkedik el (5. ábra).

5.ábra: A nyugtató-, altatófogyasztás és visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia-értékei (a magyarországi 18–64 éves lakosság körében), összevetve öt európai ország 2017-ben mért értékeivel



A nemzetközi adatok forrása: Hockenull et al., 2020, idézi: Péter és mtsai, 2021

Összességben azt mondhatjuk, hogy az európai ajánlásokkal kompatibilis lakossági mérések adatai alapján a magyarországi, s ezen belül a fővárosi felnőtt népesség tiltószerek-használatban való érintettsége, illetve a leginkább elterjedt tiltott drogok használatának elterjedtsége alapján aktuálisan és az elmúlt évtizedben is stabilan kedvező helyzettel jellemezhető. Ugyanakkor a különböző módszerekkel végzett becslések alapján feltételezhető, hogy az EMCDDA ajánlások mentén mért prevalencia-értékek Magyarországon és azon belül Budapesten is a tényleges fogyasztási rátáknak maximum egy rendkívül konzervatív alulbecslését adják. A különböző eljárásokkal becsült hazai és fővárosi prevalencia-értékek azonban egyelőre nemzetközi összehasonlításban nem értelmezhetők.

Felhasznált irodalom

- Andorka R. (1994). Deviáns viselkedések Magyarországon – általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In Münnich I., Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. (pp. 32–77). Budapest: Közélet Kiadó.
- Bornemisza E. & Csepeli Gy. (1998). A válaszcélzás kiküszöbölése. Hibával mért diszkrét adatok statisztikai elemzése a társadalomtudományokban. *Szociológiai Szemle*, 2, 67–
- Elekes Zs. & Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, Budapest: NKFP. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu
- EMCDDA. (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09). Lisbon, Portugal: EMCDDA. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_1385_EN_expert_group_comp_report.pdf
- EMCDDA. (2002). Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA. (2013). *Towards a new EMQ Module – Questions on Availability of Illicit Drugs*. Lisbon, Portugal: EMCDDA. Letöltve: 2020.10.10. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachements/10592/EMQ-availability-module.pdf>
- EMCDDA. (2021). Statistical Bulletin 2021. Lisbon, Portugal: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021/gps_en
- Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R. & 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, 451–455.
- Folsom, R. E., Greenberg, G. B. & Horvitz, D. G. (1974). The two alternate questions randomized response model for human surveys. *Journal of the American Statistical Association*, 68, 525–530.
- Fox, J. A. & Tracy, P. E. (1984). Measuring associations with randomized response. *Social Science Research*, 13, 188–197. [https://doi.org/10.1016/0049-089X\(84\)90020-6](https://doi.org/10.1016/0049-089X(84)90020-6)
- 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(5), 607–614.
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J. & Strang, J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92(3), 353. [https://doi.org/10.1016/0049-089X\(84\)90020-6](https://doi.org/10.1016/0049-089X(84)90020-6)
- Gyepesi, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kraus, L., Piontek, D., Paksi, B., Horváth, G., Magi, A., Eisinger, A., Pilling, J., Kökönyei, G., Kun, B. & Demetrovics, Zs. (2013). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research*, 20(3), 119–128.
- Hockenhull, J., Amioka, E., Black, J. C., Forber, A., Haynes, C. M., Wood, D. M., Dart, R. C. & Dargan, P. I. (2020). Non-medical use of benzodiazepines and GABA analogues in Europe. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87(4), 1684–1694. <https://doi.org/10.1111/bcp.14537>
- Karjalainen, K. (2018). *Misuse of medicines – revision of the EMQ module*. GPS Expert Meeting, National Institute For Health And Welfare.

- <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/9363/3.%20K.%20Karjalainen%20-%20Misuse%20of%20medicines%20-%20revision%20of%20the%20EMQ%20module.pdf>
- Kaye, S. & Darke, S. (2001). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97(6), 727–731. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00121.x>.
- Kirtadze, I., Otiashvili, S. & Tabatadze, M. (2016). *National Survey on Substance Use in the General Population in Georgia*, 2015. Letöltve: 2020.10.10. https://www.researchgate.net/publication/305875263_National_Survey_on_Substance_Use_in_the_General_Population_in_Georgia_2015
- Kirtadze, I., Otiashvili, D., Tabatadze, M., Vardanashvili I., Sturua L., Zabransky T. & Anthony J. C. (2018). Republic of Georgia estimates for prevalence of drug use: Randomized response techniques suggest under-estimation. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 300–304. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.019>
- Lawrinson, P., Copeland, J., Gerber, S. & Gilmour, S. (2007). Determining a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1474–1479. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.005>
- 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.
- Martos T. & Csordás G. (2021). WHO Jólét Kérdőív rövidített változata. In Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (szerk.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.* (pp. 186–189). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Moors, J. J. A. (1971). Optimization of the Unrelated Question Randomized Response Model. *Journal of the American Statistical Association*, 66, 627–629.
- Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B. (2007). A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* (229–253). Budapest: Eötvös Kiadó.
- Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P. & Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.4.1>
- Paksi B. (2009). Populációs adatok alakulása. In Felvinczi K., Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban*. (81–141). Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 31–55. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf
- Paksi B. (2017). ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. In: *Felvinczi K. (szerk.), Változó Képletek –ÚJ(abb) szerek: kihívások, mintázatok, megoldások* (45–68). Budapest, L'Harmattan Kiadó.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015

- (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(4), 541–565. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.4.2>
- Paksi B., Demetrovics Zs., Griffiths, M. D., Magi A. & Felvinczi K. (2020). Estimating and managing the changing methodological parameters of self-report surveys of addictive behaviors based on the waves of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) in 2007 and 2015. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(1): 29–42. <https://mppt.hu/magazin/pdf/vol22issue1/v22i1p29.pdf>
- Paksi B., Pillók P., Magi A., Demetrovics Zs., Felvinczi K. (2021): Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 23:1pp. 184-207., 24 p. <https://mppt.hu/magazin/pdf/vol23issue1/v23i1p184.pdf>
- Paksi B. & Pillók P. (2021). Drogfogyasztás In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I.* Budapest: ELTE PPK - L'Harmattan. 62-105.
- Paksi B., Demetrovics Zs. (szerk.) (2021). *Addiktológiai problémák Magyarországon a lakossági kutatások tükrében. I.* Budapest, ELTE PPK - L'Harmattan https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/64824/Addiktologiai_problemak_1_kotet.pdf?sequence=1
- Péter L., Andó B., Demetrovics Zs. & Paksi B. (2021c). Gyógyszerfogyasztás In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében.* Budapest: ELTE PPK - L'Harmattan. 144-165.
- Pillók P. (2010). Az elhanyagolható tényező, avagy a nem mintavételi hibák a kérdőíves adatfelvételekben. Doktori disszertáció. ELTE TáTK, https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/39994/Kd_12470_t%C3%A9zis.pdf
- Róbert P. (1990). Társadalmi mobilitás. In Andorka R., Kolosi T., Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport.* (pp. 356–372). Budapest: TÁRKI.
- Robinson P. J., Shaver R. P. & Wrightsman S. L. (1991). *Measures of Personality and Social Attitudes.* San Diego: Academic Press.
- Rudas T. (1979). Véletlenített kérdőíves eljárások. Budapest, *TK Műhely*, (X. évf.) 17.
- Semjén A. & Tóth I. S. (2004). Rejtett gazdaság és adózási magatartás, 1996–2001. *Közgazdasági Szemle*, 51(június) 560–583.
- Susánszky É., Konkoly T. B., Stauder A. & Kopp M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(1), 247–255.
- Swift, W., Copeland, J. & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence, *Addiction*, 93(11), 1681–1692. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931116816.x>
- Topp, L. & Mattick, R. P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92(7), 839–845.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: A survey of household resources and standards of living.* Harmondsworth: Penguin Books.
- Umesh, U. N. & Peterson, R. A. (1991). A Critical Evaluation of the Randomized Response Method. Applications, Validation, and Research Agenda. *Sociological Methods Research*, 32, 384–410. <https://doi.org/10.1177%2F0049124191020001004>
- Warner, S. L. (1965). Randomized response: A survey technique for eliminating evasive answer bias. *Journal of the American Statistical Association*, 60, 63–69. <https://doi.org/10.1080/01621459.1965.10480775>

Mellékletek

Módszertan

Az OLAAP kutatás módszertani jellemzői

Az OLAAP 2019 (Paksi & mtsai, 2021) kutatás³⁵ a magyarországi 18-64 éves népesség bruttó 1800, nettó 1385 fős országos reprezentatív mintáján készült. A kérdőíves adatfelvétel a mintába került személyes megkeresésével, és ezen belül ún. „kevert”, face to face, és önkitöltős elemeket egyaránt alkalmazó módszerrel, 2019 tavaszán zajlott.

A drogfogyasztással kapcsolatos kérdések kialakítása tekintetében a kutatás a korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokra (Paksi & mtsai, 2009, 2017), az EMCDDA modellkérdőíveire (EMQ) (EMCDDA, 1999, 2002), indikátor igényeire, valamint az új szerek (NPS) valamint az gyógyszerhasználat általános populációs vizsgálata tekintetében megfogalmazott ajánlásaira támaszkodik. A prevalenciaértékek számítása szintén az EMQ ajánlásait követi.

1.táblázat: Az OLAAP 2019 vizsgálat főbb módszertani jellemzőinek összefoglalása

Az adatfelvétel ideje	2019. március-április
Területi lefedettség	országos
Célpopuláció	18-64 éves magyarországi lakónépesség
Mintakeret	BM Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárságának (BM NYHÁT) 2019. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező felnőtt lakosság (6.345.527 fő)
Mintaválasztás módja	régió, településméret, korcsoportok szerint rétegzett véletlen minta
Mintanagyság	országosan: Br: 1800 fő / N: 1385; Bp-en Br: 300 fő / N: 224
Elméleti hibahatár	országos mintában: $\pm 2,6\%$; Bp-i mintában: $\pm 6,5\%$
Adatgyűjtési eljárás	kérdőíves adatfelvétel, kevert: face to face + önkitöltős technika
Adatfelvétel eszköze	drogfogyasztással kapcsolatos kérdések (EMQ + UPS + RRM) + egyéb szerhasználó magatartások + viselkedési addikciók + pszichológiai és szociodemográfiai kérdések
Súlyozás	rétegek kategóriák szerinti mátrix-súlyozás

A BLS-FF kutatás módszertani jellemzői

A BLS-FF³⁶ longitudinális kutatás célcsoportját 1984 és 2000 között született, érvényes budapesti lakcímmel rendelkező lakosság képezte (Paksi, Magi és mtsai, 2021). A kiinduló adatfelvétel az célcsoport 4500 fős reprezentatív mintáján készült. A nettó mintanagysága az 1. adatfelvételi hullámban 3890 fő, a 2. hullámban pedig 2801 fő. A mindkét hullámban elért minta nagyság 2777.

Az adatfelvétel mindkét hullámban elsődlegesen³⁷ a mintába került személyes megkeresésével, és ezen belül ún. „kevert”, face-to-face, és önkitöltős elemeket egyaránt alkalmazó módszerrel történt 2019 tavaszán ill. 2020 nyarán. A drogfogyasztással kapcsolatos

³⁵ A kutatás Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128604) támogatásával készült.

³⁶ A kutatás Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (KKP126835) támogatásával készült.

³⁷ A 2. hullámban a nettó minta 2%-a, a 3. hullámban pedig 7 fő körében online adatfelvétel (CAWI) történt.

kérdések tekintetében a kutatás kérdőíve, továbbá a prevalencia-értékek számítása megegyezett az OLAAP 2019 kutatásban alkalmazottal (Paksi, Pillók és mtsai, 2021).

2.táblázat: A BLS FF vizsgálat 1. és 2. hullámának főbb módszertani jellemzői

	1.hullám	2.hullám
Az adatfelvétel ideje	2019. március-július	2020. június-október
Területi lefedettség	Budapest	
Célpopuláció	1984 és 2000 között született budapesti lakónépesség	
Mintakeret	BM Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárságának (BM NYHÁT) 2019. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes budapesti lakcímmel rendelkező fiatal felnőtt lakosság (321.974 fő)	
Mintaválasztás módja	Egylépcsős, korcsoportok (18-24, 25-34) és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavétel	
Mintanagyság: Bruttó/Nettó	Bruttó: 4500 fő / Nettó: 3890 fő	Bruttó: 3890 fő / Nettó: 2801 fő
	Mindkét hullámban megkérdezett személyek száma: 2777 fő	
Elméleti hibahatár	±1,57%	±1,85%
	Mindkét hullámban megkérdezett minta esetében ±1,86%	
Adatgyűjtési eljárás	kérdőíves adatfelvétel, kevert: face-to-face + önkitöltős technika (PAPI)	
		CAWI
Adatfelvétel eszköze	Drogfogyasztással kapcsolatos kérdések (EMQ + UPS + RRM) + egyéb szerhasználó magatartások + viselkedési addikciók + pszichológiai és szociodemográfiai kérdések	
Súlyozás	egyes hullámokban, illetve a mindkét hullámban megkérdezett minta esetén is rétegek kategóriák szerinti mátrix-súlyozás	

Táblázatok, ábrák

3.táblázat: Tiltott drogok és a gyógyszerfogyasztás életprevalencia értékei alapján elkülöníthető látens szerhasználói csoportok a 19–35 éves budapesti fiatal felnőttek körében (a BLS vizsgálat 2. hullámában; N=2771)

	Klaszterközepponatok ³⁸				
	gyógyszer-használók	hagyományos stimuláns-használók	nem használók	polidrog-használók	kannabisz-használók
Kannabisz	0,31	0,00	0,00	0,98	1,00
Szintetikus kannabinoid	0,01	0,09	0,00	0,51	0,02
Dizájnér stimulánsok	0,00	0,08	0,01	0,58	0,03
Hagyományos stimulánsok	0,09	1,00	0,00	0,98	0,19
Hallucinogének	0,04	0,02	0,00	0,53	0,01
Opiátok	0,05	0,00	0,00	0,22	0,00
Nyugtató/altató fogyasztás orvosi rendelvényre vagy anélkül	1,00	0,06	0,00	0,05	0,01
Visszaélésszerű gyógyszerhasználat	0,75	0,04	0,00	0,08	0,01
Besorolt esetek száma (N)	112	77	2118	57	407
%	4,0	2,8	76,4	2,1	14,7

³⁸ A változók 0-1 értékkel kerültek bevonásra, így az egyes csoportokban a különböző fogyasztói magatartásokhoz tartozó klaszterközepponatok az adott magatartásnak a csoportban jellemző prevalenciaértékét jelentik meg.

4.táblázat: Páronkénti, nem kontrollált multinominális logisztikus regressziós modellek: a különböző látens szerhasználati csoportokba való tartozás valószínűségének alakulása különböző szociodemográfiai jellemzők esetében a magyarországi 19-35 éves budapesti fiatal felnőtt népesség körében (a BLS vizsgálat 2. hullámában)

	gyógyszer-használók		hagyományos stimuláns-használók		polidrog-használók		kannabisz-használók		
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	
Nem (ref.: női nem)									
Férfi	0,74 [0,50-1,10]	0,133	2,01 [1,26-3,21]	0,003	3,00 [1,69-5,35]	<0,001	2,17 [1,74-2,71]	<0,001	
Életkor	1,03 [0,99-1,08]	0,110	0,97 [0,93-1,02]	0,276	1,00 [0,94-1,05]	0,876	1,01 [0,98-1,03]	0,671	
Várható legmagasabb iskolai végzettség ³⁹ (ref.: felsőfok/egyetem utáni képzés)									
8 általános vagy kevesebb	3,85 [1,57-9,40]	0,003	8,35 [2,54-27,47]	<0,001	4,50 [1,31-15,43]	0,017	3,37 [1,86-6,10]	<0,001	
szakmunkás	0,68 [0,38-1,23]	0,202	2,19 [0,98-4,88]	0,055	0,89 [0,39-2,02]	0,780	0,53 [0,37-0,76]	<0,001	
érettségi	0,71 [0,46-1,10]	0,125	2,24 [1,12-4,49]	0,023	0,92 [0,49-1,75]	0,800	0,81 [0,63-1,03]	0,089	
Szakképzettség megléte (ref.: van)									
nincs	2,31 [0,94-2,31]	0,094	3,32 [1,23-3,32]	0,006	2,71 [0,79-2,71]	0,232	2,33 [1,43-2,33]	<0,001	
Intergenerációs végzettségi mobilitás ⁴⁰ (ref.: lefelé mobil)									
felfelé mobil	1,17 [0,53-2,57]	0,700	3,21 [0,7-14,71]	0,133	0,61 [0,22-1,69]	0,345	1,12 [0,69-1,81]	0,640	
nem mobil	0,82 [0,38-1,78]	0,620	3,14 [0,7-14,10]	0,135	0,79 [0,31-2,01]	0,614	1,27 [0,80-2,01]	0,310	
Munkaerő piaci aktivitás (ref.: van kereső tevékenysége)									
nincs kereső tevékenysége	0,91 [0,51-1,62]	0,741	1,04 [0,54-2,00]	0,911	1,34 [0,66-2,71]	0,413	1,21 [0,90-1,64]	0,199	
Munkavégzéssel töltött órák	1,00 [0,99-1,01]	0,522	1,00 [0,98-1,01]	0,538	0,99 [0,98-1,01]	0,403	0,99 [0,99-1,00]*	0,040	
A háztartás szubjektív anyagi helyzete (ref.: nagyon nehezen élnek)									
kényelmesen megélnék	11,70 [3,87-35,39]	<0,001	1,35 [0,38-4,77]	0,645	-**	-	47,15 [9,28-239,68]	<0,001	

³⁹ A befejezett iskolai végzettség és a jelenleg végzett tanulmányok alapján képzett, az OLAAP vizsgálatok (Paksi és mtsai, 2009, 2017, 2021) során (is) alkalmazott változó.

⁴⁰ A kérdezett várható iskolai végzettségének elmozdulása nők esetében az anya, férfiak esetében az apa végzettségéhez képest (Róbert, 1990).

	gyógyszer-használók		hagyományos stimuláns-használók		polidrog-használók		kannabisz-használók	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
kijönnek a jövedelmükből	2,92 [1,03-8,24]	0,044	1,51 [0,65-3,48]	0,229	-**	-	32,32 [6,61-158,02]	<0,001
nehezen élnek	4,40 [1,46-13,20]	0,008	1,71 [0,65-4,47]	0,276	-**	-	38,27 [7,71-189,91]	<0,001
A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján (ref.: rosszabb az átlagnál)								
jobb az átlagnál	2,89 [1,63-5,13]	<0,001	0,63 [0,23-1,69]	0,356	1,92 [0,85-0,39]	0,116	2,87 [1,86-4,42]	<0,001
átlagos	0,75 [0,44-1,28]	0,289	1,12 [0,61-2,04]	0,721	0,80 [0,39-1,61]	0,527	2,12 [1,47-3,06]	<0,001
Deprivációs index ⁴¹	0,96 [0,90-1,02]*	<0,001	1,11 [1,03-1,19]	0,004	1,02 [0,941,11-]	0,664	0,88 [0,85-0,92]	<0,001
Kedvezőtlen anyagi státus index	0,66 [0,53-0,82]	<0,001	1,11 [0,90-1,38]	0,342	0,82 [0,62-1,09]	0,163	0,67 [0,59-0,76]	<0,001
Anómia összpontszám ⁴²	1,05 [1,03-1,08]	<0,001	0,98 [0,95-1,02]	0,346	0,97 [0,93-1,01]	0,143	0,97 [0,95-0,98]	<0,001
Együttélő partnerkapcsolat megléte (ref.: kapcsolatban él)								
egyedül él	1,05 [0,64-1,73]	0,839	1,42 [0,80-1,50]	0,232	1,27 [0,67-2,43]	0,462	0,91 [0,68-1,22]	0,525
Háztartásméret	1,21 [1,00-1,47]	0,048	1,27 [1,01-1,60]	0,038	0,92[0,70-1,20]	0,521	0,78 [0,70-0,87]	<0,001
Családban előforduló devianciák/ kockázati magatartások száma ⁴³	1,71 [1,54-1,90]	<0,001	1,14 [0,94-1,37]*	<0,001	1,46 [1,24-1,72]	<0,001	1,45 [1,34-1,57]	<0,001
Milyen gyakran él társasági életet (ref.: legalább hetente)								
soha	0,49 [0,14-1,75]	0,269	1,40 [0,44-4,48]	0,574	0,22 [0,02-2,24]	0,201	0,45 [0,23-0,90]	0,023
ritkábban, mint hetente	0,67 [0,43-1,05]	0,080	0,98 [0,23-1,80]	0,946	0,52 [0,29-0,93]	0,028	0,55 [0,53-0,71]	<0,001

⁴¹ A többdimenziós hátrányos helyzet (Townsend, 1979) komplex jelzőszáma. Az általunk alkalmazott index 16 életkörülmény-komponensen alapul, s értéke az anyagi okokból hiányzó életkörülmény-komponensek számát fejezi ki.

⁴² Az anómia mértékét – Srole és Seeman anómia-, illetve elidegenedés definíciójának egyes elemeit ötvöző (Robinson, Shaver, Wrightsman, 1991) – a normaszegés, a hatalomnélküliség, az orientációhiány és az elidegenedés dimenzióit leképező 10 item mentén 4 fokú skálán (1 – egyáltalán nem ért egyet; 4 – teljesen egyetért) adott válaszok összegzésével létrehozott szubjektív indikátor (Andorka, 1994). Az alkalmazott mutató nagyobb értéke az anómikus érzületek fokozott jelenlétét jelzi.

⁴³ A vizsgált deviáns/kockázati magatartástípusok (dohányzás, rendszeres alkoholfogyasztás, sok nyugtató/altató ill. kábítószer-fogyasztás, rendszeres szerencsejáték-használat, öngyilkossági kísérlet, befejezett öngyilkosság, börtön, pszichiátriai kezelés) közül a szűk családban előforduló típusok száma.

	gyógyszer-használók		hagyományos stimuláns-használók		polidrog-használók		kannabisz-használók	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Másokhoz képest milyen gyakran él társasági életet (ref.: többször, mint mások)								
ritkábban, mint mások	0,51 [0,28-0,93]	0,029	1,48 [0,52-1,21]	0,460	0,41 [0,16-1,11]	0,079	0,75 [0,48-1,19]	0,226
kb. annyiszor, mint mások	0,32 [0,18-0,58]	<0,001	1,05 [0,38-2,95]	0,920	0,63 [0,26-1,51]	0,295	1,03 [0,67-1,60]	0,888
Hány olyan személy van, akivel meg tudja beszélni a dolgait	1,07 [0,96-1,20]	0,227	1,00 [0,86-1,16]	0,969	1,38 [1,22-1,55]	<0,001	1,26 [1,19-1,33]	<0,001
Kapcsolatokkal és egészségi állapottal való elégedettség index ⁴⁴	0,54 [0,46-0,64]	<0,001	0,94 [0,74-1,19]	0,580	0,65 [0,51-0,82]	<0,001	0,75 [0,67-0,83]	<0,001
Munkával és anyagi körülményekkel való elégedettség index ⁴⁵	1,04 [0,86-1,27]	0,669	1,16 [0,91-1,47]	0,227	0,76 [0,58-1,01]	0,057	1,03 [0,93-1,15]	0,555
Vallásosság (ref.: ateista)								
vallásos, az egyház tanításait követi	1,93 [0,70-5,29]	0,204	2,48 [0,18-34,20]	0,499	0,69 [0,05-8,94]	0,755	0,30 [0,10-0,86]	0,026
vallásos a maga módján	0,50 [0,22-1,16]	0,107	3,94 [0,46-33,40]	0,209	1,40 [0,30-6,62]	0,672	0,90 [0,54-1,50]	0,675
nem tudja, hogy vallásos-e	0,90 [0,37-2,21]	0,820	1,90 [0,19-18,85]	0,582	1,72 [0,33-8,88]	0,516	0,53 [0,29-0,98]	0,044
nem vallásos	0,46 [0,20-1,05]	0,066	3,42 [0,41-28,95]	0,258	0,81 [0,17-3,89]	0,793	0,66 [0,40-1,10]	0,110
WHO általános Jól-lét skála ⁴⁶	0,85 [0,80-0,91]	<0,001	0,95 [0,87-1,03]	0,174	0,94 [0,85-1,03]	0,182	0,99 [0,95-1,03]	0,628
Megjegyzések. OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidenciaintervallummal; Ref.: referencia kategória az adott változó tekintetében; *A konfidencia intervallum tartalmazza az 1-es értéket, így az összefüggés fenntartással kezelendő; **A referencia kategória elemszáma 0, így CI nem számolható. A többváltozós modellben szignifikáns (p<0,050) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre (kivéve a *-gal jelezett összefüggések).								

⁴⁴ Az index a családi kapcsolatokkal, párkapcsolattal, egyéb társas kapcsolatokkal és egészségi állapottal való elégedettségre vonatkozó kérdések alapján főkomponens elemzéssel (PCA) létrehozott 0 átlagú, 1 szórású mutató, a bevitt változók varianciájának 57%-át jeleníti meg. A nagyobb indexérték a társas kapcsolatokkal való nagyobb elégedettséget fejezi ki.

⁴⁵ A munkával és anyagi körülményekkel való elégedettség index az erre vonatkozó kérdések alapján főkomponens elemzéssel (PCA) létrehozott 0 átlagú, 1 szórású mutató, amely a bevitt változók varianciájának 80,7%-át jeleníti meg. A nagyobb indexérték az élet különböző területével való nagyobb általános elégedettséget fejezi ki.

⁴⁶ Martos & Csordás, 2021; Susánszky és mtsai, 2006

A BUDAPESTI ISKOLÁS SERDÜLŐK DROGFOGYASZTÁSA

(Készítette: Arnold Petra)

A tanulmányban két országos reprezentatív nemzetközi kutatássorozat az ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) és a HBSC (*Health Behaviour in School aged Children*) a budapesti iskolás serdülőkre vonatkozó eredményeit mutatjuk be⁴⁷.

Az ESPAD 1995-ben indult azzal a céllal, hogy a fiatalok rizikómagatartásairól négy évenként rendszeresen ismétlődő, időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön (Elekes, 2009). Magyarország 25 éve vesz részt a nemzetközi kutatásban: eddig hét adatfelvételi hullám történt. A legutóbbi vizsgálat 2019-ben (Elekes et al., 2020)⁴⁸, hazánkban a 9-10. évfolyamosok körében történt. A budapesti 9-10. évfolyamos minta nagysága 955 fő.

A HBSC a WHO támogatásával megvalósuló nemzetközi kutatássorozat, mely 1982-ben indult három ország (Norvégia, Anglia és Finnország) kezdeményezésére (Németh & Várnai, 2019, Németh et al., 2016). Magyarország a WHO felkérésére először az 1985/86-os adatfelvételben vett részt, azóta minden nemzetközi adatgyűjtésben közreműködött. A kutatás célja az iskoláskorúak egészségének, jóllétének és egészségmagatartásának, rizikómagatartásának, valamint ezek egyéni-társadalmi háttérének monitorozása, az időbeli változások követése nemzetközi és nemzeti szinten. A legutóbbi adatfelvétel 2022-ben valósult meg, azonban az adatbázis még nem elérhető, így a 2018-as vizsgálat (Németh & Várnai, 2019) eredményeit mutatjuk be jelen tanulmányban. A budapesti 9 és 11. évfolyamosok mintanagysága 756 fő.

A budapesti serdülők drogfogyasztásának elterjedtsége és jellemzői

Az ESPAD kutatás szerint (Arnold & Elekes, 2021) a budapesti 9-10. évfolyamos diákok több mint negyede próbált ki valamilyen tiltott szert⁴⁹ (27,7% \pm 2,9), közel harmada droghasználati célú szert (31,3% \pm 3,0) (1. ábra). A diákok hatoda fogyasztott már gyógyszert visszaélészerűen (16,4% \pm 2,4). Dizájner szert minden huszadik diák próbált már az életében (4,8% \pm 1,4). Az összes szerfogyasztás életprevalencia értéke 36,6% (\pm 3,1), azaz a diákok több mint

⁴⁷ A kutatások módszertani jellemzőinek összefoglalása a mellékletben megtalálható.

⁴⁸ Az ESPAD magyarországi adatfelvételei a Budapesti Corvinus Egyetemen Kommunikáció és Szociológia Intézet Szociológia és Társadalompolitika tanszékén készültek. Vezető kutató: Elekes Zsuzsanna. A 2019. évi magyarországi adatfelvételt az NKFIH K127947, Kodolányi János Egyetem Szociológia Tanszék, valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatta.

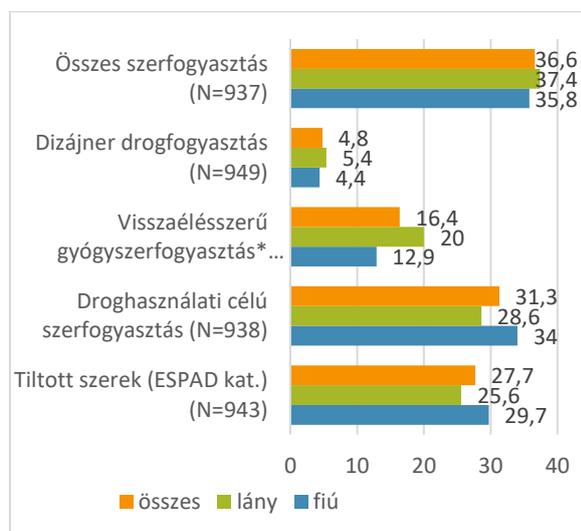
⁴⁹ Az ESPAD kutatás több adatfelvételi hullámra visszamenőleg az alábbi képzett változókkal méri a szerfogyasztás elterjedtségét. *Tiltott szerek* alatt azokat a szereket értjük, amelyek az ESPAD kutatásban kezdetektől lekérdezésre kerültek: marihuána/hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin. *Droghasználati célú szerfogyasztás*: az „ESPAD tiltott szereken” kívül a mágikus gomba, GHB, metamfetaminok, szerves oldószerek, patron/lufi és a mefedron használatát soroljuk ebbe a kategóriába. Korábban az egyéb ópiátok is ide tartoztak, de a 2019-es vizsgálatban ezt nem kérdezte a kutatás. Az egyéb drogok nem szerepelnek a droghasználati célú szerek között. *Visszaélészerű gyógyszerfogyasztás*: a nyugtatók/altatók, fájdalomcsillapítók és az alkohol gyógyszerrel történő együttes fogyasztását jelenti. *Dizájner drogfogyasztás*: Az ESPAD kutatás 2015 óta vizsgálja a dizájner drogfogyasztás elterjedtségét, amely a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok használatát foglalja magában. Összes szerfogyasztás: a fenti összes szert magába foglalja (droghasználati célú szer, visszaélészerű gyógyszerfogyasztás, dizájner drogfogyasztás).

harmada próbált már életében legalább egyszer tiltott és/vagy visszaélészerű legális szert.

A nemi különbségeket vizsgálva csak a visszaélészerű gyógyszerfogyasztásban mutatható ki szignifikáns különbség: a lányok körében több mint másfélszer akkora a kipróbálók aránya, mint a fiúknál. A többi mutató esetében nem különbözik a fiúk és lányok szerhasználata.

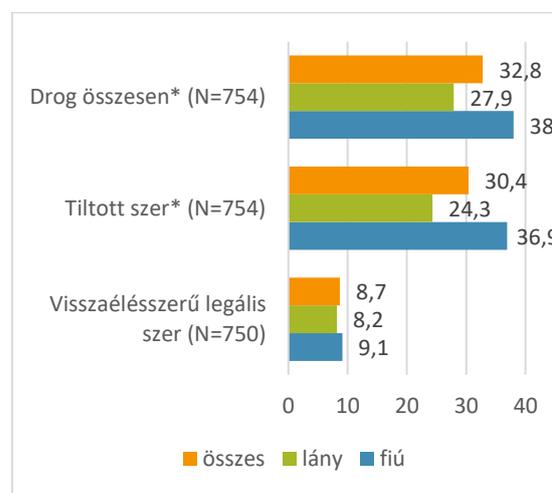
A HBSC kutatás az ESPAD-hoz hasonló eredményt mutat: a budapesti 9. és 11. évfolyamos diákok 32,8%-a ($\pm 3,4$) használt már élete során legalább egy alkalommal valamilyen tiltott drogot és/vagy fogyasztott valamilyen legális szert visszaélészerűen⁵⁰ (2. ábra). Ezen belül a diákok közel harmada (30,4% $\pm 3,3$) próbált már ki valamilyen tiltott szert,⁵¹ és közel tizede (8,7% $\pm 2,0$) használt már visszaélészerűen legalább egyszer valamilyen legális szert⁵². Az ESPAD-dal ellentétben a HBSC kutatás szerint a fiúk szignifikánsan nagyobb arányban próbáltak már ki tiltott szert: másfélszer nagyobb a tiltott szert kipróbáló fiúk aránya a lányokhoz képest. Ugyanígy az összesített drog életprevalencia érték is szignifikánsan magasabb a fiúk körében. Ezzel szemben a visszaélészerű legális szer esetében nem tapasztalható szignifikáns nemi különbség.

1. ábra A különböző típusú szerfogyasztás életprevalencia értéke a budapesti 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében, nemenként 2019-ben, ESPAD (%)



Forrás: Arnold & Elekes, 2021; * $p < 0,05$

2. ábra A tiltott és legális visszaélészerű szerfogyasztás, valamint a droghasználat összesített életprevalencia-értéke a 9 és 11. évfolyamos budapesti tanulók körében nemenként, 2018-ban, HBSC (%)



Adatok forrása: HBSC Adatbázis 2018; * $p < 0,05$

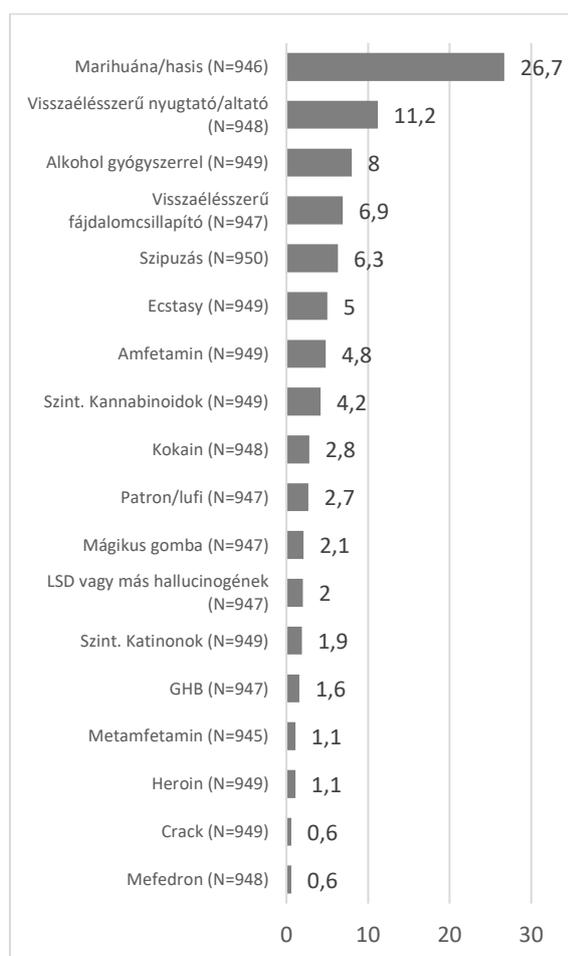
⁵⁰ A kutatás a következő tiltott és legális visszaélészerű szerhasználó magatartásokat vizsgálta: alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon; gyógyszer, hogy feldobjon; ragasztó/oldószer; kannabisz; ecstasy/MDMA; amfetaminok; mágikus gomba; szintetikus kannabinoidok; új stimulánsok; egyéb drogok.

⁵¹ Tiltott szerek közé a HBSC kutatás az alábbi szereket sorolja: kannabisz; ecstasy/MDMA; amfetaminok; mágikus gomba; szintetikus kannabinoidok; új stimulánsok; egyéb drogok. (Az új pszichoaktív szerek [ÚPSZ] besorolása nem egyértelmű, tekintve, hogy egy részük tiltott listán van, másik részük legális. Jelen kutatásban ezeket a tiltott szerek között tüntettük fel.)

⁵² Legális szerek visszaélészerű használata kifejezés az alábbi magatartásokat tartalmazza: alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon; gyógyszer, hogy feldobjon; ragasztó/oldószer használat

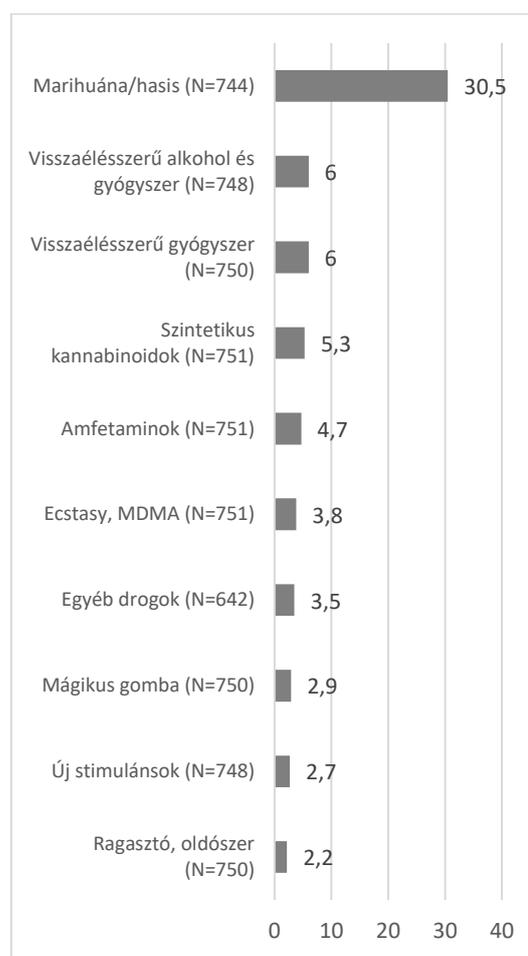
Mind az ESPAD, mind a HBSC eredményei szerint a budapesti diákok körében legelterjedtebb a kannabisz, a diákok több mint negyede próbálta már ki (ESPAD: 26,7%±2,8; HBSC: 30,5%±3,3). A második-harmadik helyeken mind a két kutatás szerint a visszaélészerű legális szerek szerepelnek: visszaélészerű gyógyszer és alkohol gyógyszerrel (3. és 4. ábra). A dizájner drogok közül a szintetikus kannabinoid 5% körüli értékkel a szerstruktúra első harmadában/felében helyezkednek el.

3. ábra Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló budapesti diákok körében 2019-ben, ESPAD (%)



Forrás: Arnold & Elekes, 2021

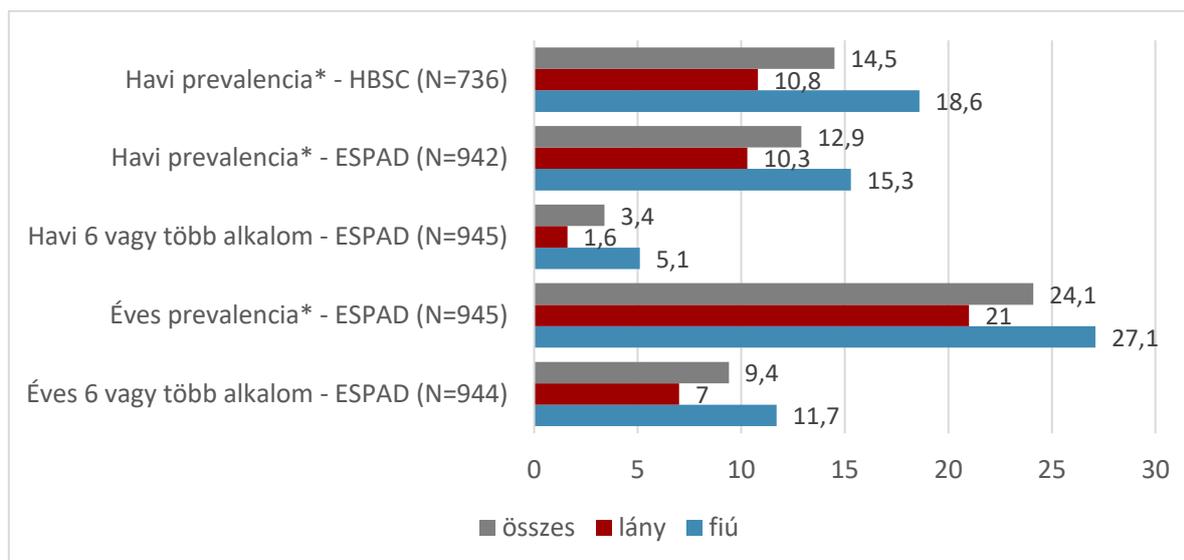
4. ábra Szerenkénti életprevalencia értékek a 9. és 11. évfolyamon tanuló budapesti diákok körében 2018-ban, HBSC (%)



Adatok forrása: HBSC Adatbázis 2018

A budapesti tanulók közel negyede a kérdezést megelőző évben (24,1%±2,7), több mint tizede a kérdezést megelőző hónapban is fogyasztott kannabiszt (ESPAD 12,9%±2,1, HBSC 14,5%±2,5) (5. ábra). Az elmúlt évben a 9-10. évfolyamos budapesti diákok közel tizede (9,4%-a ±1,9) fogyasztott hat vagy több alkalommal kannabiszt. Az elmúlt hónapban a hat vagy több alkalommal fogyasztók aránya 3,4% (±1,2). A kannabisz fogyasztás különböző mutatóit vizsgálva szignifikáns nemi eltérés tapasztalható – a fiúk nagyobb arányban fogyasztanak, mint a lányok - kivéve a rendszeresebb, hat vagy több alkalommal való fogyasztás esetében.

5. ábra A kannabisz fogyasztás mutatói nemi bontásban a budapesti 9-10. évfolyamos diákok körében 2019-ben (ESPAD), illetve a 9. és 11. évfolyamos diákok körében (HBSC) (%)



* $p < 0,05$

ESPAD adatok forrása: Arnold & Elekes, 2021

HBSC adatok forrása: HBSC Adatbázis 2018

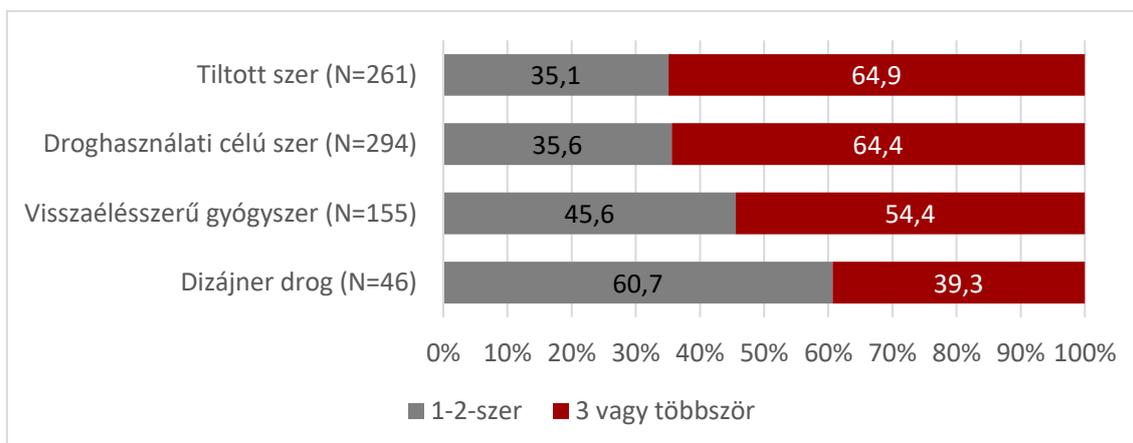
A budapesti 9-10. évfolyamos diákok (N=895) 5%-a ($\pm 1,4$), azaz minden huszadik diák tekinthető magas kockázatú kannabisz fogyasztónak a CAST skála⁵³ szerint. Az elmúlt évben fogyasztó diákok (N=179) több mint ötöde ($24\% \pm 6,3$) tekinthető magas kockázatú kannabiszhasználónak. Nem figyelhető meg szignifikáns nemi különbség.

A szerhasználó diákok körében a fogyasztás gyakoriságát⁵⁴ vizsgálva az ESPAD és a HBSC hasonló eredményeket mutat (6. és 7. ábra). A tiltott szert és a droghasználati célú szert jellemzően nem csak egy-két, hanem 3 vagy több alkalommal fogyasztottak a szerhasználó diákok: a fogyasztó diákok mintegy két-harmada 3 vagy több alkalommal (vagy napon) fogyasztott már valamilyen drogot. A visszaélés szerfogyasztás esetében a fogyasztó diákok kb. fele fogyasztotta azt 3 vagy több alkalommal, a dizájner drogot pedig a fogyasztók esetében vannak csak többségben az 1-2 alkalommal használók, a dizájner szereket fogyasztóknak valamivel több mint harmada (a HBSC szerint kevesebb mint fele) fogyasztotta azt ismételtelen.

⁵³ A CAST skála (Legleye et al., 2007; Hibell et al., 2012) az elmúlt évben kannabiszt fogyasztók körében hat item mentén méri a kockázatos kannabisz fogyasztást. Összesen 0-6 pontot lehet szerezni. Azok tekinthetőek magas kockázatú kannabisz használóknak, akik 2 vagy annál több pontot értek el a skálán (csak azok az esetek érvényesek, amikor a kérdezett mind a hat itemre válaszolt).

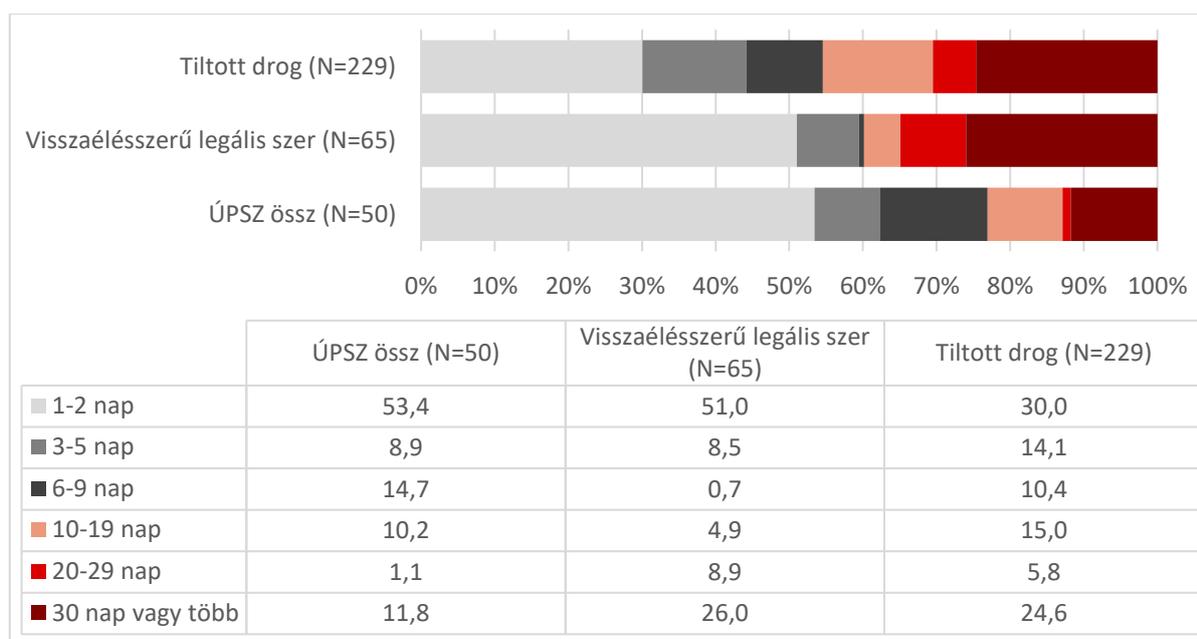
⁵⁴ Az alacsony mintaelemszám miatt óvatosan kell bánni az adatok értelmezésével.

6. ábra A szerhasználat gyakorisága a fogyasztók körében, budapesti 9-10. évfolyam, 2019-ben, ESPAD (%)



Forrás: Arnold & Elekes, 2021

7. ábra A különböző szerhasználói magatartások gyakorisága a 9 és 11. évfolyamos, a drogokat már kipróbált budapesti tanulók körében, HBSC (%)



Adatok forrása: HBSC Adatbázis 2018

A budapesti serdülők drogfogyasztásának társadalmi és pszicho-szociális mintázata

Az ESPAD 2019 kutatás budapesti 16 éves diákok almintáján bináris logisztikus regresszióval megvizsgáltuk az egyes fogyasztói magatartások – droghasználati célú szer, visszaélészerű gyógyszer, dizájner drog, - a társadalmi és pszicho-szociális háttérét, azaz feltártuk azokat a tényezőket, amelyek rizikótényezőt jelenthetnek a szercsoport kipróbálása tekintetében.

A regressziós modellek célváltozója a droghasználati célú szer, visszaélésszerű gyógyszer, dizájner drog életprevalencia értékei, melyen belül a referencia kategóriát azok jelentették, akik az életük során soha nem használtak droghasználati célú szert/visszaélésszerű gyógyszert/ dizájner drogot. Fontos megjegyezni, hogy a három szerhasználói magatartás nem egymást kizáróak, tehát a dizájner szerhasználók között lehetnek visszaélésszerű használók, vagy a droghasználati célú fogyasztók között dizájner használók stb.

A bináris logisztikus regresszió elemzés szerint a különböző fogyasztói magatartások valamelyike a vizsgált társadalmi és pszicho-szociális változók mintegy felével mutat szignifikáns kapcsolatot (1. táblázat). A szülők iskolai végzettsége, a családszerkezet, az apával, barátokkal való kapcsolat minősége, a családi támogatás skála, az önbecsülés és az elidegenedés egyik szerhasználói magatartással sem mutat szignifikáns kapcsolatot. A kérdezett neme, szubjektív anyagi helyzete, az iskola típusa, a családi és iskolai integráció bizonyos mutatói, a társas támogatás, valamint a depresszió és anómia mutat szignifikáns kapcsolatot a különböző fogyasztói magatartásokkal. Az alábbiakban ezeket fejtjük ki.

- A *kérdezett neme* a droghasználati szerfogyasztás esetében mutat szignifikáns kapcsolatot, mégpedig oly módon, hogy a fiúk nagyobb kitettsége figyelhető meg.
- A *szubjektív anyagi helyzet* a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztók körében meghatározó: a jobb anyagi körülmények rizikótényezőt jelentenek a fogyasztás szempontjából.
- Az *iskola típusa* mentén azt tapasztaltuk, hogy a szakgimnáziumba (korábban szakközépiskolába) járóknak kisebb esélye van a droghasználati célú szerfogyasztásra, mint a gimnáziumba járó társaiknak.
- Minél rosszabb az *anyával való kapcsolat* annál nagyobb a kockázata a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztásra.
- A *szülői kontroll* esetében mindhárom fogyasztói magatartással szignifikáns kapcsolat figyelhető meg: a nagyobb szülői kontroll egyértelműen védőfaktorot jelent a különböző szerek kipróbálása tekintetében.
- Az *engedékenyebb nevelés* kockázati mintázata figyelhető meg a droghasználati célú szerfogyasztás esetében.
- A dizájner szerfogyasztást tekintve úgy tűnik, a társas hatás nyilvánul meg: a nagyobb *társas támogatás* kockázati tényezőt jelent dizájner szerfogyasztásban.
- Az *iskolai integráció* hiánya (iskolai lógások) egyértelműen rizikótényezőnek mutatkozik mindhárom vizsgált fogyasztói magatartásnál.
- A *depresszió és az anómia* (normátlanság) szintén kockázati mintázatot mutatnak mindhárom fogyasztói magatartás esetében: minél inkább mutat valaki depressziós, anómiás tüneteket, annál nagyobb az esély, hogy kipróbál valamilyen szert.

Összességében azt mondhatjuk, hogy a szülői kontroll és iskolai integráció hiánya, a depresszió és anómia jelenléte mindhárom vizsgált fogyasztói magatartás (droghasználati célú szer, visszaélésszerű gyógyszer, dizájner drog) esetében rizikótényezőt jelent. Míg a jobb anyagi körülmények és az anyával való rossz kapcsolat csak a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás esetében mutatkozik kockázati tényezőnek, addig a nem, az iskola típusa és a nevelési stílus csak a droghasználati célú szerfogyasztásnál jelent rizikótényezőt mégpedig oly módon, hogy a fiúknak, az engedékenyebb nevelésben részesülőknek és a gimnáziumba járóknak nagyobb esélye van a

droghasználati célú szerfogyasztásra. A társas hatás csak a dizájner drogfogyasztás tekintetében mutatkozik meg, mint rizikófaktor.

1. táblázat A különböző szerhasználói csoportok és a háttértényezők⁵⁵ kapcsolatát kifejező bináris logisztikus modellek eredményei (esélyhányados és a Wald statisztikához tartozó szignifikancia szint) a budapesti 16 évesek körében az ESPAD 2019 adatai alapján

HÁTTÉRJELLEMZŐK		DROGHASZNÁLATI CÉLÚ SZERFOGYASZTÁS		VISSZAÉLÉSSZERŰ GYÓGYSZERFOGYASZTÁS		DIZÁJNER DROGFogyasztás		
		OR	p	OR	p	OR	p	
TÁRSADALMI HÁTTÉR	Nem (ref: nő)							
	Fiú	2,20	0,001	0,58	0,066	1,05	0,926	
	Szubjektív anyagi helyzet	0,82	0,094	0,61	0,000	0,67	0,090	
	Iskola típus (ref: gimnázium)							
	Szakgimnázium	0,51	0,009	1,51	0,183	0,91	0,867	
	Szakközépiskola	0,48	0,059	0,61	0,350	1,30	0,693	
	Apa iskolai végzettsége (ref: felsőfokú végzettség)							
	Kevesebb mint érettségi	1,49	0,232	1,60	0,272	1,77	0,453	
	Érettségi	1,13	0,657	1,25	0,524	2,78	0,097	
	Anya iskolai végzettsége (ref: felsőfokú végzettség)							
	Kevesebb mint érettségi	1,04	0,903	0,70	0,442	2,06	0,302	
	Érettségi	0,77	0,350	0,97	0,939	0,95	0,938	
	Családszerkezet (ref: ép család)							
	Mozaik	1,36	0,317	1,63	0,172	1,36	0,635	
	Csonka	1,33	0,271	0,95	0,885	2,00	0,173	
Nincs édesszülő	1,18	0,774	1,93	0,307	1,51	0,705		
PSZICHO-SZOCIÁLIS JELLEMZŐK	CSALÁD	Anyával való kapcsolat minősége	1,15	0,240	1,45	0,013	1,06	0,806
		Apával való kapcsolat minősége	1,11	0,301	1,15	0,256	0,98	0,929
		Szülői kontrol	1,62	0,014	1,90	0,004	1,99	0,043
		Családi támogatás skála	0,98	0,482	1,04	0,232	0,94	0,159
		Nevelési stílus	1,12	0,001	0,93	0,111	0,98	0,748
	BARÁTOK ÉS ISKOLA	Barátokkal való kapcsolat minősége	0,78	0,129	1,15	0,455	1,54	0,217
		Baráti támogatás skála	1,02	0,344	0,99	0,793	1,16	0,022
		Iskolai lógás	1,44	0,002	1,63	0,000	1,52	0,023
	PSZICHOLOGIAI JELLEMZŐK	Depresszió	1,09	0,022	1,17	0,000	1,16	0,045
		Önbecsülés	0,99	0,653	0,98	0,396	0,94	0,173
Anómia: Normátlanság		0,92	0,027	0,90	0,026	0,81	0,011	
Anómia: Elidegenedés		0,96	0,274	1,04	0,418	1,02	0,791	

Adatok forrása: ESPAD Adatbázis 2019

⁵⁵ Háttértényezők leírása lásd Mellékletben abc sorrendben.

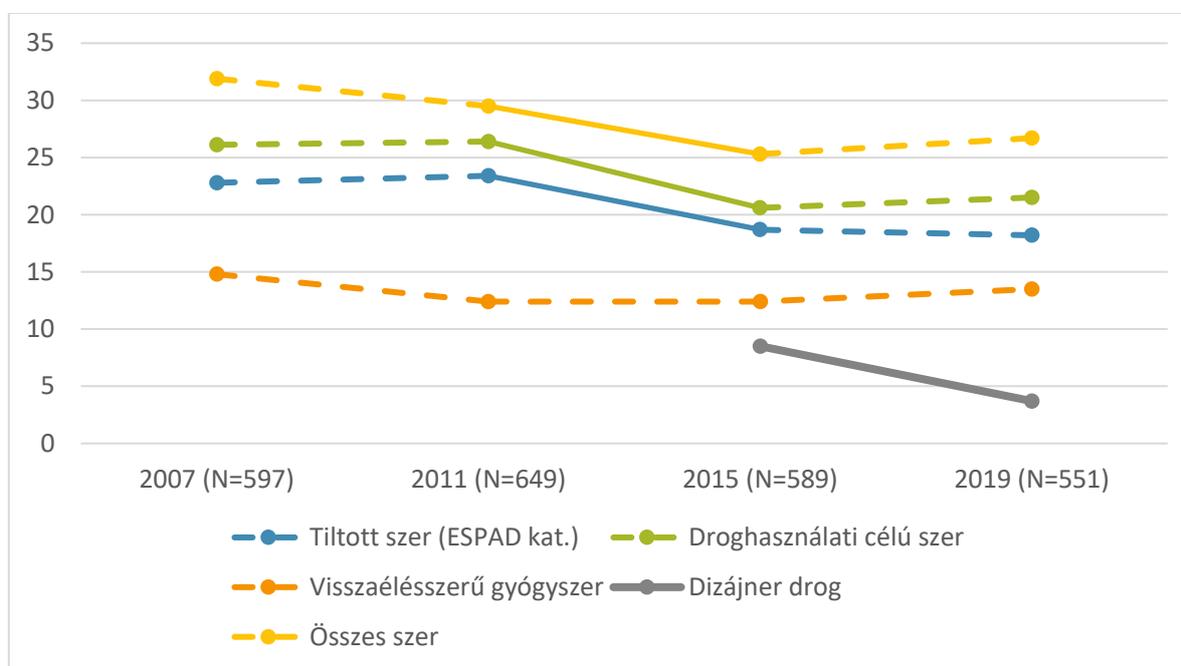
A budapesti serdülők körében jelentkező trendek

Az ESPAD adatok szerint a különböző fogyasztói magatartások mindegyike esetében 68%-os megbízhatósági szinten állíthatjuk, hogy csökkent 2007 és 2019 között, kivéve a visszaélészerű gyógyszerhasználatot, amely összességében nem változott szignifikánsan az elmúlt 15 évben (8. ábra). Az elmúlt két adatfelvételi hullám között nem volt megfigyelhető szignifikáns változás az egyes fogyasztói magatartások tekintetében, kivéve a dizájner drogokat, amelyek szignifikánsan csökkentek.

A teljes vizsgált időszakot tekintve a HBSC némileg eltérő eredményt mutat (9. ábra): a tiltott szerhasználat tendencia jelleggel (68%-os megbízhatóság) csökkent, az összesített droghasználat pedig nem változott szignifikánsan 2006 és 2018 között, azonban a visszaélészerű gyógyszerhasználatban szignifikáns csökkenés figyelhető meg ebben az időszakban. Az elmúlt két adatfelvételi hullám között az ESPAD eredményekkel ellentétben a HBSC adatok szerint szignifikáns növekedés volt tapasztalható a tiltott szerhasználatban és az összesített droghasználatban, míg a visszaélészerű gyógyszerfogyasztásban nem mutatkozik szignifikáns változás.

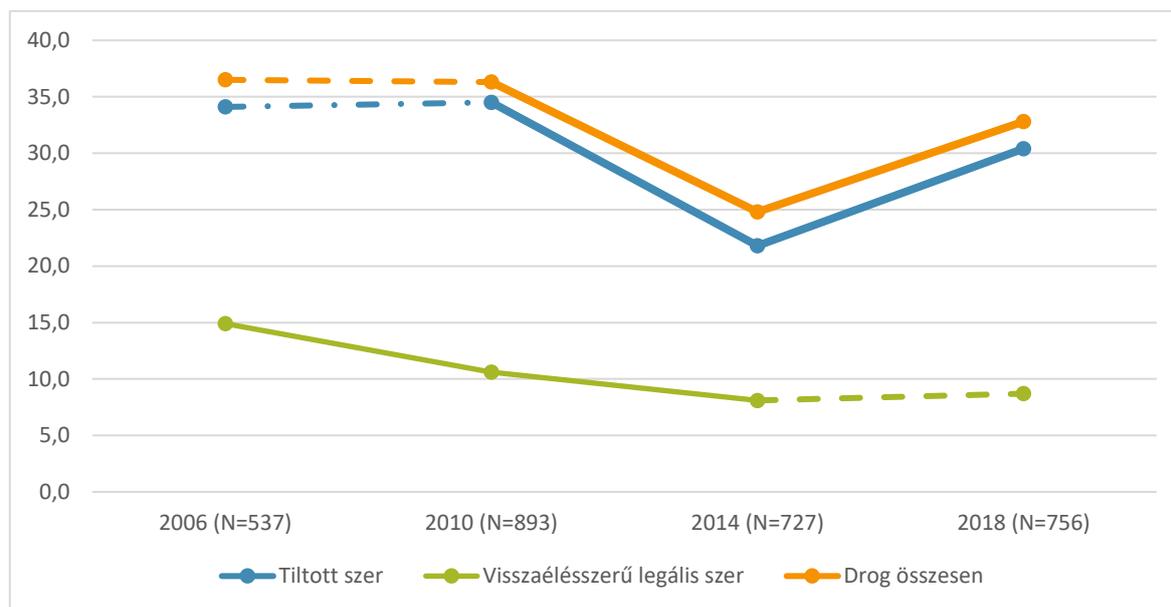
Összességében mind a két kutatás kedvezőbb képet fest a 15 évvel ezelőtti helyzethez képest, a mutatók nem növekedtek: jellemzően tendencijelleggel csökkentek vagy nem változtak. Azonban az elmúlt időszokról vegyes eredményt mutat a két kutatás: az ESPAD stagnálásról, a HBSC pedig szignifikáns növekedésről tesz tanúbizonyságot.

8. ábra A különböző fogyasztó magatartások életprevalencia értéke a budapesti 16 évesek körében 2007-2019, ESPAD (%)



Jelölések: Folyamatos vastag vonal – 95%-os biztonsággal jelzett változás
 Folyamatos vékony vonal – tendencia jellegű (68%-os biztonsággal jelezett változás)
 Szaggatott vonal – nincs változás, ill. hibahatáron belüli változás
 Forrás: ESPAD Trend Adatbázis 1995-2019

9. ábra A különböző fogyasztó magatartások életprevalencia értéke a budapesti 9 és 11. évfolyamosok körében 2006-2018, HBSC (%)

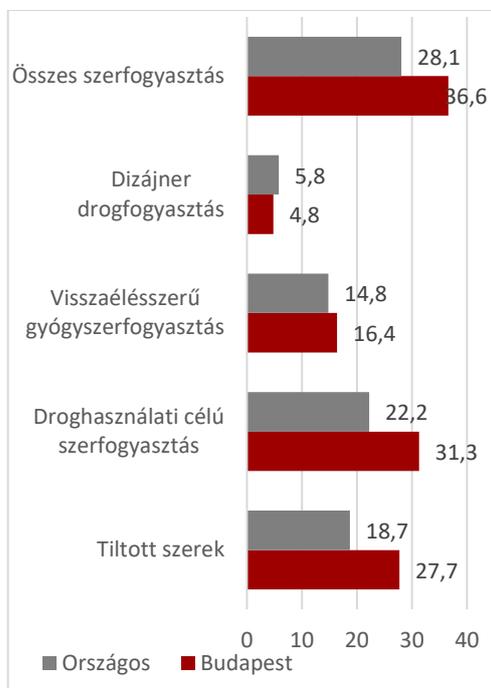


*Jelölések: Folyamatos vastag vonal – 95%-os biztonsággal jelzett változás
Folyamatos vékony vonal – tendencia jellegű (68%-os biztonsággal jelezett változás)
Szaggatott vonal – nincs változás, ill. hibahatáron belüli változás
Forrás: HBSC Adatbázis 2006, 2010, 2014, 2018*

A budapesti serdülők drogfogyasztása országos kontextusban

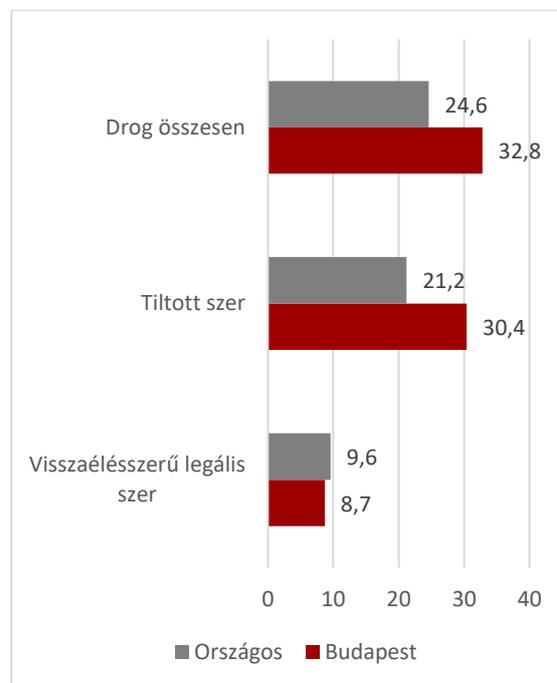
A különböző szerhasználói magatartásokat összevetve az országos eredményekkel, hasonló mintázat rajzolódik ki az ESPAD és a HBSC adatok mentén (10. és 11. ábra): a budapesti diákok 95%-os megbízhatósággal érintettebbek drogfogyasztás szempontjából, mint az országos átlag, azonban a visszaélésszerű szerfogyasztás esetében nem mutatkozik különbség a budapesti diákok körében az országos átlaghoz képest. 95%-os megbízhatósággal állíthatjuk, hogy a tiltott szerhasználat közel másfélszer akkora, az összes szerhasználat 1,3-szor magasabb a budapesti diákok körében, mint országos átlagban. A budapesti diákok dizájn szerfogyasztása tendenciaszerű különbséget mutat az országos átlaghoz képest, mégpedig oly módon, hogy a budapesti diákok alacsonyabb érintettsége figyelhető meg.

10. ábra A különböző típusú szerfogyasztás életprevalencia értéke a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében, Budapesten és országosan 2019-ben, ESPAD (%)



Forrás: Arnold, 2020, Arnold & Elekes, 2021

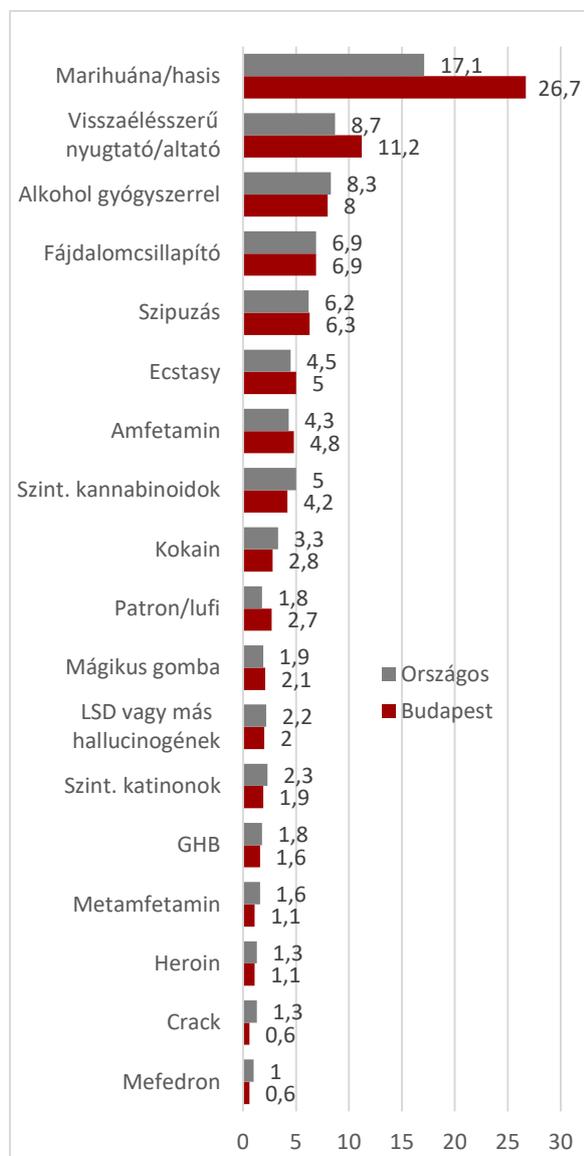
11. ábra A tiltott és legális visszaélészerű szerfogyasztás, valamint a droghasználat összesített életprevalencia-értéke a 9 és 11. évfolyamon tanuló diákok körében Budapesten és országosan 2018-ban, HBSC (%)



Forrás: HBSC Adatbázis 2018, Paksi, 2019

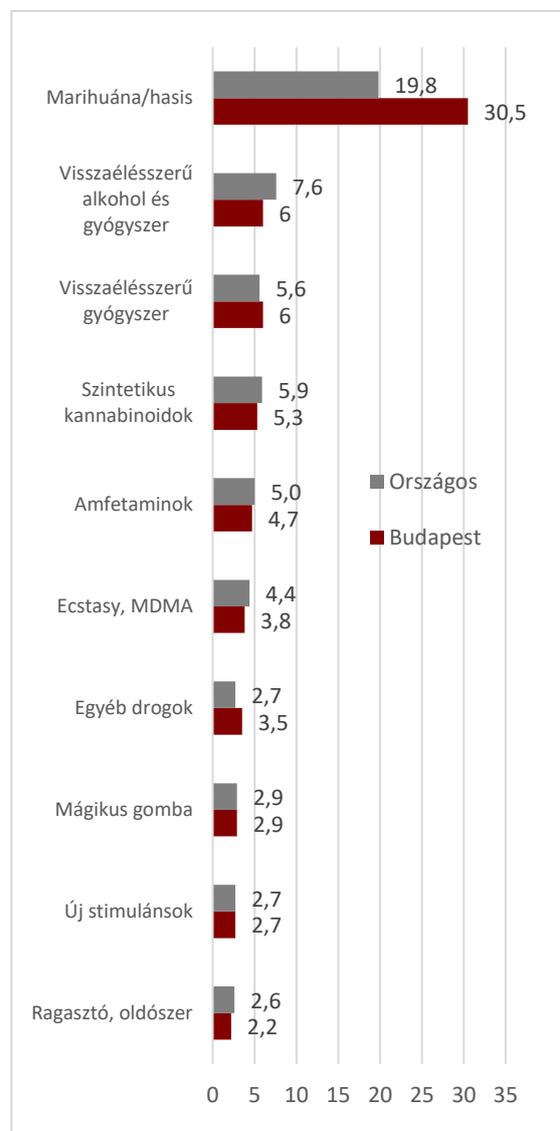
A budapesti diákokra jellemző szerstruktúrát összevetve az országos eredményekkel hasonló eredmény mutatkozik mind az ESPAD, mind a HBSC adatok mentén (12. és 13. ábra): első helyen a kannabisz, második, harmadik helyen valamilyen visszaélészerű legális szer (gyógyszer vagy gyógyszer alkohollal) szerepel. Az egyes szerek budapesti életprevalencia adatait összevetve az országos rátákkal markánsabb eltérés a kannabisz esetében tapasztalható: 95%-os megbízhatósággal állíthatjuk, hogy másképpen fordul elő a fővárosban, mint országos átlagban. Tendenciaszerű különbség mutatkozik a visszaélészerű nyugtató/altató (ESPAD) valamint alkohol+gyógyszer (HBSC) fogyasztásában: ez előbbi inkább, ez utóbbi pedig kevésbé jellemző a budapesti diákokra. A többi szer esetében nem tapasztalható eltérés a budapesti és országos adatok között.

12. ábra Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében, Budapesten és országosan 2019-ben, ESPAD (%)



Forrás: Arnold, 2020, Arnold & Elekes, 2021

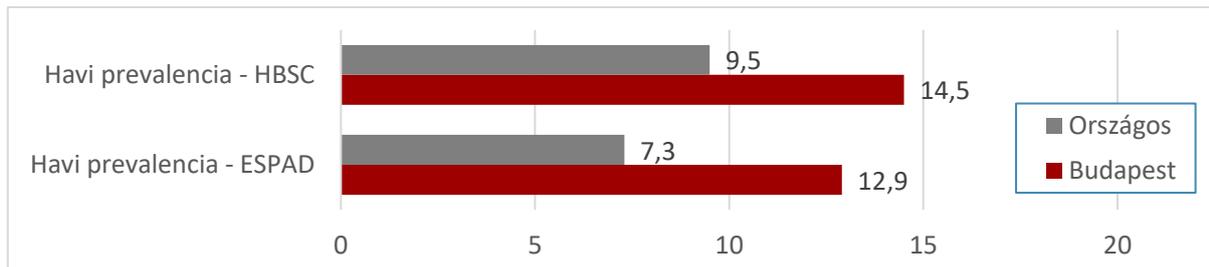
13. ábra Szerenkénti életprevalencia értékek a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok körében Budapesten és országosan 2018-ban, HBSC (%)



Forrás: HBSC Adatbázis 2018, Paksi, 2019

A kannabisz fogyasztás havi prevalencia adatait vizsgálva is (14. ábra) 95%-os megbízhatósággal állíthatjuk, hogy magasabb fogyasztási ráták figyelhetők meg a budapesti diákok körében az országos átlaghoz képest. Azonban a kockázatos/problémás kannabisz fogyasztás esetében nem mutatkozik eltérés a budapesti és országos átlag között. A CAST skála szerint a budapesti és az országos kannabiszt fogyasztó diákok közel negyedére (Bp: 24%; országos: 25,7%) jellemző a magas kockázatú kannabisz fogyasztás. Úgy tűnik, hogy a budapestiek körében nagyobb mértékű kannabisz fogyasztás jellemző, mint országos átlagban, azonban, akik fogyasztanak, 95%-os megbízhatósággal állíthatjuk, hogy nem problémásabbak, mint a hazai diákok átlagban.

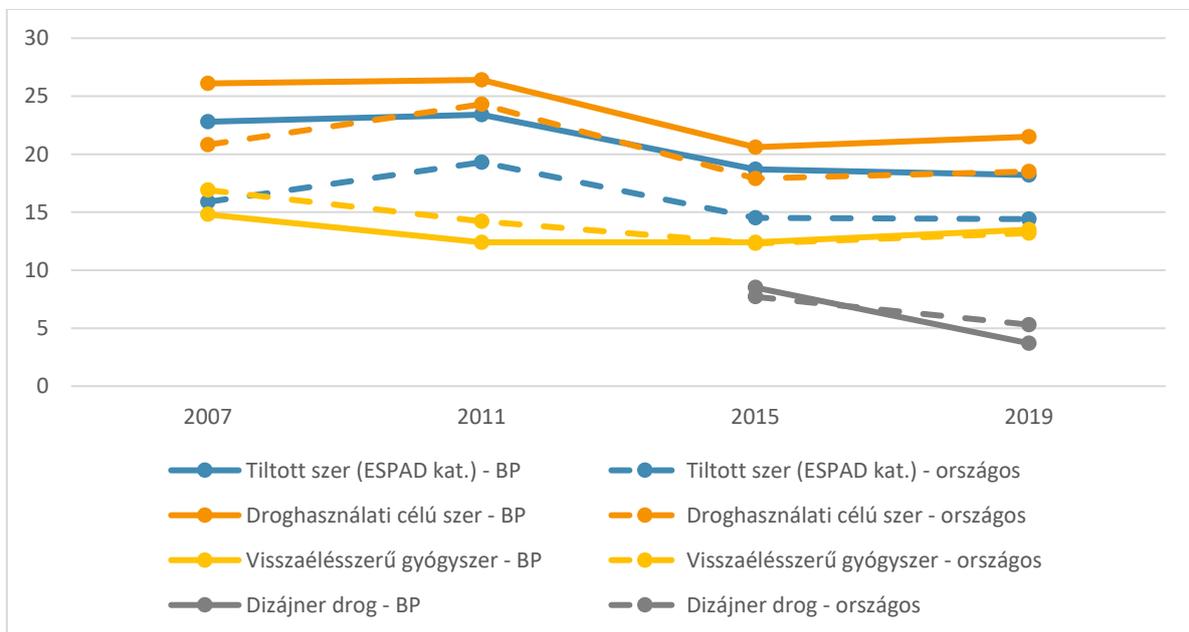
14. ábra A kannabisz fogyasztás havi prevalencia értéke Budapesten és országosan ESPAD (9-10. évfolyam), HBSC (9. és 11. évfolyam), 2019-ben (%)



Forrás: HBSC Adatbázis 2018, Paksi 2019, Arnold, 2020, Arnold & Elekes, 2021

Az ESPAD és HBSC budapesti fogyasztási rátákat összevetve az országos trend eredményekkel, hasonló mintázat rajzolódik ki (15. és 16. ábra). Az elmúlt 15 évben majdnem végig az országos átlag felett (vagy azzal megegyezően) helyezkednek el a budapesti iskolás serdülők tiltott szer/droghasználati célú szerfogyasztása, ezzel szemben a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás/legális szerfogyasztás esetében nem mutatkozik szignifikáns eltérés a budapesti diákok körében az országos átlaghoz képest 2006 és 2019 között (kivéve HBSC 2010-ben). Ugyanígy a fővárosi serdülők dizájner szerfogyasztása is az országos átlagnak felel meg, azonban 2019-ben tendenciaszerű eltérés tapasztalható – a budapestiek körében figyelhető meg alacsonyabb életprevalencia érték.

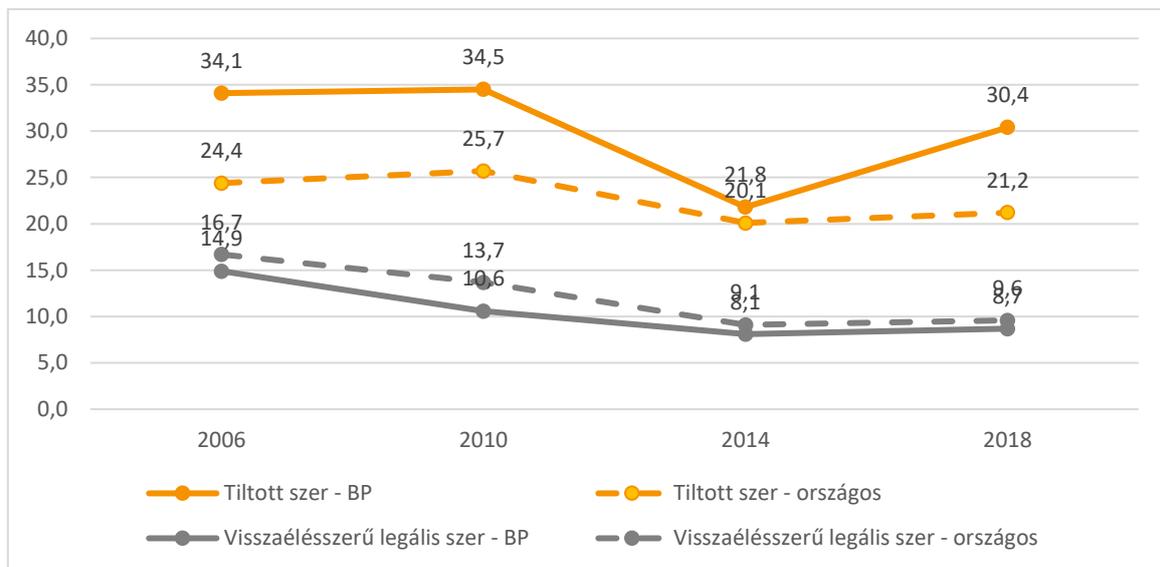
15. ábra A különböző fogyasztó magatartások életprevalencia értéke a 16 évesek körében Budapesten és országosan⁵⁶, 2007-2019, ESPAD (%)



Forrás: ESPAD Trend Adatbázis 1995-2019

⁵⁶ Az ábrán szereplő eredmények az ESPAD Trend Adatbázis 1995-2019 alapján lettek számítva, amelyek a tisztítás, egységesítés miatt kis mértékben eltérhetnek a korábbi kutatási jelentésekben szereplő rátáktól.

16. ábra A különböző fogyasztó magatartások életprevalencia értéke a 9 és 11. évfolyamosok körében Budapesten és országosan, 2006-2018, HBSC (%)

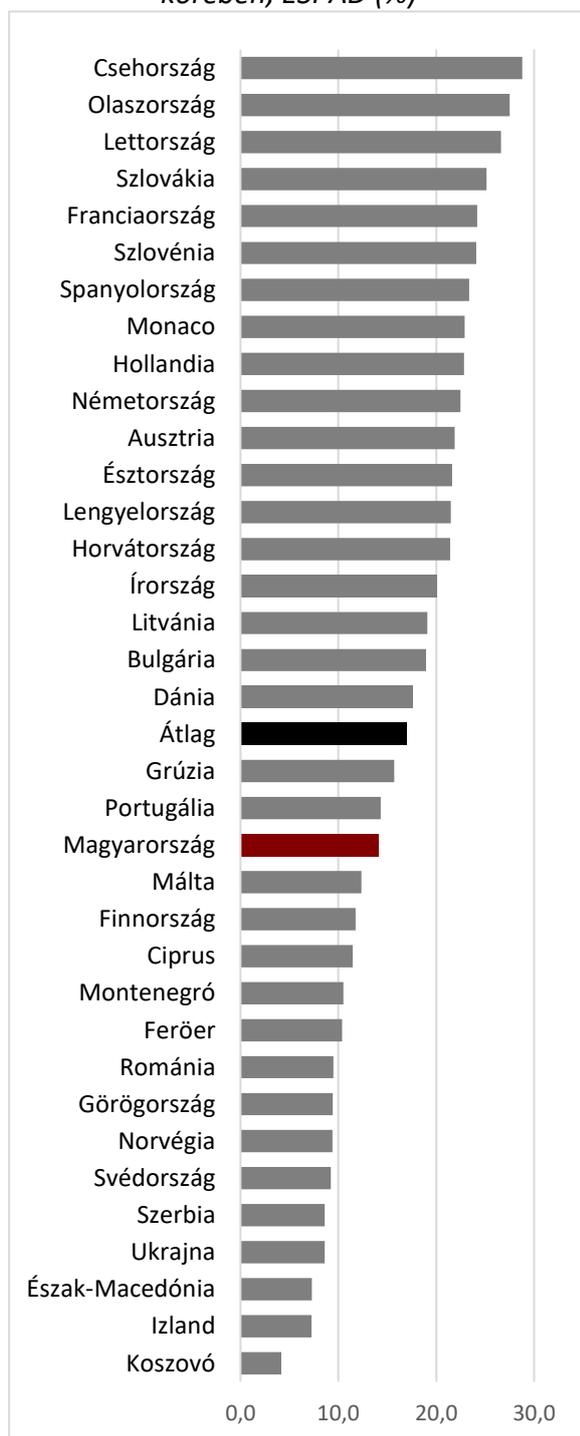


Forrás: HBSC Adatbázis 2006, 2010, Arnold, 2014, Paksi, 2019

Nemzetközi kitekintés

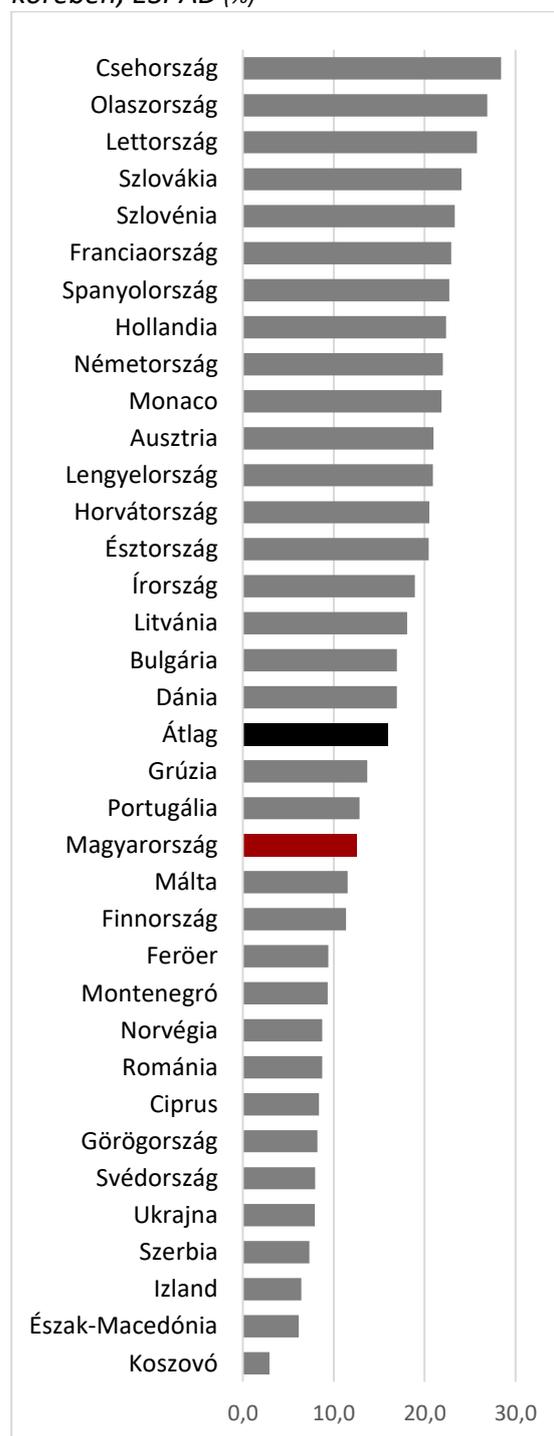
A hazai serdülők drogfogyasztását csak országos adatok alapján van lehetőségünk nemzetközi kontextusba helyezni, tekintettel arra, hogy nem állnak rendelkezésre fővárosokra vonatkozó adatok. Az ESPAD adatok (ESPAD Group 2020) alapján azt láthatjuk, hogy a hazai 16 éves fiatalok a tiltott szerfogyasztást és kannabisz fogyasztást tekintve az országok rangsorában a középmezőnyben, valamivel az ESPAD-országok átlaga alatt helyezkedik el (17. és 18. ábra). Az ÚPSZ életprevalencia tekintetében valamelyest átlag felett, a magasabb érintettségű országok közé tartoznak a hazai serdülők (19. ábra). A visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia értékei alapján messze az átlag felett, az országok rangsorában a nyolcadik helyen szerepel Magyarország (20. ábra). A HBSC adatok (Inchley et al., 2020) az ESPAD adatokkal összhangban azt mutatják, hogy a hazai diákok a kannabiszt valaha kipróbálók aránya alapján az országok rangsorában a középmezőnyben, valamelyest a nemzetközi átlag alatt helyezkednek el.

17. ábra A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értéke az ESPAD-országokban 2019-ben a 16 évesek körében, ESPAD (%)



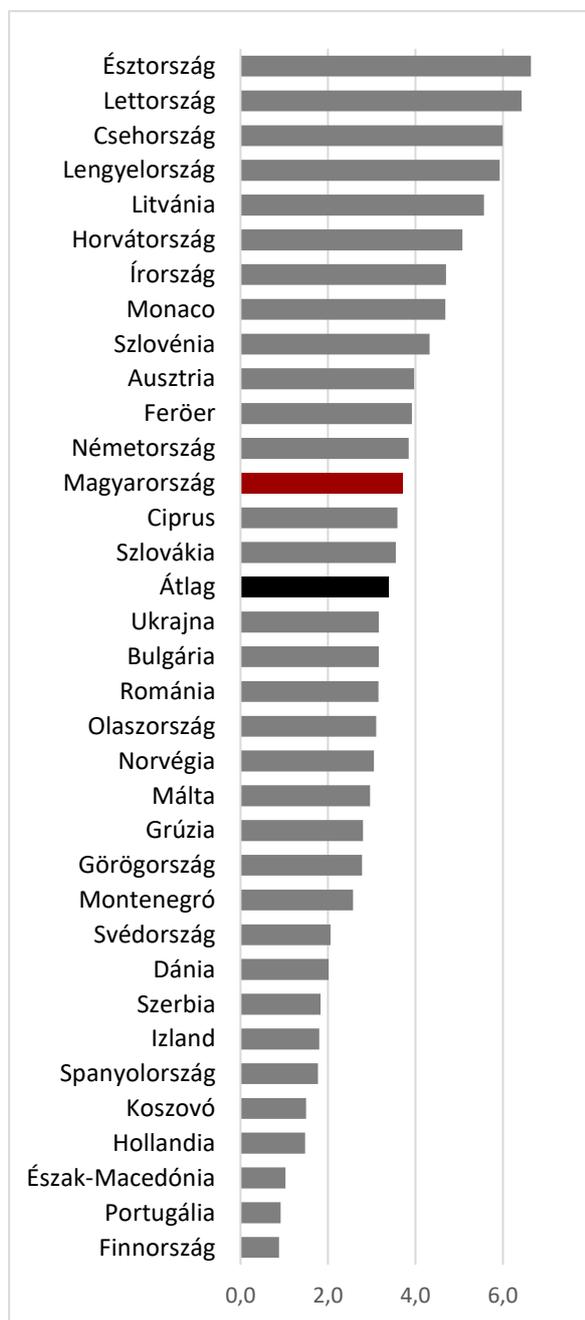
Forrás: ESPAD Adatbázis: <http://www.espad.org/espad-report-2019>, ESPAD Group 2020, saját szerkesztés

18. ábra A kannabisz fogyasztás életprevalencia értéke az ESPAD-országokban 2019-ben a 16 évesek körében, ESPAD (%)



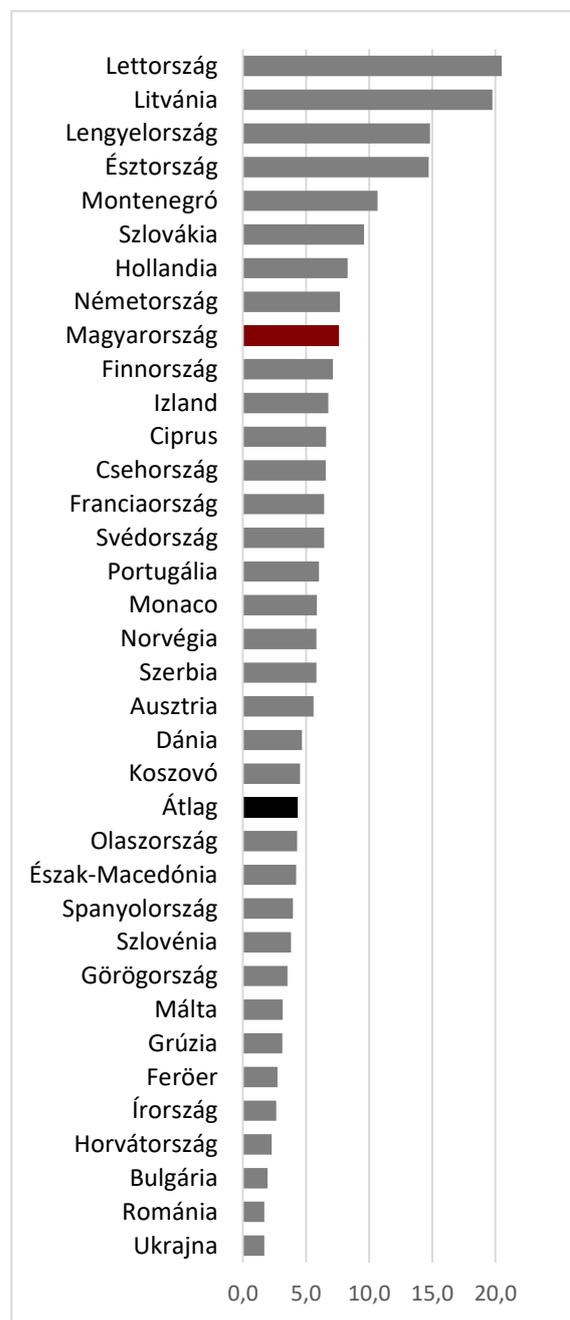
Forrás: ESPAD Adatbázis: <http://www.espad.org/espad-report-2019>, ESPAD Group 2020, saját szerkesztés

19. ábra Az új pszichoaktív szerfogyasztás életprevalencia értéke az ESPAD-országokban 2019-ben a 16 évesek körében, ESPAD (%)



Forrás: ESPAD Adatbázis: <http://www.espad.org/espad-report-2019>, ESPAD Group 2020, saját szerkesztés

20. ábra Visszaélészerű nyugtató, altató fogyasztás életprevalencia értéke az ESPAD-országokban 2019-ben a 16 évesek körében, ESPAD (%)



Forrás: ESPAD Adatbázis: <http://www.espad.org/espad-report-2019>, ESPAD Group 2020, saját szerkesztés

Összegzés

A két nemzetközi kutatássorozat adatai alapján azt mondhatjuk, hogy bár az elmúlt 15 évben stagnálás vagy csökkenés figyelhető meg a fővárosban az egyes fogyasztói magatartások tekintetében, azonban:

- 1) A budapesti iskolás serdülők körében továbbra is jelen van a drogprobléma: a diákok több mint harmada próbált már életében legalább egyszer tiltott és/vagy visszaélészerű legális szert.
- 2) Az elmúlt időszakban a HBSC szerint egy markánsabb növekedés tapasztalható a budapesti serdülők drogfogyasztásában.
- 3) Minden huszadik budapesti diák tekinthető kockázatos kannabiszhasználónak.
- 4) Az országos átlaghoz képest szignifikánsan nagyobb a budapesti diákok drogérintettsége, azonban a dizájner szerfogyasztása esetében tendenciaszerűen a budapesti diákok alacsonyabb érintettsége figyelhető meg.
- 5) A budapestiek körében nagyobb mértékű kannabisz fogyasztás jellemző, mint országos átlagban, azonban, akik fogyasztanak, nem problémásabbak, mint az országos átlag.
- 6) Nemzetközi kontextusban - az ÚPSZ fogyasztás és visszaélésű fogyasztás - kedvezőtlenebb a hazai fiatalok helyzete, azonban a kannabisz fogyasztás tekintetében kedvezőbb kép rajzolódik ki.

Mindemellett az adatfelvétel számára nagy kihívást jelent a dizájner drogfogyasztás megbízható mérése⁵⁷, amely validációs vizsgálatokat tehet szükségessé, ha reális képet szeretnénk kapni a serdülők drogfogyasztásáról. A prevenciós beavatkozások megtervezése során fontos annak ismerete, hogy a szülői kontroll és iskolai integráció hiánya, a depresszió és az anómia jelenléte mindhárom vizsgált fogyasztói magatartás (droghasználati célú szer, visszaélésű gyógyszer, dizájner drog) esetében rizikótényezőt jelent.

⁵⁷ Mind a két kutatás alacsony dizájner drog prevalenciaérték mért, azonban azt vélelmezzük, hogy alulbecslés történt és feltehetően nagyobb mértékű problémáról van szó. Az alulbecslés okai között lehetnek módszertani nehézségek, mint pl. a dizájnerdrog mérése (pl. a gyorsan változó szlengnevek vagy a dizájnerdrogok nagy száma miatt: Az EMCDDA 2020-ban 830 új pszichoaktív anyagot tartott számon, melyből 46 anyag 2020-ban jelent meg először az európai piacon (EMCCDA, 2021), vagy azok a korlátok, amelyek általában egy illegális viselkedés mérése során előjönnek: a fiatalkorúakra vonatkozó kutatások esetében (is) fontos figyelembe venni a szerhasználatra vonatkozó kérdések esetében az önbevallás mértékét, a kérdés érzékenységét, a büntethetőséget, a szégyenérzetet, a társadalom kábítószerrel kapcsolatos attitűdjét miatt; vagy azt, hogy a normálpopulációs vizsgálatok épp azokat a csoportokat nem érik el (pl. iskolaelhagyók, társadalom peremén élők), ahol magasabb a drog-, alkohol használat mértéke (Arnold et al., 2021, Csák et al., 2017).

Felhasznált irodalom

- Arnold P (2014). Drogfogyasztási szokások. In Németh Á, Költő A (szerk): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. NEFI, Budapest, pp. 73-86.
- Arnold P (2020): Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. In: Elekes Zs, Arnold P, Bencsik N (szerk.) (2020): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. P: 28-35.
- Arnold P, Elekes Zs (2021). A budapesti 9-10. évfolyamos diákok egészségkárosító magatartása ESPAD 2019. Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól. Tanulmány a Köztes Átmenetek számára. Kézirat.
- Arnold, P., Bencsik, N., Elekes Zs. (2021). Új szerek — új mintázatok? Dizájnnerdrogok és klasszikus tiltott szerek társadalmi mintázata egy európai iskolai felmérés, az ESPAD hazai adatai alapján. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 62: 4 pp. 13-30.
- Bjarnason, T. (2009). Anomie among European adolescents: Conceptual and empirical clarification of a multilevel sociological concept. *Sociological Forum*, 24(1), 135–161. doi: [10.1111/j.1573-7861.2008.01089.x](https://doi.org/10.1111/j.1573-7861.2008.01089.x)
- Csák, R., Arnold, P., & Németh, Á. (2017). Dizájnnerdrog-fogyasztás a serdülőkorú fiatalok körében – HBSC-kutatás 2013/2014. In: Felvinczi, K. (Ed.), *Változó képletek – új(abb) szerek: kihívások, mintázatok* (pp. 11–24). L'Harmattan.
- Elekes Zs. (2009): *Egy változó kor, változó ifjúsága*. NDI szakmai forrás sorozat kutatások 12. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Elekes Zs (2016): Dohányzás. In: Elekes Zs: EURÓPAI ISKOLAVIZSGÁLAT AZ ALKOHOL- ÉS EGYÉB DROGFOGYASZTÁSI SZOKÁSOKRÓL – 2015, Magyarországi eredmények. Budapesti Corvinus Egyetem. P. 22-37.
- Elekes Zs (2020): Az alkoholfogyasztás elterjedtsége. In: Elekes Zs, Arnold P, Bencsik N (szerk.) (2020): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. P: 21-27.
- Elekes Zs, Arnold P (2020): Trendek. In: Elekes Zs, Arnold P, Bencsik N (szerk.) (2020): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. P: 168-194.
- Elekes Zs, Bencsik N (2020): A dohányzás elterjedtsége. In: Elekes Zs, Arnold P, Bencsik N (szerk.) (2020): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. P: 18-20.
- Elekes Zs, Domokos T (2020). Az ESPAD-kutatás módszertana. In: Elekes Zs, Arnold P, Bencsik N (szerk.) (2020). *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. P: 7-17.
- Elekes Zs, Arnold P, Bencsik N (szerk.) (2020): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.
- Elekes Zs, Horváth Á (2021). ESPAD 1995-2019. Módszertani útmutató az ESPAD kutatásokhoz és az ESPAD Trend Adatbázishoz. Budapest. Kézirat. http://www.devianciakutatas.hu/docs/2021/ESPAD_kutatasok_modszertana.pdf

- EMCDDA (2021): *European Drug Report 2021: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/TDAT21001ENN.pdf>. (Utolsó letöltés: 2021. 07. 19.)
- ESPAD Group (2020), *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. 2000. *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Kokkevi, A., Fotiou, A., (2009): The ESPAD Psychosocial Modul. In: Hibell et al.: *The 2007 ESPAD Report* CAN EMCDDA. Council of Europe Stockholm, 172-183.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007): Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test, *Journal of Substance Use*, 12:4, 233-242, DOI: [10.1080/14659890701476532](https://doi.org/10.1080/14659890701476532)
- Németh Á (2019). A kutatás módszertana. In Németh Á, Várnai D (szerk): *Kamaszéletmód Magyarországon*. ELTE PPK RendSzerTan, L'Harmattan Kiadó, Budapest, pp. 15-25.
- In Németh Á, Várnai D (szerk) (2019). *Kamaszéletmód Magyarországon*. ELTE PPK RendSzerTan, L'Harmattan Kiadó, Budapest
- Németh Á, Arnold P, Örkényi Á (2016). Három évtizedes nemzetközi kutatás a serdülők életmódjáról. *GYERMEKGYÓGYÁSZATI TOVÁBBKÉPZŐ SZEMLE* 21: 3 pp. 136-139.
- Paksi B (2019). Drogfogyasztási szokások. In Németh Á, Várnai D (szerk): *Kamaszéletmód Magyarországon*. ELTE PPK RendSzerTan, L'Harmattan Kiadó, Budapest, pp. 88-108.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012): *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe. P:390
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. doi: [10.1207/s15327752jpa5201_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

Melléklet

A kutatások módszertani háttere

ESPAD

A kutatás nappali tagozatos normál iskolai képzésben résztvevő fiatalok országos reprezentatív mintáján készült szülői beleegyezéssel, osztályos lekérdezéssel és etikai jóváhagyással, 2019 tavaszán. A kutatásban való részvétel névtelen és önkéntes. A mintavétel rétegzett csoportos véletlen mintavételi eljárással készült. A rétegzés régió (7 tervezési-statisztikai régió), évfolyam (9. és 10.) és az osztály típusa (gimnázium, szakgimnázium, szakközépiskola) szerint történt. A szükséges mintanagyság az ESPAD protokollnak megfelelően került meghatározásra a 16 évesekre vonatkozóan és minden szempontból megfelel a nemzetközi standardnak.

A budapesti adatokat súlyoztuk. A budapesti súlyozás mátrixsúlyozással történt, amihez az évfolyamot és az iskolatípust vettük figyelembe. A 9-10. évfolyamos budapesti minta nagysága: 955 fő. A budapesti adatokat összehasonlítjuk az országos adatokkal (mintanagyság: 5766 fő). A kutatás módszeréről részletes információ: Elekes, Domokos 2020, Elekes, Horváth 2021.

HBSC

A protokollban előírt 11,5 éves, 13,5 éves és 15,5 éves átlagéletkorú, illetve a csak hazai vizsgálatra kiválasztott 17,5 éves korosztály bevonása érdekében a 2000-es évektől az 5., a 7., a 9. és a 11. évfolyamok tanulói alkotják a kutatás célpopulációját. A drogfogyasztással kapcsolatos kérdéseket csak a 9. és 11. évfolyamon kérdezik le. A minta rétegzett mintavételi eljárással készül az országos reprezentativitás (minden földrajzi régió, iskola- és településtípus megfelelő arányú képvisellete) biztosítása végett. Csoportos mintavételi eljárást alkalmaz, vagyis az elsődleges mintavételi egységek szisztematikus véletlen módszerrel kiválasztott iskolai osztályok. A végleges, megvalósult minta minden felmérésnél évfolyamonként 1500–2000 fő adatát tartalmazza. A kutatás névtelen, önkéntes, szülői beleegyezéssel, osztályos lekérdezéssel és etikai jóváhagyással készült. A kutatás a nemzetközi protokollnak eleget tesz. A legutóbbi adatfelvételben a budapesti minta nagysága 756 fő, az országos minta nagysága 3170 fő. A kutatás módszeréről részletes információ lásd: Németh, 2019.

Háttértényezők leírása

A bináris logisztikus modellben alkalmazott háttértényezők (Elekes et al. 2020, Arnold et al. 2021):

- *Anómia: Normátlanság és elidegenedés* esetében a Bjarnason-féle Anómia Skálát (*Anomie Scale of Exteriority and Constraint*) alkalmaztuk (Bjarnason, 2009), amit 3-3 itemmel mértünk, mindegyik item esetében ötfokú skálát (1=teljesen egyetértek, 5=nagyon nem értek egyet) használtunk. Az alacsonyabb pontszám a nagyobb elidegenedésre, normátlanságra utal.
- *Anyával, apával való kapcsolat minősége*: A családi kapcsolatok minőségét vizsgáltuk ezzel a mutatóval. Egy ötfokú skálán mértük az apához, az anyához fűződő viszonyal való elégedettséget (1=nagyon elégedett, 5=egyáltalán nem elégedett).

- *Barátokkal való kapcsolat minősége*: A baráti kapcsolatok minőségét vizsgáltuk ezzel a mutatóval. Egy ötfokú skálán mértük az a barátokhoz fűződő viszonyal való elégedettséget (1=nagyon elégedett, 5=egyáltalán nem elégedett).
- *Baráti Támogatás Skála (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)* a barátoktól, a családtól kapott támogatás mértékét méri (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Hétfokozatú skálán kellett értékelni: 1=nagyon nem értek egyet, 7=nagyon egyetértek. A skála lehetséges pontértéke 4–28. A magasabb pontszám a barátoktól kapott támogatás nagyobb mértékére utal. (A HBSC a 2014, illetve a 2017-es adatfelvételben is ezt a skálát alkalmazta.)
- *Családi Támogatás Skála (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)* a családtól kapott támogatás mértékét méri (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Hétfokozatú skálán kellett értékelni: 1=nagyon nem értek egyet, 7=nagyon egyetértek. A skála lehetséges pontértéke 4–28. A magasabb pontszám a családban kapott támogatás nagyobb mértékére utal. (A HBSC a 2014, illetve a 2017-es adatfelvételben is ezt a skálát alkalmazta.)
- *Depresszió mértékét* a korábbi ESPAD-vizsgálatokhoz hasonlóan, a CES-D Depresszió Szűrő Kérdőív rövidített formáján (*Short form of the Center of Epidemiological Studies Depression-Scale*) vizsgáltuk. Ez a skála hat itemből áll, és különféle depressziós tünetek előfordulását kérdezi a megelőző hét napra vonatkozóan (Kokkevi & Fotiou, 2009). A CES-D Depresszió Szűrő Kérdőív értékét az egyes kérdésekre adott válaszok alapján indexeltük. Ennek megfelelően a skála 6 és 24 közötti értéket vehet fel, ahol a kisebb értékek a tünetek előfordulásának a ritkását, a nagyobb értékek pedig a gyakoribb előfordulást jelzik.
- *Iskolai lógás napjainak száma az előző hónapban*. Ezt a mutatót az *iskolához való kötődés hiánya*, illetve a *problémás viselkedés* indikátoraként használtuk. A mutató 1 és 6 közötti értéket vehet fel, ahol 1=nem hiányzott, 6=7 vagy több napot hiányzott.
- *Nevelési stílust* a következő négy itemmel mértük ötfokozatú skálán (1=majdnem mindig, 5 =majdnem soha): „A szüleim egyértelmű szabályokat határoznak meg arról, mit csinálhatok otthon; A szüleim egyértelmű szabályokat határoznak meg arról, mit csinálhatok, ha nem vagyok otthon; Könnyen kapok kölcsön pénzt anyámtól és/vagy apámtól; Könnyen kapok pénzt ajándékba anyámtól és/vagy apámtól.” Az utolsó item esetében a skálát megfordítottuk. Lehetséges pontszámok: 4–20. A magasabb pontszám engedékenyebb, az alacsonyabb pontszám szigorúbb nevelésre utal. (A nevelési stílus fogalmát, illetve kiértékelését a Baráti és Családi Támogatás Skálát alapul véve alkottuk meg.)
- *Önbecsülés*: Rosenberg Önbecsülés Skálán (*Rosenberg Self-esteem Scale*) mértük. Ez a skála egy 10 itemből álló kérdéssorozat, amely négyfokú skálán (1=teljesen egyetértek, 4=egyáltalán nem értek egyet) méri a különféle önbecsüléssel kapcsolatos állításokkal való egyetértés mértékét (Kokkevi & Fotiou, 2009). Az önbecsülés skála kérdéseiből — a pozitív és negatív állítások egyirányba fordítása után — *önbecsülési hiány indexet* képeztünk, amely 10 és 40 közötti értéket vehet fel, és amely indexnél az alacsonyabb érték az önbecsülést, a magasabb érték pedig az önbecsülés hiányát jelzi.
- *Szubjektív anyagi helyzet* (1 – magasan a legjobbak között, 7 – a legrosszabbak között van)
- *Szülői kontrol hiányát* a „Tudják-e a szüleid hol töltöd a szombat estéidet” kérdéssel vizsgáltuk négyfokú skálán (1=mindig tudják, 4=általában nem tudják).

BUDAPEST KERÜLETEIBEN KÉSZÜLT DROGEPIDEMIOLÓGIAI KUTATÁSOK SZISZTEMATIKUS ÁTTEKINTÉSE

(Készítette: Arnold Petra & Fehér Richárd)

Az elemzés célja, módszere

A budapesti droghelyzet feltárásához nélkülözhetetlen annak szisztematikus áttekintése is, hogy az egyes kerületekben milyen kutatások valósultak meg. Elemzésünk célja, hogy látképet kapjunk az egyes kerületekben – az általános- és iskolás populáció, valamint a szakértők körében készült kutatások mentén – az egyes kerületek drogérintettségéről, illetve azok fővárosi kontextusáról.

2022. augusztus és szeptember folyamán felkerestük az összes kerületi Kábítószerügy Egyeztető Fórumot (KEF-et), tekintve, hogy nekik van a legnagyobb rálátásuk arra, hogy az adott kerületekben készült-e drogepidemiológiai kutatás az elmúlt 15 évben. Elsődlegesen olyan kutatások összegyűjtését céloztuk meg, amelyek az általános és iskoláskorú populáció drogérintettségét vizsgálta, azonban a szakértők körében készült vizsgálatokat is számba vettük, ugyanis a szakértők által a probléma mértéknek, illetve a kockázati tényezőknél az észlelése is megjelenhet a kutatási beszámolóknak. Az egyes kutatások eredményei mellett kiemelt figyelmet fordítottunk az egyes kutatások módszertani hátterére, ugyanis csakis a módszer alapos ismerete mentén lehet az eredményeket értelmezni. Az eredmények esetében a főbb prevalencia adatokon túl a kockázati tényezőket is áttekintettük, azonban más, jelen elemzés szempontjából irreleváns részeket nem kódoltuk le (pl. prevenció szükségletek, egyéb problémák a kerületben stb.)

A kutatások összegyűjtése a következő módon történt:

1. Minden egyes kerületben felkerestük telefonon és/vagy e-mailen a KEF kapcsolattartót. Rákérdeztünk arra, hogy készült-e kutatás az elmúlt 15 évben; ha igen, akkor készült-e kutatási jelentés; ha igen, akkor át tudja-e küldeni.
2. Ezt követően áttekintettük az átküldött dokumentumokat, amelyeket szelektáltunk aszerint, hogy melyek kutatási jelentések, s melyek az egyéb, jelen elemzés szempontjából irreleváns anyagok (pl. határozat, drogstratégia, amely helyi kutatást nem tartalmaz stb.).
3. A kutatásokat a következő szempontok mentén kódoltuk le (1. táblázat).

2. táblázat A budapesti kerületekben készült kutatások kódolási paraméterei

KVANTITATÍV KUTATÁSOK	KVALITATÍV KUTATÁSOK
Módszertani paraméterek <ul style="list-style-type: none"> • Melyik kerület? • A kutatás célja • Az adatfelvétel ideje • Területi lefedettség • Célpopuláció • Mintakeret • Mintaválasztás módja • Mintanagyság: Bruttó/Nettó • Adatgyűjtési eljárás • Adatfelvétel eszköze • Súlyozás • Tiltott szer definíció Főbb prevalenciák <ul style="list-style-type: none"> • Tiltott szer életprevalencia • Kannabisz életprevalencia • Visszaélésszerű legális szer életprevalencia • Alkohol gyógyszerrel életprevalencia • Gyógyszer életprevalencia • Dizájner: kannabinoid életprevalencia • Dizájner: katinon életprevalencia • Drog összesen életprevalencia • Fővárosi adatokkal való összevetés • Egyéb Kockázati tényezők	Módszertani paraméterek <ul style="list-style-type: none"> • Melyik kerület? • A kutatás célja • Az adatfelvétel ideje • Célpopuláció • Mintakeret • Minta(részrtvevők) kiválasztásának (toborzásának) módja • Minta nagyság • Adatgyűjtési eljárás • Adatok rögzítése (szó szerinti átirat, kivonat, stb) Főbb eredmények <ul style="list-style-type: none"> • Probléma mértéke • Kockázati tényezők

Kapcsolatfelvétel és kutatások gyűjtése

2022. augusztus és szeptember folyamán a 23 kerületi KEF közül 16 kerülettel volt sikeres a telefonos, e-mailes kapcsolatfelvétel, hét kerületet pedig nem sikerült elérni (2. táblázat). Az egykori fővárosi KEF-koordinátor szerint – akinek nagy rálátása van a kerületi KEF-ek működésére és aki a kapcsolatfelvételt bonyolította – ennek oka, hogy ezekben a kerületekben nincs információ arról, hogy megalakult-e a KEF (hat kerület), ha igen, akkor biztos, hogy érdemi tevékenységet nem folytat. Egy kerületben tudjuk, hogy megalakult, de érdemi tevékenységet nem folytat, és a KEF tevékenységét a rendvédelmi szervekkel együttműködve, sokkal inkább a bűnmegelőzési feladat részeként értelmezi.

A 16 kerületből, akikkel sikerült a kapcsolatfelvétel, 12-en küldtek valamilyen dokumentumot. A 12 kerületi anyagból hét kerületben volt olyan dokumentum, amely valóban kutatási jelentést tartalmazott, öt kerületben a küldött dokumentum jellemzően drogstratégia vagy határozat volt (amelyek jellemzően tartalmaztak helyzetleírást, de azok az OLAAP, ESPAD és Fókuszpont adatokra vagy pedig helyi statisztikai adatokra támaszkodtak, tehát nem helyi kutatási eredményeket mutattak be).

Összesen nyolc kerületben (1., 3., 10., 11., 13., 14., 16., 20.) készült kutatás, és mindegyik kerületből kaptunk kutatási jelentést vagy kutatási összefoglalót – a 13. kerületet kivéve, ahol még folyamatban van az adatok feldolgozása és

nem tudtak publikus anyagot küldeni. Így hét kerületben készült kutatással tudunk dolgozni.

3. táblázat A budapesti KEF-ekkel történő kapcsolatfelvétel eredményei

		Kerületek száma	
Kapcsolatfelvétel	Sikeres kapcsolatfelvétel	16	
	Sikertelen kapcsolatfelvétel	Nincs információ, hogy megalakult-e a KEF	6
		Megalakult, de érdemben nem tevékenykedik	1
Beérkezett dokumentumok	Küldtek dokumentumot	Használható (kutatási jelentés vagy összegzés)	7
		Nem használható (nem kutatási jelentés, vagy nincs kutatásról összegzés)	5
	Nem küldtek dokumentumot	11	
Kutatás az elmúlt 15 évben	Készült	8	
	Nem készült	8	

A hét kerületben összesen 12 kutatás készült az elmúlt 15 éves időszakban (3. táblázat). A kutatások többsége kvantitatív kutatás, és döntően diákok körében készültek (7 db). Egy lakossági felmérés (18-64 évesek), egy tanárok körében készült vizsgálat és három szakértők körében készült kutatás valósult meg, amelyek közül kettő kutatás kvalitatív technikával történt.

4. táblázat Budapest kerületeiben készült kutatások összegzése

		Kutatások száma
Kvantitatív	Iskolavizsgálat: diákok	7
	Iskolavizsgálat: tanárok	1
	Lakossági vizsgálat	1
	Szakértői vizsgálat	1
Kvalitatív	Szakértői telefonos interjú+fókuszcsoport	1
	Szakértői fókuszcsoport	1
Összesen		12

Budapest kerületeiben készült kutatások módszertani paramétereit

Az egyes kutatások módszertani paramétereit áttekintve (lásd Melléklet) sajnos csak két olyan kutatás készült (14. kerület és 3. kerület), amelyek részletesen leírták a kutatás módszertani jellemzőit. A fennmaradó tíz kutatás esetében nem áll rendelkezésre kellő információ a kutatások módszertani hátteréről. (Előfordult olyan kutatás, amely csak néhány prevalencia adatot közölt, de semmilyen más információt nem adott meg a vizsgálatokkal kapcsolatban.)

Az alábbiakat tapasztaltuk a kvantitatív kutatások módszertani paramétereit mentén:

- **Kutatás célja:** A kutatás célja többségében meg volt határozva, azonban vannak kutatások, amelyek nem határozták meg egyértelműen azt. A kutatások kivétel nélkül a fiatalok, vagy felnőttek szerhasználatát – többnyire az alkohol-, drogfogyasztási szokásait – és néhány esetben a szerhasználattal kapcsolatos ismereteiket, attitűdjeiket, továbbá különböző

háttér/kockázati tényezőket, illetve a prevenció szükségleteket/ellátási hiányokat célozták feltárni.

- Adatfelvétel éve: A kutatások jellemzően az elmúlt 5 évben készültek, 2017 és 2019 között (6 kutatás), azonban van egy 2008-as és három 2012-es vizsgálat is.
- Célpopuláció és mintakeret: A kutatási beszámolók jellemzően leírták, hogy kik képzetik a kutatás célpopulációját, de részletesen a mintakeretre csak két kutatás tért ki.
- Mintaválasztás módja: Négy kutatás esetében van információ a mintaválasztás módjáról (3 teljeskörű, 1 véletlen kiválasztással), többségében azonban nem áll rendelkezésre információ arról, hogy teljeskörű adatfelvétel vagy mintaválasztás történt-e.
- Nettó és bruttó mintanagyság: a nettó mintanagyságot az összes kvantitatív kutatás leírta, amely átlagosan 823 fő volt. Jellemzően néhány száz fős kutatások készültek, kivéve két kutatás, amely több mint 2000 főt kérdezett le.
- Adatgyűjtési eljárás: Az adatgyűjtési eljárásról majdnem minden kutatás beszámol, amely minden esetben önkitöltős kérdőív volt, egy esetben tudjuk biztosan, hogy online kérdőívezéssel, két esetben, hogy papír alapú technikával valósult meg, a többről nem derül ki, hogy papír alapú vagy online lekérdezéssel történt-e. A lakossági és a pedagógus vizsgálatról nem derül ki, hogy az milyen adatgyűjtési eljárással történt.
- Adatfelvétel eszköze: Az adatfelvétel eszköze három vizsgálat esetében az ESPAD, illetve a HBSC kérdőív volt, a többi kutatásnál nem derült ki, hogy mi alapján alakították ki a kérdéseket, így azt feltételezhetjük, hogy azok nem nemzetközi standardnak eleget tevő kérdéssorok voltak.
- Súlyozás: A súlyozásról csupán egyetlen kutatás számol be, az összes többi vizsgálat nem tér ki arra, hogy a nettó minta összetétele mennyiben tér el a célpopuláció összetételétől, és hogy szükséges-e a súlyozás kivitelezése.
- Összesített drogfogyasztási mutatók: 10 kutatásból 8 esetében releváns. Összesített drogfogyasztási mutatóval öt kutatás dolgozott, amik közül 3 kutatás fejtette ki, hogy az összesített mutató pontosan mely szereket tartalmazza. Három kutatás csupán szerenkénti prevalencia adatokat mutatott be, amely nagy hiányossága a vizsgálatoknak, tekintettel arra, hogy a szerenkénti prevalencia értékek becslése nagyobb bizonytalanságot hordoz, mint az összesített mutató, másrészt a polidrog használat esetleges különbségei miatt a szerenkénti prevalenciák alapján nem lehet képet kapni általában a kerület drogérzettségéről.

Az alábbiakat tapasztaltuk a kvalitatív kutatások módszertani paramétereire mentén:

- A kutatás célja: A kutatás célját csak az egyik kvalitatív vizsgálat fejtette ki pontosan, amely többek között arra irányult, hogy a helyi szakértők, hogyan észlelik a kerület droghelyzetét. A másik kvalitatív vizsgálat a teljes kutatási projekt⁵⁸ célját határozta meg.
- Az adatfelvétel éve: Az egyik 2021-ben, a másik feltehetően 2019-ben készült (bár a kutatási jelentésből nem derül ki).
- Célpopuláció: Mind a két kutatás kitért rá - az adott kerületben aktuálisan/vagy korábban tevékenykedő KEF tagok, szociális, oktatási, egészségügyi, rendészeti stb. szakértők.
- Mintakeret: Nem áll rendelkezésre információ egyik kutatás esetében sem.

⁵⁸ A teljes kutatási projekt a kvalitatív vizsgálaton túl az ESPAD adatok másodelemzését és jógyakorlatok összegyűjtését is tartalmazta – a kvalitatív kutatás célja külön nem lett meghatározva, hanem egy általános cél szerepelt a bevezetőben.

- Minta kiválasztásának módja: Nem áll rendelkezésre információ egyik kutatás esetében sem.
- Mintanagyság: Csak az egyik kutatás írta le (összesen 28 szakember).
- Adatgyűjtési eljárás: Fókuszcsoportos technikával, valamint online/telefonos interjúval valósultak meg.
- Adatok rögzítése: Nem áll rendelkezésre információ egyik kutatás esetében sem.

Budapest kerületeiben készült kutatásokban mért főbb prevalencia adatok a fővárosi eredmények kontextusában

A fentiekben bemutatott módszertani heterogenitás, illetve hiányosságok miatt az egyes kerületekben mért prevalencia adatokat nem lehet összehasonlítani egymással, illetve a fővárosi eredményekkel való összevetés esetében is jellemzően korlátozottsággal kell élnünk. Tekintettel arra, hogy csupán három kutatás (1., 3., 14. kerület) alkalmazott standard ESPAD és/vagy HBSC kérdőívet, így csak ezen kutatások esetében lehet az eredményeket a fővárosi adatokkal megbízhatóan összevetni ((bár itt is jelentkezik korlátozó tényező, mégpedig az eltérő adatfelvételi év, illetve, hogy nem lehet minden főbb szert összehasonlítani, továbbá az 1. kerületben nem derül ki, hogy mennyiben tértek el az ESPAD és HBSC kérdésektől). A többi vizsgálat (4 kutatás) esetében az összehasonlítás meglehetősen korlátozott, amelynek oka, hogy 1) hiányos a kutatás módszertani háttere (10. kerület lakossági-, ill. iskolavizsgálat, 1. és 20. kerületi vizsgálatok) 2) nem teljesen azonos korosztályt fed le (10. kerületi iskolavizsgálat, 20. kerületi vizsgálatok) 3) az összesített drogfogyasztási mutatók nem teljesen ugyanazokat a szereket fedik le (1. és 20. kerületi vizsgálatok). Összesen tehát hét kutatás esetében tudunk valamilyen mértékű összehasonlítást tenni.

Öt kutatás esetében fővárosi adatokkal való összevetés nem lehetséges egyrészt, mert kvalitatív és/vagy szakértői kutatások (két kvalitatív vizsgálat, két kvantitatív – 11. kerület tanárok, 10. kerület szakértői online kutatás - ezekről a következő fejezetben írunk röviden); vagy pedig nem állnak rendelkezésre prevalencia adatok (11. kerület iskolavizsgálat tanuló felvétel).

A fenti korlátozó tényezőket figyelembe véve az alábbi megállapításokat tehetjük (4. táblázat) (Az iskolavizsgálatok esetében az ESPAD, a lakossági kutatás esetében az OLAAP eredményekkel történt az összehasonlítás): A 3. és 14. kerület diákjai kevésbé érintettek drogfogyasztás szempontjából, mint a fővárosi átlag, ugyanez tapasztalható a 20. kerületben is. Az 1. és 10. kerület diákjai között vegyesebb kép rajzolódik ki: a kannabisz és/vagy az összesített drog prevalenciánál mutatkozik meg a kedvezőbb helyzet, a visszaélészerű legális szer azonban fokozottabban jelentkezik az 1. és 10. kerületben a budapesti átlaghoz képest (ugyanígy a dizájn szerfogyasztás is magasabb a 10. kerületben a fővárosi átlaghoz képest). A 10. kerületi lakossági vizsgálat az átlagos zóna esetében is minden mutató mentén markánsan magasabb érintettséget mutat a fővárosi felnőtt populációban mért értékekhez képest.

Összesen három kutatási jelentésben (1., 3. és 10. kerület) állnak rendelkezésre a kockázati tényezőkre vonatkozó információk (lásd Melléklet), ezek az ESPAD 2019 budapesti elemzésével (Arnold & Elekes, 2021) vetjük össze.

- Nem: A 3. kerületi kutatás az ESPAD kutatással összhangban azt mutatja, hogy a lányok szignifikánsan érintettebbek visszaélészerű gyógyszerfogyasztást tekintve, mint a fiúk. Az ESPAD kutatás azonban az összesített tiltott szer fogyasztásban nem mutatott ki szignifikáns nemi különbséget, ugyanígy a 10. kerületi iskolavizsgálat sem, ezzel szemben a 3. kerületben a kannabisz fogyasztás a fiúkra markánsan jellemzőbb.
- Kor: Az 1. és 10. kerületi kutatás ugyanazt az eredményt mutatja: az életkor növekedésével nő a drogfogyasztás esélye.
- Iskola típusa: Az ESPAD kutatás eredményeivel ellentétben a 3. és 10. kerületi kutatás is azt jelzi, hogy a szakközépiskolában és szakiskolában tanuló diákok érintettebbek drogfogyasztás szempontjából, míg az ESPAD budapesti eredményei épp ellenkező eredményt mutatnak.
- Családszerkezet: Abban megegyeznek a kerületi kutatások (1. és 3.) a fővárosi vizsgálattal, hogy mindkét édes szülő jelenléte védőfaktort jelent, azonban abban már eltérések mutatkoznak, hogy a mozaik vagy az egyszülős család jelent-e nagyobb kockázati tényezőt: az ESPAD szerint ez előbbi, míg az 1. kerületiben ez utóbbi.
- Szülők iskolai végzettsége jellemzően nem mutat szignifikáns kapcsolatot a szerhasználattal a budapesti diákok körében, addig a 3. kerületi kutatás szerint minél magasabban kvalifikált a szülő, annál kisebb az esélye a gyerekeknek a drogok kipróbálására.
- Szülőkkel való kapcsolat: Az ESPAD és a 3. kerületi kutatás eredményei egybecsengenek: minél rosszabb a szülőkkel való kapcsolat annál nagyobb az esély a droghasználatra.
- Barátokkal való kapcsolat: Ugyanígy hasonló eredményre jut az ESPAD és 3. kerületi kutatás a barátokkal való kapcsolat tekintetében: nem mutatkozik erősnek/vagy nincs a barátokkal való kapcsolat minősége és a szerfogyasztás között. Ezzel ellentétben az 1. kerületi kutatás szerint minél jobb a barátokkal való kapcsolat, annál nagyobb a kitétség a szerhasználatra.
- Szabadidős tevékenységeket tekintve hasonló mintázat rajzolódik ki az ESPAD és a kerületi (1. és 3.) kutatások mentén: minél több elmenős szabadidős tevékenységet végez a diák, annál nagyobb eséllyel használ drogot.
- Iskolai lógás: Hasonló mintázat rajzolódik ki a kerületi és a fővárosi kutatásban: a lógás kockázati tényezőt jelent drogfogyasztás szempontjából az 1. kerületi és ESPAD kutatás szerint, azonban a 3. kerületi kutatásban nem tapasztalható szignifikáns összefüggés a lógás és a szerhasználat között.

A kockázati tényezőket vizsgálva összességében tehát vegyes kép rajzolódik ki: bizonyos változók mentén eltérő, bizonyos változók mentén hasonló eredményt mutatnak a kerületi kutatások a fővárosi ESPAD eredményekkel. Hasonló mintázatot tapasztaltunk a kor, a családszerkezet, a szülőkkel való kapcsolat, a szabadidős tevékenységek tekintetében. Az édes szülők, a szülőkkel való jó kapcsolat megóvó erővel bír, az elmenős szabadidős tevékenységek és a magasabb évfolyam pedig rizikótényezőt jelentenek drogfogyasztás szempontjából.

5. táblázat: Budapest kerületeiben készült kutatásokban mért főbb prevalencia adatok a fővárosi eredmények kontextusában, valamint a vizsgált kockázati tényezők

	1. kerület - iskolavizsgálat	3. kerület - iskolavizsgálat	10. kerület - lakossági vizsgálat	10. kerület - iskolavizsgálat	14. kerület - iskolavizsgálat	20. kerület iskolavizsgálat	20. kerület iskolavizsgálat
Az adatfelvétel ideje	2008	2017	2019	2019	2012	2017	2018
Célpopuláció	1. kerületi 9. és 10. osztályos tanulók	3. kerületi 7-13. osztályos diákok	10. kerületi 18-64 éves lakosság	10. kerületi 8. és 10. osztályos tanulók	14. kerületi 7-12. évfolyamos diákok	na (feltehetően 9,10,11. évfolyam)	na (feltehetően 9,10,11,13.)
Fővárosi adatokkal való összevetés**	2005-ös bp-i ESPAD (9-10. évfolyamos) zárójel	2019-es bp-i ESPAD (16 évesek)	2019 bp-i OLAAP (18-64 éves)	2019-es bp-i ESPAD (9-10.évf.)	2011-es bp-i Espad (10. évfolyam)	2019-es bp-i ESPAD (9-10.évf)	2019-es bp-i ESPAD (9-10.évf)
Kannabisz életprevalencia	22,5% (29,3%)	3. ker 16 éves: 12% (Espad Bp 16 éves: 17,2%)	átlagos zóna: 14,1% (5,8%) érintett zóna: 43,7%	10. osztály 16,9% (26,7%)	7-9.évf 6,8% 10-12.évf 26,2%	na	na
Visszaélészerű legális szer életprevalencia*	na (nincs adat)	3. ker 16 éves: 9% (Espad Bp 16 éves: 13,5 %)	na	na	10. évf 13,8% (18,6%)	na	na
Alkohol gyógyszerrel életprevalencia	9,4% (7%)	3. ker 16 éves: 7% (Espad Bp 16 éves: 5%)	átlagos zóna: 9,7% érinett zóna: 35,5%	10. osztály: 11,9 (8%)	7-9.évf 2,8% 10-12.évf 8,3%	na	na
Gyógyszer (nyugtató, altató) használata életprevalencia	17,2% (12,9%)	3. ker 16 éves: 4% (Espad Bp 16 éves: 10,1%)	átlagos zóna: 31,6%(4,2%) érintett zóna: 62,3%	10. osztály: 19,5 (11,2%)	7-9.évf 6,7% 10-12.évf 12,8%	na	na
Dizájner: kannabinoid éleztprev	na	na	átlagos zóna: 3,4% (NPS: 1,8%) érintett zóna: 38,1%	10. osztály: 7,3 (4,2%)	na	na	na
Dizájner: katinon éleztprev	na	na	átlagos zóna: 2,4% (NPS: 1,8%) érintett zóna: 28,6%	10. osztály: 6,1 (1,9%)	na	na	na
Dizájner éleztprev	na	3. ker 16 éves: 2% (3,7%)	na	na	na	na	na
Tiltott szer életprevalencia*	na	3. ker 16 éves: 14% (18,2%)	na	na	10. évf 26,6% (36,5%)	15% (27,7%)	na
Drog (tiltott és legális) összesen életprevalencia*	36,9% (39,7%)	27% (7-13. osztály)	na	na	10. évf 32,5% (41,9%)	na	15% (36,6%)
Vizsgált kockázati tényezők	nem, kor, családszerkezet, barátokkal való kapcsolat, barátok száma, iskolai lógás, szabadidős tevékenység	iskola típusa, családszerkezet, iskolai végzettsége, szülőkkel, barátokkal való kapcsolat, barátok szerhasználata, iskolai lógás szabadidős tevékenység	na	nem, évfolyam, iskola típusa, szülőkkel, barátok szerhasználata	na	na	na

*Definíció lásd Melléklet **A prevalencia adatoknál zárójelben szerepelnek a fővárosi adatok

Piros jelölés: összevethetőek a budapesti ESPAD vagy OLAAP adatokkal; Piros dőlt jelölés: Korlátozott összevetésre van lehetőség

Szakértői percepciók Budapest kerületeiben készült kutatások mentén

A szakértői percepciók mentén – a kutatás jellegéből adódóan – prevalencia adatok bemutatására és fővárosi összehasonlításra nem nyílik lehetőség, csupán a probléma mértékének az észlelését tudjuk ezen eredmények mentén érzékeltetni. Összesen négy kutatás mentén (10. kerület szakértői online vizsgálat és fókuszcsoport, 11. kerület tanárok körében kérdőíves, 16. kerület online/telefonos+fókuszcsoport) figyelhetőek meg a probléma mértékére vonatkozó percepciók.

- A szakemberek elmondása szerint a felnőtt lakosság körében az alkohol és ehhez járulékosan a gyógyszer a legelterjedtebb drog. A dizájner drogokat inkább az alacsony társadalmi réteghez tartozó sokproblémával küzdő, fiatal felnőtt korosztály fogyasztja. Elsősorban a biofű, másodsorban a kristály használata jellemző. A tiltott szerek közül a szakértők percepciója szerint a szintetikus kannabinoidok, stimulánsok és hallucinogének a legelterjedtebbek.
- A 11. kerületi tanárok körében készült kérdőíves vizsgálat eredményei szerint a tanárok 28%-a úgy gondolja, hogy nőtt, 43% szerint nem változott a drogokat kipróbálók aránya.
- A 16. kerületi szakértők szerint a kerület kevésbé érintett terület más budapesti kerületekhez képest. A szociális területen dolgozó szakemberek ugyanakkor találkoznak munkájuk során szerhasználattal, azonban sokkal elterjedtebb jelenségnek tartják a rekreációs szerhasználatot. Elmondásuk szerint az iskolások körében a leggyakrabban használt szerek a nyugtatók és a marihuána.

Összességében megállapítható, hogy kevés, illetve kevésbé összehasonlítható drogepidemiológiai vizsgálat készült az elmúlt 15 évben a főváros kerületeiben. A megvalósult kutatások kapcsán azt láthatjuk, hogy jellemzően korlátozott módszertani háttérrel rendelkező vizsgálatokkal kell számolnunk Budapest egyes kerületeiben. Az eredmények értelmezése csakis részletesen leírt kutatási módszer függvényében lenne lehetséges, így fentiekben bemutatásra került prevalencia adatokat kellő óvatossággal lehet 1) értelmezni; 2) azokból bármilyen következtetést levonni; 3) azok alapján stratégiát tervezni. (Kivételt ez alól az említett 3. és 14. kerületi kutatás jelentik.) Ugyanakkor a rendelkezésre álló adatok a fővárosi kerületek érintettségének heterogenitását jelzik. Mindezek felhívják a figyelmet arra, hogy fontos lenne, ha egységes módszerrel, a fővárosi és országos adatokkal való összevetést lehető tevő, a nemzetközi standardoknak (ESPAD, HBSC, OLAAP-EMCDDA) eleget tevő lakossági-, és iskolavizsgálatok valósulnának meg Budapest egyes kerületeiben.

Felhasznált irodalom

- Bokányi Z (2019). Az iskolás fiatalok alkohol- és drogfogyasztási szokásainak vizsgálata Kőbányán. In Szécsi J (szerk.) Átfogó komplex vizsgálat a X. kerületben előforduló kábítószer-fogyasztásról. Kézirat, pp. 60-88.
- Egyed-Gergely J, Törzsökné Góczán E (2017a). Óbuda-Békásmegyer területén működő iskolák 7-13. osztályos tanulóinak a jellemzői. In Törzsökné Góczán E (2017). Budapest Főváros III. Kerület, Óbuda-Békásmegyer kábítószer problémával való érintettsége, kezelési lehetőségei, Óbuda-Békásmegyer Önkormányzata, pp. 110-175.
- Egyed-Gergely J, Törzsökné Góczán E (2017b). A kerületi adatok összehasonlítása (2017) In Törzsökné Góczán E (2017). Budapest Főváros III. Kerület, Óbuda-Békásmegyer kábítószer problémával való érintettsége, kezelési lehetőségei, Óbuda-Békásmegyer Önkormányzata, pp. 176-189.
- Fábián R (2012). Újbudai veszélyeztetett korú fiatalok prevenciós igényei és szükségletei. Kábítószer használat szempontjából védett, illetve veszélyeztetett csoportok nagysága a kerületben tanuló diákok körében. Kézirat.
- Gerő M, Girasek E (2008). A Budapest Budavári 9. és 10. osztályos tanulók életmód és drog-érintettségének vizsgálata. Kutatási jelentés. Kézirat.
- Gyorgyovich M, Szécsi J (2019). Szakértői percepciók. In Szécsi J (szerk.) Átfogó komplex vizsgálat a X. kerületben előforduló kábítószer-fogyasztásról. Kézirat, pp. 89-104.
- KEF 20. kerület (2017). KEF Felmérés, kérdőív. Kézirat.
- KEF 20. kerület (2018). KEF Felmérés, kérdőív. Kézirat.
- Köztes Átmenetek (2021). Helyi drogstratégia kidolgozását támogató helyzetfelmérés Budapest XVI. kerülete számára. Kézirat.
- Máder M (2019). A X. kerületben előforduló kábítószer-fogyasztás jellemzőinek vizsgálata a 18–64 év közötti lakosság körében. In Szécsi J (szerk.) Átfogó komplex vizsgálat a X. kerületben előforduló kábítószer-fogyasztásról. Kézirat, pp. 37-59.
- Paksi B (2012). A zuglói közoktatási intézményekben tanuló 7-12. évfolyamos diákok szerhasználata, és a szerhasználattal összefüggő egyéb jellemzői. Kézirat.
- Paksi B, Elekes Zs (2005). A 9-10. évfolyamos középiskolások drogfogyasztása Budapesten 2005-ben. Viselkedéskutató Társadalomtudományi és Szolgáltató Kft. Budapest, Kézirat.
- Szécsi J (2019). A kerületi szakemberek percepciói a droghelyzetről fókuszcsoporthozos beszélgetés alapján. In Szécsi J (szerk.) Átfogó komplex vizsgálat a X. kerületben előforduló kábítószer-fogyasztásról. Kézirat, pp. 105-126.

Mellékletek

6. táblázat Kvantitatív és kvalitatív kutatások kódolása

KVANTITATÍV KUTATÁSOK					
Módszertani paraméterek	1.kerület – iskolavizsgálat	3.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – lakossági vizsgálat	10.kerület – szakértői online kérdőíves vizsgálat
Forrás	Gerő & Girasek, 2008	Egyed-Gergely & Törzsökné Góczán, 2017a, b	Bokányi, 2019	Máder, 2019	Gyorgyovich & Szécsi, 2019
A kutatás célja	"Elsődleges célunk, hogy képet adjunk a tanulók drog, illetve kábítószer érintettségéről, annak mértékéről, a fogyasztás helyzetéről és tendenciáiról Budapest I. kerületében; szabadidő-felhasználásának, családi valamint iskolán belüli vagy korosztályon belüli kapcsolatainak, tanulmányi teljesítményének ismertetése; ... foglalkozunk a prevenció kérdéskörével, és inkább törekszünk az érintettség országos vagy budapesti helyzetével való összehasonlíthatóság elérésére" pp.3.	"A vizsgálat a diákok alkoholfogyasztással, dohányzással és kábítószer fogyasztással kapcsolatos tapasztalatait, ismereteit, érintettségét igyekezett feltérképezni, illetve kitért a tanulók szabadidős számítógép használatára és az iskolai bántalmazásra is." pp.111.	"Jelen kutatás célja, hogy feltérképezzük Kőbányán a 8. és 10. osztályos diákok szerhasználatát, különös tekintettel a dohányzás, az alkohol- és a kábítószer-fogyasztásra. A szerhasználat mellett számos kockázati tényezőt vizsgáltunk, valamint a diákok kapcsolati hálójára, illetve a szerhasználattal kapcsolatos attitűdjeire is rákérdeztünk." pp.60.	Külön cél nem volt meghatározva, a bevezetőben a következő általános célt fogalmazták meg a négy 10. kerületi vizsgálatra vonatkozóan: "fő célja a X. kerületben előforduló kábítószerfogyasztás jellemzőinek vizsgálata, a megelőző-gyógyító intézkedések és hiányok feltérképezése, valamint a fejlesztési lehetőségek meghatározása" pp.6.	
Az adatfelvétel ideje	2008	2017	2019	2019	na (feltehetően 2019)
Területi lefedettség	1.kerület	3.kerület	10.kerület	10.kerület	10.kerület
Célpopuláció	1.kerületi 9. és 10. osztályos tanulók	III. kerületben működő oktatási intézmény (általános iskola, gimnázium, szakközépiskola és szakiskola) 7-13. osztályos diákok	X. kerületi 8. és 10. osztályos tanulók	X. kerületi 18-64 éves lakosság	Szakértők szociális, egészségügyi, oktatási, szerhasználattal valamilyen mértékben összefüggő intézményből, rendvédelmi szervektől, egyházi fenntartású intézményekből
Mintakeret	na (NINCS ADAT) (Az adatok alapján a kerületi iskolák 9-10. évfolyamos diákjai)	III. kerületben működő oktatási intézmény (általános iskola, gimnázium, szakközépiskola és szakiskola) 7-13. osztályos diákok - 34 iskola 258 osztálya 6004 fő	na	na	na

KVANTITATÍV KUTATÁSOK					
Módszertani paraméterek	1.kerület – iskolavizsgálat	3.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – lakossági vizsgálat	10.kerület – szakértői online kérdőíves vizsgálat
Mintaválasztás módja	Nem derül ki, ennyit tudunk: "Az iskolák kiválasztásánál fontos szempont volt, hogy az kerületi fenntartású legyen, valamint, hogy környékbeli gyerekek járjanak oda. A hat intézményben összesen 26 osztályban 643 kérdőívet töltöttünk ki. Ez a teljes populáció 88-90 százalékét jelenti." pp.4.	teljeskörű	Nincs információ, a következő derül ki: „A mintába a kőbányai iskolák közül 16 iskola került be; 3 általános iskola, 4 gimnázium, 9 szakközépiskola, törekedve a kerületi iskolastruktúra leképezésére. A mintaválasztás során továbbá törekedtük arra is, hogy fenntartó szerint is változatos legyen a mintánk, így mind alapítványi, mind egyházi, mind pedig állami iskolák szerepeltek a kiválasztott iskolák között.” pp.60-61.	na	A megrendelő küldte ki a kérdőív linkjét a saját címlistájára
Mintanagyság: Bruttó/Nettó	Nettó minta: 643 fő (bruttó na)	Bruttó minta: 3847 fő, nettó minta: 2685 fő.	Nettó minta: 512 fő (bruttó na)	Nettó minta: 437 fő (bruttó na)	Nettó minta: 232 fő (Bruttó na)
Adatgyűjtési eljárás	önkitöltős kérdőív (na: papíralapú vs. online)	önkitöltős kérdőív osztályos lekérdezés (papíralapú)	önkitöltős kérdőív osztályos lekérdezéssel (na: papíralapú vs. online)	na	Önkitöltős kérdőív (online)
Adatfelvétel eszköze	Kisebb eltérésekkel ESPAD és HBSC, azonban nem derül ki, pontosan miben mennyit térnek el	Néhány kérdéscsoport az ESPAD kérdésein alapult, míg más kérdéscsoportjai kifejezetten a kerületi kutatáshoz készültek (jellemzően ESPAD módszer alkalmaz)	na	na	na
Súlyozás	na	na	na	na	na

KVANTITATÍV KUTATÁSOK					
Módszertani paraméterek	1.kerület – iskolavizsgálat	3.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – lakossági vizsgálat	10.kerület – szakértői online kérdőíves vizsgálat
Tiltott szer, drog definíció	"A kábítószeres csoportjában a gyógyszer orvosi rendelvény nélküli használatát, a gyógyszer és alkohol együtt való alkalmazását, a marihuána (fű, hasis), szipu, anabolikus szteroidok, LSD-t, extasy, amfetaminok, kokain, heroin, mágikus gomba, és a szifonpatron használatát, kipróbálását mértük." pp.20.	Tiltott szerek: marihuána / hasis, kokain, heroin, amfetamin származékok, metamfetamin származékok, hallucinogének.	„A kábítószeres csoportjába az Ecstasy, MDMA (diszkó tableta) – marihuána, hasis – gyorsító (speed, spuri) – ragasztó, oldószer – LSD vagy más hallucinogének (bélyeg, korong, trip, lecsó) – heroin (hernyó, hercsi) – kokain és varázsgomba kábítószerfajtákat soroltuk” pp171.	na	nem releváns
Főbb prevalenciák					
Fővárosi vagy országos adatokkal való összevetés*	A 2005-ös fővárosi 9-10. évfolyamos ESPAD standard adatokkal történik az összehasonlítás, (Paksi, Elekes 2005)	A 2019-es bp-i ESPAD kutatással (16 évesek) történik az összehasonlítás	A 2019-es bp-i ESPAD kutatással (9-10.évf.) történik az összehasonlítás	OLAAP 2019 fővárosi adatokkal (18-64 éves) való összehasonlítás	nem releváns
Tiltott szer életprevalencia	na	3.ker 16 éves: 14% (Espad Bp 16 éves: 18,2%)	na	na	nem releváns
Kannabisz életprevalencia	22,5% (Bp 2005: 29,3%)	3.ker 16 éves: 12% (Espad Bp 16 éves: 17,2%)	10. osztály 16,9% (ESPAD Bp 2019: 26,7%)	átlagos zóna: 14,1% érintett zóna: 43,7% (OLAAP Bp 2019: 5,8%)	nem releváns
Visszaélészerű legális szer életprevalencia	na	3.ker 16 éves: 9% (Espad Bp 16 éves: 13,5%)	na	na	nem releváns
Alkohol gyógyszerrel életprevalencia	9,4% (Bp 2005: 7%)	3.ker 16 éves: 7% (Espad Bp 16 éves: 5%)	10. osztály: 11,9 (ESPAD Bp 2019: 8%)	átlagos zóna: 9,7% érintett zóna: 35,5%	nem releváns
Orvosi rendelvény nélküli gyógyszer (nyugtató, altató) életprevalencia	17,2% (Bp 2005: 12,9%)	3.ker 16 éves: 4% (Espad Bp 16 éves: 10,1%)	10. osztály: 19,5 (ESPAD Bp 2019: 11,2%)	átlagos zóna: 31,6% érintett zóna: 62,3%** (OLAAP Bp 2019: 4,2%)	nem releváns

KVANTITATÍV KUTATÁSOK					
Módszertani paraméterek	1.kerület – iskolavizsgálat	3.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – iskolavizsgálat	10.kerület – lakossági vizsgálat	10.kerület – szakértői online kérdőíves vizsgálat
Dizájner: kannabinoid éleztprev	na	na	10. osztály: 7,3 (ESPAD Bp 2019: 4,2%)	átlagos zóna: 3,4% érintett zóna: 38,1% (OLAAP Bp 2019 NPS: 1,8%)	nem releváns
Dizájner: katinon éleztprev	na	na	10. osztály: 6,1 (ESPAD Bp 2019: 1,9%)	átlagos zóna: 2,4% érintett zóna: 28,6% (OLAAP Bp 2019 NPS: 1,8%)	nem releváns
Dizájner összesített éleztprev	na	3.ker 16 éves: 2% (Espad Bp 16 éves: 3,7%)	na	na	nem releváns
Drog (tiltott és legális összesen) összesen éleztprevaleancia	36,9% (Bp 2005: 39,7%)	27% (teljes populációs adat)	na	na	nem releváns
Vizsgált kockázati tényezők	nem, kor, családszerkezet, barátokkal való kapcsolat, barátok száma, iskolai lógás, szabadidős tevékenység	iskola típusa, családszerkezet, szülők iskolai végzettsége, szülőkkel, barátokkal való kapcsolat, barátok szerhasználata, iskolai lógás szabadidős tevékenység	nem, évfolyam, iskola típusa, szülők, barátok szerhasználata	na	Szerhasználókra vannak jellemzők ez esetben nem releváns

*A prevalencia adatoknál zárójelben szerepelnek a fővárosi adatok

** A 10. kerületi lakossági vizsgálatban nem tudjuk, hogy a gyógyszerfogyasztás rendelvényre vagy anélkül.

Piros jelölés: összevethetőek a budapesti ESPAD vagy OLAAP adatokkal; Piros dőlt jelölés: Korlátozott összevetésre van lehetőség

KVANTITATÍV KUTATÁSOK FOLYT.					
Módszertani paraméterek	11. kerület - iskolavizsgálat: diákok	11. kerület - iskolavizsgálat: tanárok	14. kerület - iskolavizsgálat	20.kerület iskolavizsgálat	20.kerület iskolavizsgálat
Forrás	Fábián, 2012	Fábián, 2012	Paksi, 2012	KEF 20. kerület, 2017	KEF 20. kerület, 2018
A kutatás célja	Külön célt nem határoztak meg, a két kutatásban: "Célunk egy olyan kutatás megtervezése és megvalósítása volt, amelyben a kerületben tanuló 8. és 10. évfolyamos fiatalok legális és illegális szerhasználattal kapcsolatos ismereteiről, attitűdjeiről és veszélyeztetettségük mértékéről szerzünk ismereteket, ill. hogy képet kapjunk az iskolai egészségfejlesztés – ezen belül kiemelten a drog-prevenció - jelenlegi helyzetéről. A végső cél pedig a megszerzett ismereteink alapján konkrét segítséget nyújtani a KEF-nek, és a kerület iskoláinak abban, hogy a realitások ismeretében az iskolai egészségnevelési tervek elkészítésében és a szükséges teendők, prioritások meghatározásában hasznos segítséget nyújtunk."pp.2.		"Célul tűzi ki egyrészt a zuglói közoktatási intézmények 7-12. évfolyamain tanulók drogérzékenységének, és prevenciós szükségleteinek becslését (a), másrészt kiinduló adatokkal szolgál a 2011-2012-es tanév második félévében lebonyolításra kerülő prevenciós beavatkozások hatékonyságvizsgálatához (b)."pp.13.	"Budapest Főváros XX. kerület Pesterzsébet Önkormányzatának Kábítószerügyi Egyeztető Fóruma 2017-ben négy középiskolában mérte fel a tanulók dohányzással, alkohol- és kábítószerfogyasztással kapcsolatos ismereteit, szokásait" pp.1.	"A Budapest Főváros XX. kerület Pesterzsébet Önkormányzatának Kábítószerügyi Egyeztető Fóruma 2018-ban második alkalommal mérte fel a tanulók dohányzással, alkohol- és kábítószerfogyasztással kapcsolatos ismereteit, szokásait négy középiskolában" pp.1.
Az adatfelvétel ideje	2012	2012	2012	2017	2018
Területi lefedettség	11. kerület	11. kerület	14. kerület	20.kerület	20.kerület
Célpopuláció	11. kerület iskoláiban 8. és 10. évfolyamos diákok	11. kerület iskolában dolgozó tanárok	Zuglói, önkormányzati fenntartású, normál (nem fogyatékos tanulókkal foglalkozó) közoktatási intézmények 7-12. évfolyamos diákok	na (feltehetően 9,10,11. évfolyam)	na (feltehetően 9,10,11,13. évfolyam+általános iskola és OKJ képzés)
Mintakeret	12. kerület iskoláiban 8. és 10. évfolyamos diákok	11. kerület iskolában dolgozó tanárok	Zuglói, önkormányzati fenntartású, normál (nem fogyatékos tanulókkal foglalkozó) közoktatási intézmények 7-12. évfolyamos osztályai, illetve az ott tanuló diákok sokasága, 20 iskola, 134 osztályában tanuló – az önkormányzat statisztikai nyilvántartása szerint – 3422 diákja képezte	na (kerületi középiskola, feltehetően 9,10,11. évfolyam)	na (kerületi középiskola, feltehetően 9,10,11. évfolyam+általános iskola és OKJ képzés)

KVANTITATÍV KUTATÁSOK FOLYT.					
Módszertani paraméterek	11. kerület - iskolavizsgálat: diákok	11. kerület - iskolavizsgálat: tanárok	14. kerület - iskolavizsgálat	20. kerület iskolavizsgálat	20. kerület iskolavizsgálat
Mintaválasztás módja	Teljeskörű adatfelvétel (18 iskola)	Teljeskörű adatfelvétel (18 iskola)	a 7-9. évfolyamokon teljes körű megkérdezés, míg a 9-12. évfolyamokon lévő osztályokban – ahol csak epidemiológiai célú vizsgálat történik – 50%-os véletlen minta	na	na
Mintanagyság: Bruttó/Nettó	Nettó minta: 822 fő (bruttó na)	Nettó minta: 198 fő (bruttó na)	Bruttó minta: 2738 fő, nettó minta: 2009 fő	Nettó minta: 342 fő (bruttó na)	Nettó: 347 fő (bruttó na)
Adatgyűjtési eljárás	önkitöltős kérdőív, osztályos lekérdezés (na: papíralapú vs. online)	Önkitöltős kérdőív (na: papíralapú vs. online)	önkitöltős kérdőív osztályos lekérdezés (papíralapú)	kérdőív (na: papíralapú vs. online)	kérdőív (na: papíralapú vs. online)
Adatfelvétel eszköze	na	na	ESPAD és HBSC	na	na
Súlyozás	na	na	Módszertani megfontolások okán súlyozás nem történt	na	na
Tiltott szer, drog definíció	na	nem releváns	Marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin, egyéb opiátok, GHB, mepredron.	Nem fejtette ki, de feltehetően ezek: Marihuána Biofű Speed Ecstasy Kokain kristály, nyugtató alkohollal, Hasis Gomba Heroin kristály	Nem fejtette ki, de feltehetően ezek: Marihuána Biofű Speed Ecstasy Kokain kristály, nyugtató és más szerek amit nem tudni mik
Főbb prevalenciák					
Fővárosi vagy országos adatokkal való összevetés*	na	nem releváns	Összevetve fővárosi Espad 2011 adatokkal 10. évfolyam	A 2019-es bp-i ESPAD kutatással összehasonlítás 9-10.évf	A 2019-es bp-i ESPAD kutatással összehasonlítás 9-10.évf
Tiltott szer életprevalencia	na	nem releváns	10. évf 26,6% (ESPAD Bp 2011 10.évf: 36,5%)	15% (ESPAD Bp 2019 27,7%)	na
Kannabisz életprevalencia	na	nem releváns	7-9.évf 6,8% 10-12.évf 26,2%	na	na
Visszaélészerű legális szer életprevalencia	na	nem releváns	10. évf 13,8% (ESPAD Bp 2011 10.évf: 18,6%) (orvosi rendelvény nélküli altató vagy nyugtató fogyasztás, valamint alkohol-gyógyszer kombinációk használata)	na	na

KVANTITATÍV KUTATÁSOK FOLYT.					
Módszertani paraméterek	11. kerület - iskolavizsgálat: diákok	11. kerület - iskolavizsgálat: tanárok	14. kerület - iskolavizsgálat	20. kerület iskolavizsgálat	20. kerület iskolavizsgálat
Alkohol gyógyszerrel életpreva	na	nem releváns	7-9.évf 2,8% 10-12.évf 8,3%	na	na
Orvosi rendelvény nélküli gyógyszer (nyugtató, altató) életprevalencia	na	nem releváns	7-9.évf 6,7% 10-12.évf 12,8%	na	na
Dizájner: kannabinoid éleztprev	na	nem releváns	na	na	na
Dizájner: katinon éleztprev	na	nem releváns	na	na	na
Dizájner életprev	na	nem releváns	na	na	na
Drog (tiltott és legális összesen) összesen életprevalencia	na	nem releváns	10. évf 32,5% (ESPAD Bp 2011 10.évf: 41,9%)	na	15% (ESPAD Bp 2019 36,6%)
Egyéb	Biztosan nem akarja kipróbálni a kannabiszt 8. évf: 89% 10.évf 67% Valószínű, hogy kipróbálja: 8. évf 9% 10. évf 29%	Tanárok körében: 28% szerint nőtt, 43% szerint nem változott a drogokat kipróbálók aránya			
Vizsgált kockázati tényezők	na	na	na	na	na

*A prevalencia adatoknál zárójelben szerepelnek a fővárosi adatok

** A 10. kerületi lakossági vizsgálatban nem tudjuk, hogy a gyógyszerfogyasztás rendelvényre vagy anélkül.

Piros jelölés: összevethetőek a budapesti ESPAD vagy OLAAP adatokkal; Piros dőlt jelölés: Korlátozott összevetésre van lehetőség

KVALITATÍV KUTATÁSOK		
Módszertani paraméterek	10.kerület - szakértői fókuszcsoportos vizsgálat	16. kerület – szakértői telefonos interjú+fókuszcsoport
Forrás	Szécsi, 2019	Köztes Átmenetek, 2021
A kutatás célja	<i>„A kutatás helyzetfelmérés részét szakértők megkeresésével, kvalitatív kutatási blokkal is kiegészítettük, hogy minél szélesebb körben, minél mélyebb képet kapjunk attól, hogy a szakemberek hogyan látják a problémák okait, a beavatkozás és megelőzés útjában álló nehézségeket, valamint a megoldási javaslatokat” pp.105.</i>	<i>„A projektben tehát most az volt a célunk, hogy egy, a stratégia megalkotásához támogatást nyújtó szakmai háttéranyagot készítsünk el. Egy részletes helyzetelemzést, amelyben feltérképezzük a kerület aktuális jellemzőit a szerhasználat szempontjából.” pp.4.</i>
Az adatfelvétel ideje	na (feltehetően 2019)	2021
Célpopuláció	A fókuszcsoportokban oktatási, egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi, rendvédelmi, közigazgatási, addiktológiai ellátás intézményeinek, civil szervezetek munkatársai vettek részt	Félig strukturált interjú: a KEF jelenlegi és egykori tagjaival (pl. a szenvedélybeteg ellátás területén dolgozó szakember, bűnmegelőzési tanácsadó, addiktológus, szociális szakember, önkormányzati szereplő, egészségügyi szakember) Fókuszcsoport: kerületi óvoda- és iskolai szociális segítői team
Mintakeret	na	na
Minta(részrtvevők) kiválasztásának (toborzásának) módja	na	na
Minta nagyság	6 alkalom, összesen 28 szakemberrel készítettünk fókuszcsoportos beszélgetést	na
Adatgyűjtési eljárás	fókuszcsoportos beszélgetés	Félig strukturált interjú módszerével online, illetve telefonos interjúk + egy fókuszcsoport
Adatok rögzítése (szó szerinti átirat, kivonat, stb)	na	na
Probléma mértéke	<i>„A gyerekekkel kapcsolatban lévő szakemberek szerint a dohányzás, alkoholhasználatról a gyerekek beszélnek. Körükben egyre több a</i>	<i>„Abban minden általunk megkérdezett helyi szereplő alapvetően egyetért, hogy, ahogy sok más dimenzió tekintetében is, a XVI. kerület a</i>

KVALITATÍV KUTATÁSOK		
Módszertani paraméterek	10.kerület - szakértői fókuszcsoportos vizsgálat	16. kerület – szakértői telefonos interjú+fókuszcsoport
	<i>gyógyszerrel való kapcsolat is, valamint a pszichés túlterheltség következtében fellépő önsértő magatartás.” pp.124.</i>	<i>szerhasználat problémája szempontjából is kevésbé érintett terület más budapesti kerületekkel történő összehasonlításban.” pp.42.</i>
	<i>„A szakemberek elmondása alapján az látszik, hogy a felnőtt lakosság körében az alkohol és ehhez járulékosan a gyógyszer a legelterjedtebb drog. Emellett az új pszichoaktív szereket inkább az alacsony társadalmi réteghez tartozó sokproblémával küzdő, fiatal felnőtt korosztály fogyasztja. Elsősorban a biofű, másodsorban a kristály használata jellemző, ez utóbbi gyakran intravénásan is. Az új pszichoaktív szerek tehát a szakemberek érzékelése szerint is a szegény, sokproblémás fiatal felnőttek drogja.” pp.125.</i>	<i>„A szociális területen dolgozó szakemberek ugyanakkor azért találkoznak munkájuk során szerhasználat, azonban problémás illegális szerhasználatról ők is csak elvétve értesülnek, sokkal elterjedtebb jelenségnek tartják a rekreációs jellegű szerhasználatot a kerületben.” pp.43.</i>
	<i>„A szakemberek a szerhasználatl fertőzött területek között kivétel nélkül minden csoportban megemlítik a Hős utcát és a Bihari utcát. Emellett azonban árnyaltabb képet is festenek, számos, más területeket is megneveznek. Detektálható a középréteg rejtőzködőbb, ám egyértelműen jelen lévő szerhasználat, mely elsősorban az alkohol, gyógyszer, illetve klasszikus kábítószereket jelentik.” pp.125.</i>	<i>„Az általunk megkérdezett szakemberek szerint az általános iskolák felső tagozataiban, illetve a középiskolások körében a legjellemzőbben használt szerek az alkohol, a különböző nyugtatók, illetve a marihuána.” pp.44.</i>
Kockázati tényezők	<i>„A fiatalokkal dolgozó szakemberek a szerhasználat kialakulásának hátterében a szülők, illetve a kortársak hatását vélelmezik. Tudnak olyan esetekről, hogy a szülő alkohol, gyógyszer vagy más típusú szerhasználat a gyerekekre mintaként, egyfajta problémamegoldó módszerként hatott. Akár úgy, hogy a szülői attitűd elfogadóbb a gyerek valamilyen droghasználatával kapcsolatban, akár úgy is, hogy együtt történik a használat (főleg alkohol és gyógyszer esetében).” pp.106.</i>	na

INTRAVÉNÁS SZERHASZNÁLAT, TÚCSERE PROGRAMOK ADATAI (Készítette: Csák Róbert & Csorba József Kornél)

Az intravénás szerhasználat az egyik legmagasabb egészségügyi kockázattal járó beviteli mód, amelyre közegészségügyi szempontból is kiemelt figyelmet kell fordítani, az intravénás szerhasználóknak szóló szolgáltatások nem pusztán az egyéni ártalmak és kockázatok csökkentését szolgálják. A vér útján terjedő fertőzések, mint például a HIV vagy a Hepatitis C terjedésének mérséklése szempontjából kiemelt csoport az intravénás szerhasználók, a teljes lakossághoz képest jelentősen nagyobb a kitettsége ennek a csoportnak ezen betegségekre, mind a HIV, mind a Hepatitis C prevalenciája jellemzően magasabb az intravénás szerhasználók körében, mint a teljes lakosságban. Magyarországon – a legutolsó elérhető becslések és adatok alapján – a HIV prevalenciája 0,05% a teljes lakosságra vetítve, míg 2% az intravénás szerhasználók körében, hepatitis C esetében ugyanez 0,5% és 43,5% (ÁNTSZ, 2022; EMCDDA, 2022b; NEAK, 2020). Ezen betegségek terjedésének kontrollja elképzelhetetlen intravénás szerhasználóknak szóló programok nélkül, ebben mind az Egészségügyi Világszervezet (WHO), mind a Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) és az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) vonatkozó iránymutatásai egyértelműen fogalmaznak (ECDC, EMCDDA, 2011, 2018; WHO, 2016). A steril eszközöket biztosító tűcsereprogramok (a felügyelt szerhasználói helyiségek mellett) az intravénás szerhasználóknak szóló legfontosabb ártalomcsökkentő programok, amelyek az elmúlt évtizedek tapasztalatai alapján a létező legköltséghatékonyabb közegészségügyi beavatkozások közé tartoznak, és képesek elérni egy olyan kulcsfontosságú populációt, amelyet hagyományos szolgáltatásokkal nem vagy csak kevéssé lehet becsatornázni az egészségügyi és szociális ellátórendszer magasabb küszöbű szolgáltatásaiba, ahogy arra a COVID-19 járvány eseményei is számtalan példát mutattak (EHRA, 2020; HRI, 2020b, 2020a).

A magyarországi intravénás szerhasználó populáció nagyságára vonatkozó legfrissebb becslés szerint 2014-2015 időszakra vonatkozóan Magyarországon 7799 fő intravénás szerhasználó volt (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2016). Külön, Budapestre vonatkozó becslés nem készült. Az európai hosszú távú trendek azt mutatják, hogy az intravénás szerhasználat aránya csökken és a populáció öregszik (EMCDDA, 2022a; HRI, 2020c), amely alapján valószínűsíthető, hogy ez hazánkban is hasonlóan alakul. Azt ugyanakkor érdemes itt megjegyezni, hogy a következőkben bemutatott tűcsere forgalmi adatokban 2012-ben és 2015-ben mutatkozó drasztikus csökkenés mögött a szűkülő források, illetve a politikai támadások következtében bezárt és felfüggesztett programok kiesése áll (Gyarmathy et al., 2016).

A fejezetben elsőként a budapesti tűcsereprogramok forgalmi adatait elemezzük a 2010-2020 közötti időszakra vonatkozóan a Nemzeti Drog Fókuszpont rendszeres, éves adatgyűjtéséből származó információkon keresztül. Ezt követően az EMCDDA Európai Fecskendőgyűjtési és -elemzési projektjének (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise - ESCAPE) keretében Budapesten begyűjtött és analizált használt fecskendők anyagmaradék tartalmával kapcsolatos adatokat mutatjuk be a 2016-2022 közötti időszakra vonatkozóan. Végül röviden áttekintjük a rendőrségi lefoglalásokban talált intravénás használathoz kapcsolódó eszközök vizsgálatából származó, az eszközökben található anyagmaradékokra vonatkozó országos információkat a 2010-2020 közötti időszakra vonatkozóan a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (NSZKK) adatai alapján.

A budapesti tűcsereprogramok forgalmi adatai⁵⁹

A tűcsereprogramok forgalmi adatai a Nemzeti Drog Fókuszpont országos adatgyűjtéséből származnak, amelybe egy online felületen keresztül 2008 óta a tűcserét végző szervezetek töltik fel az adataikat. A legutolsó elérhető adatsor a 2020-ra vonatkozó adatokat tartalmazza, mert az elemzés készítésekor a 2021. év adatai még nem voltak nyilvánosak.

A budapesti tűcsereprogramok aktuális adatai

Budapesten jelenleg 7 tűcsereprogram működik, azonban csupán 4 program van, amelyik jelentősebb forgalmat bonyolít, ebből három állandó telephelyű tűcsereprogramként (Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat, Art Éra Alapítvány, Válaszút Misszió Drogkonzultációs Iroda), illetve egy mobil programként (Baptista Szeretetszolgálat), két szervezet szerhasználókkal foglalkozik azonban csak utcai megkeresőmunkához kapcsolódva végez használt fecskendő begyűjtés (Drogprevenciós Alapítvány, Hepago), egy szervezet pedig más célcsoporttal foglalkozik, de ehhez kapcsolódóan nagyon kis forgalommal végez tűcserét is (Alternatíva Alapítvány). A főváros négy nagyobb forgalmú tűcsereprogramja a II., a VII., a X és a XI. kerületekben találhatóak.

1. táblázat: Tűcsere programot működtető szervezetek Budapesten

Szervezet	Programtípus*
1. Alternatíva Alapítvány	utcai megkereső program
2. Drogprevenciós Alapítvány	utcai megkereső program (csak gyűjtés)
3. Baptista Szeretetszolgálat	utcai megkereső program; mobil program
4. Art Éra Alapítvány	állandó telephelyű program
5. Válaszút Misszió Drogkonzultációs Iroda	állandó telephelyű program
6. Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat	állandó telephelyű program
7. Hepago	utcai megkereső program (csak gyűjtés)

2. táblázat: Budapesti tűcsereprogramok forgalmi adatai program típusa szerint (2020)

Állandó telephelyű tűcsere programok	Osztott	Hozott + gyűjtött	Kliensek száma	Új kliensek száma	Kontaktok száma
ArtÉra Alapítvány	9865	8571	151	39	1217
Válaszút Misszió	4493	4775	71	30	747
Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat	3157	800	49	6	184
Utcai megkereső programok					
Alternatíva Alapítvány	110	0	1	0	3
Baptista Szeretetszolgálat	2	15	2	0	3
Drogprevenciós Alapítvány	0	8470	0	0	0
Hepago	0	50	0	0	0
Mobil program					
Baptista Szeretetszolgálat	14082	11783	134	17	1039

Budapesten 2020-ban összesen 31709 steril fecskendőt osztottak ki a városban található tűcsereprogramok, és 34464 használt fecskendőt gyűjtöttek be. A cserearány pozitív, amely mögött három tényező állhat. Egyrészt több program is működik, amely maga nem oszt

⁵⁹ Az elemzés elkészítésében nagyban támaszkodtunk a Nemzeti Drog Fókuszpont "A nemzeti drog fókuszpont által összegyűjtött tűcsere információk (2020-as adatok)" című jelentésére (Tarján, 2021). Az elemzést Csák Róbert készítette.

fecskendőt, csupán utcai megkereső munkája során talált használt eszközöket gyűjti be. A másik tényező a tűcserét végző szervezetek anyagi lehetőségei, amelyek meghatározzák, hogy mennyi eszközt tudnak beszerezni. A Nemzeti Drog Fókuszpont adatai alapján a fő forrás, amiből a steril fecskendőt a programok beszerezik, az a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság éves normatíva támogatása, amit a szervezetek egy része esetenként önerővel és adományokkal egészít ki. A harmadik tényező a tűcserét bonyolító szervezetek belső szabályzata, ami meghatározza, hogy mennyi steril fecskendőt vihet el egy kliens egy alkalommal, illetve mennyit vihet el anélkül, hogy visszahozna használt eszközt. Vannak szervezetek, amelyek az egy-az-egyben cserét támogatják, azaz egy használt fecskendőért adnak egy steril fecskendőt, ez azonban meghaladott módszernek számít, mert a tűcsereprogramok legfontosabb közegészségügyi célját (a vér útján terjedő betegségek terjedésének megakadályozását steril eszközök biztosításán keresztül) ez a szabály nem szolgálja, hiszen szűkíti a közösségben elérhető steril eszközök számát. A kiadható fecskendők számára vonatkozó belső szabályokat természetesen nagyban befolyásolja, hogy mennyi forrás áll az adott szervezet rendelkezésére, a források szűkülése miatt több szervezet kényszerült limit bevezetésére a kiadható fecskendők számát tekintve.

A Budapesti tűcsereprogramok kliensösszetétele

A budapesti tűcsereprogramokban 2020-ban összesen 408 kliens vett részt⁶⁰. A tűcsereprogramok beszámolóí alapján tudható, hogy a kliensek döntő része férfi (a 2020-ra vonatkozó teljes adatbázisban a nők aránya 24%), akik túlnyomó többségükben 25 év feletiek (az összes kliens 12%-a volt 24 éves vagy annál fiatalabb).

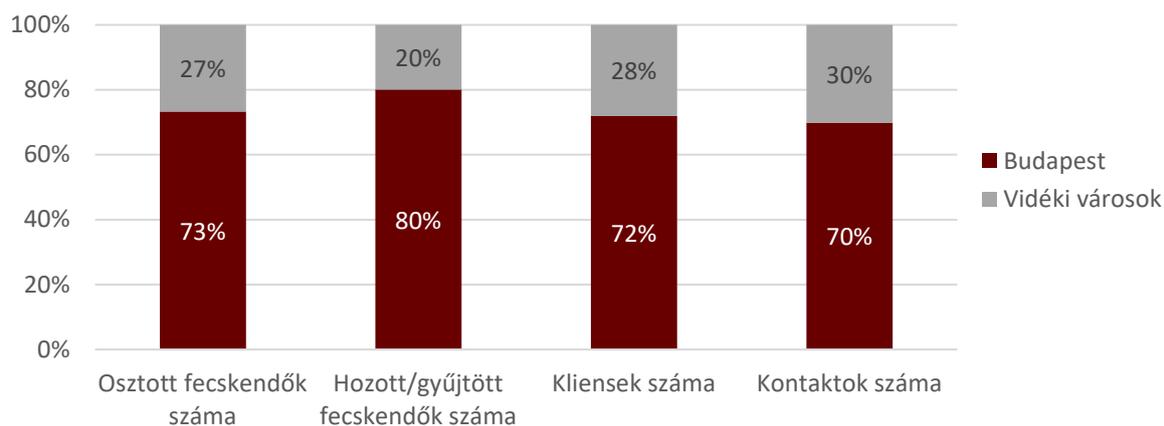
2020-ban a kliensek közel kétharmada (63%) ÚPSZ-t (szintetikus katinont) injektált, 24% valamilyen opiátot (11% heroint, 13% egyéb opiátot, döntően metadont) és 12% használt elsődlegesen amfetamint. Ezzel kapcsolatban érdemes hozzátenni, hogy mind a szakirodalom (EMCDDA 2021, 2022a), mind a tűcsereprogramokban dolgozók beszámolóí alapján nagy arányú a politox szerhasználat, azaz több szer használata.

A fővárosi tűcsereprogramok országos és időbeli kontextusa

A budapesti programok szerepe a magyarországi tűcsereprogramok körében

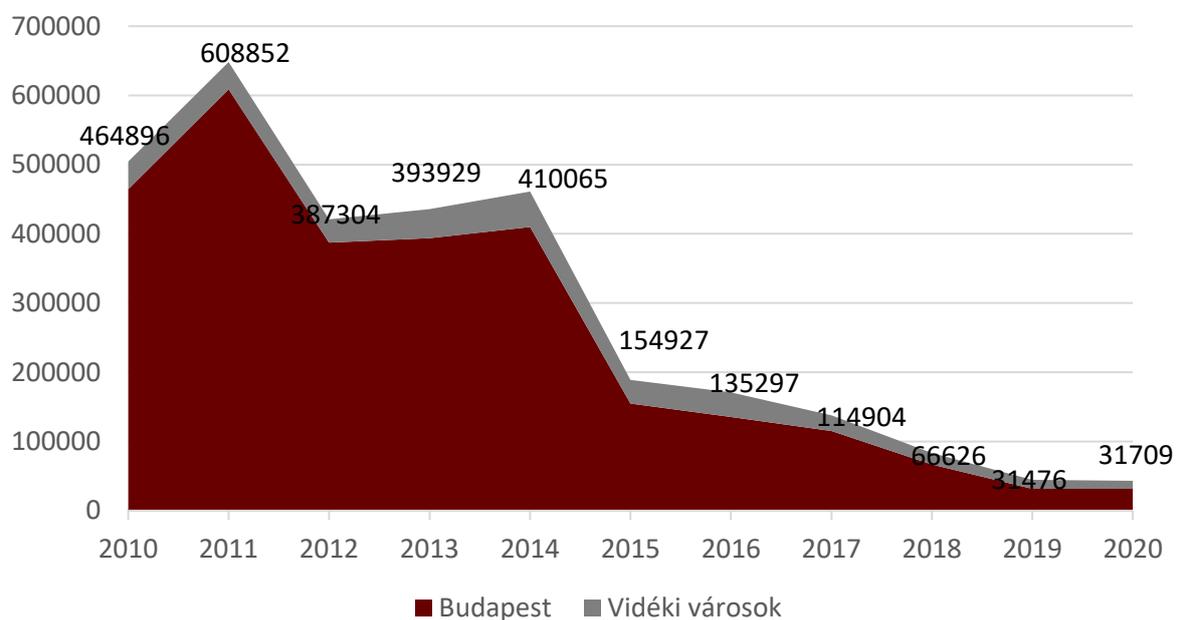
Magyarországon a legfrissebb elérhető adatok szerint 34 szervezet működtet olyan programot, amely szolgáltatásai között foglalkozik tűcserével, vagy használt fecskendők begyűjtésével. Ezek a programok összesen 24 városban működnek, amely az ország 16 megyéjét és 7 régióját fedi le. Az országban fellelhető tűcsereprogramok közel egyötöde a fővárosban található. Budapest aránya az országos tűcsere programok forgalmában a programok számához képest méginkább jelentős, minden mérőszámot tekintve több, mint az országos forgalom 70%-t a fővárosi programok adják (1. ábra). Így tehát a főváros szerepe kiemelkedő a hazai intravénás szerhasználók ellátásában.

⁶⁰ Az adatok szolgáltató szinten duplikációsűrtek, azonban országosan nem, így egy kliens szerepelhet többször is az adatbázisban amennyiben több szolgáltatónál is járt az év során.

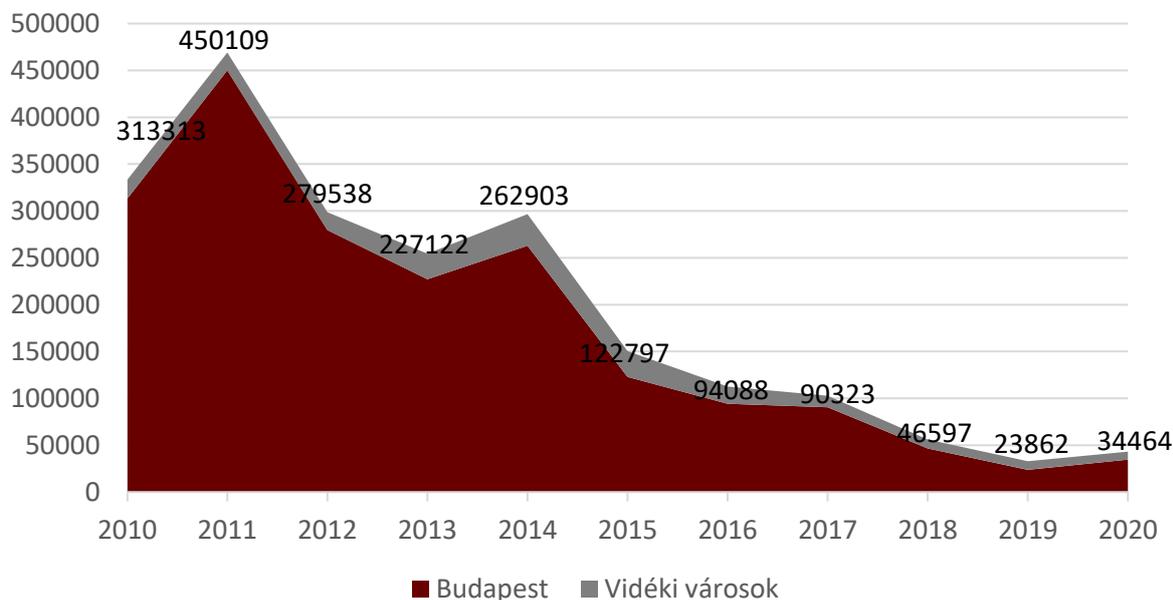
1. ábra: A főváros aránya a magyarországi tűcsere programok forgalmában 2020-ban

Országos és budapesti tendenciák

A kiosztott fecskendők számában a két legnagyobb forgalmú tűcsereprogram 2014-es bezárását követő drasztikus zuhanás után is folyamatos csökkenő trend látszik az elmúlt években, bár 2019 és 2020 között a csökkenés megállni látszik, és inkább stagnál a kiosztott eszközök száma (2. ábra).

2. ábra: Tűcsereprogramokban kiosztott fecskendők száma Magyarországon 2010 és 2020 között budapesti és vidéki tűcsereprogramok bontásában (az ábrán szereplő számok Budapestre vonatkozó adatok)

3. ábra: Visszahozott és begyűjtött fecskendők száma Magyarországon 2010 és 2020 között budapesti és vidéki tűcsereprogramok bontásában (az ábrán szereplő számok Budapestre vonatkozó adatok)

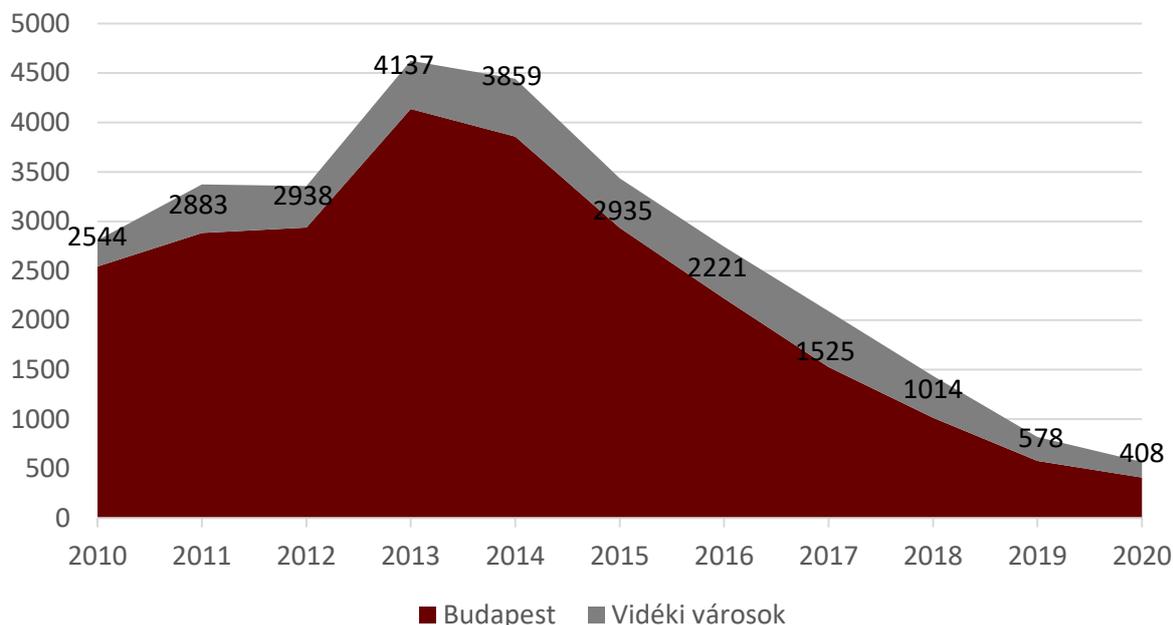


A kiosztott fecskendők számának trendjéhez hasonlóan a kliensszám is folyamatosan csökken, a 2020-as, 408 fős kliensforgalom körülbelül tizede a két nagy tűcsereprogram bezárása előtti időszaknak. Ez, a kiosztott fecskendők számának csökkenésével együtt, a tűcsereprogramok lefedettségének drasztikus visszaesését mutatja, az elmúlt évek során tehát az egyik leginkább marginalizált, a kábítószerhasználat káros következményeinek leginkább kitett csoport maradt megfelelő szolgáltatás nélkül. A budapesti programok alacsony elérése emellett hatással van arra is, hogy mi az, amit erről a magas kockázatnak kitett csoportról tudunk, mert az erre a csoportra vonatkozó trendek döntő többsége a tűcsereprogramokon keresztül vált ismertté. Különösen problémás vonatkozása ennek a fertőző betegségek monitorozása az intravénás szerhasználók körében, amely szintén ezekre a programokra támaszkodott. Az elérés csökkenése olyan jelentős, hogy a legutóbbi, 2015-ben végzett HIV, Hepatitis B és Hepatitis C prevalencia vizsgálat⁶¹ eredményei csak korlátozottan vethetőek össze a korábbi évek eredményeivel, ugyanis a két bezárt tűcsereprogram a legnagyobb mintaszámmal dolgozó szűrési helyszíne volt a vizsgálatnak (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2016)⁶². A Drog Fókuszpont 2020-as kutatásából azt is tudjuk, hogy a koronavírus járvány szintén a kliensszám csökkenését hozta, mert a járvány ideje alatt csökkent a drop-in szolgáltatásokhoz, illetve steril eszközökhöz való hozzáférés (Tarján, 2021).

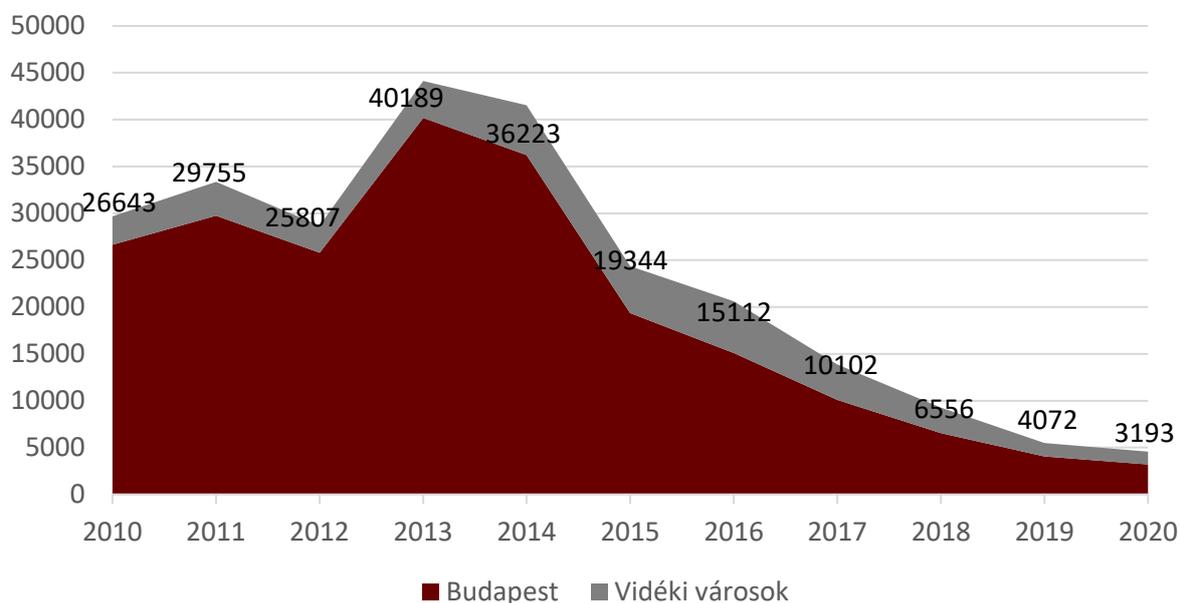
⁶¹ A korábbi Országos Epidemiológiai Központ (OEK) által koordinált országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatok 2006 és 2015 között hét alkalommal végezte el a fertőzések országos prevalencia vizsgálatát az intravénás szerhasználók körében. A vizsgálat azonos módszerrel, hasonló körülmények között végzett szűrővizsgálatokra épül, amelynél az adatfelvételi helyszínek az országban működő tűcsereprogramok voltak, a szűrővizsgálatokat a tűcsereprogramok kliensei körében végezték el.

⁶² A probléma részletes leírását lásd a hivatkozott 2016-os jelentés T1.3.6 fejezetében.

4. ábra: *Tűcsereprogramokban résztvevő kliensek száma Magyarországon 2010 és 2020 között budapesti és vidéki tűcsereprogramok bontásában (az ábrán szereplő számok Budapestre vonatkozó adatok)*



5. ábra: *Tűcsereprogramok klienskontakt száma Magyarországon 2010 és 2020 között budapesti és vidéki tűcsereprogramok bontásában (az ábrán szereplő számok Budapestre vonatkozó adatok)*



Fontos, a tűcsereprogramok megfelelő lefedettségét mutató mérőszám az adott évben egy intravénás szerhasználóra jutó kiosztott fecskendők száma, amely 2020-ban az országos becslést és az országosan kiosztott fecskendők számát figyelembe véve 6 darab volt Magyarországon. A WHO ajánlása szerint ahhoz, hogy a tűcsere programok be tudják tölteni közegészségügyi funkciójukat, minimum 200 tű kiosztása szükséges intravénás szerhasználónként évente, a hepatitis C 2030-ra történő kiirtásának eléréséhez pedig 300 feletti érték szükséges (WHO, 2016).

A használt szerek tendenciái tekintetében elmondható, hogy az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) 2010-es megjelenését követően átalakult a szerhasználati struktúra, míg korábban az intravénás szerhasználók körében a heroint és az amfetamin volt a két uralkodó szer, az ÚPSZ-ek kiszorították ezeket, és mára az intravénás ÚPSZ használat dominálja a színteret. Mint már említettük, 2020-ban a kliensek közel kétharmada (63%) ÚPSZ-t (szintetikus katinont) injektált, 24% valamilyen opiátot (11% heroint, 13% egyéb opiátot, döntően metadont) és 12% használt elsődlegesen amfetamint. A túcsereprogramok beszámolóí alapján a hazai trend a nemzetközi trendekhez hasonlóan alakul, csökkenő intravénás használat és növekvő arányú inhaláló használat („fóliázás” vagy elszívás), amelybe az ÚPSZ-ek másik nagy kategóriája, a szintetikus kannabinoidok fogyasztása is beletartozik.

3.táblázat: *Túcsereprogramokban kiosztott fecskendők száma Magyarországon 2010 és 2020 között – budapesti és vidéki túcsereprogramok bontásában*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budapest	464896	608852	387304	393929	410065	154927	135297	114904	66626	31476	31709
Vidéki városok	39355	39417	33508	41888	50912	33769	35800	22676	16715	13126	11535
Összesen	504251	648269	420812	435817	460977	188696	171097	137580	83341	44602	43244

4.táblázat: *Visszahozott és begyűjtött fecskendők száma Magyarországon 2010 és 2020 között – budapesti és vidéki túcsereprogramok bontásában*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budapest	313313	450109	279538	227122	262903	122797	94088	90323	46597	23862	34464
Vidéki városok	20155	19013	19048	27112	33813	27768	18543	12280	9372	8975	8573
Összesen	333468	469122	298586	254234	296716	150565	112631	102603	55969	32837	43037

5.táblázat: *Túcsereprogramokban résztvevő kliensek száma Magyarországon 2010 és 2020 között – budapesti és vidéki túcsereprogramok bontásában*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budapest	2544	2883	2938	4137	3859	2935	2221	1525	1014	578	408
Vidéki városok	266	490	419	487	583	501	524	568	421	241	159
Összesen	2810	3373	3357	4624	4442	3436	2745	2093	1435	819	567

6.táblázat: *Túcsereprogramok klienskontakt száma Magyarországon 2010 és 2020 között – budapesti és vidéki túcsereprogramok bontásában*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budapest	26643	29755	25807	40189	36223	19344	15112	10102	6556	4072	3193
Vidéki városok	3045	3612	2892	3937	5312	5024	5511	3781	2710	1403	1378
Összesen	29688	33367	28699	44126	41535	24368	20623	13883	9266	5475	4571

Használt injektáló eszközök tartalmának toxikológiai vizsgálata⁶³

Az European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA) az elmúlt évek során több innovatív, nem klasszikus adatgyűjtési módszert is felhasznált az európai droghelyzet monitorozásában. Ilyen új adatgyűjtési módszer például a szennyvízelemzés, azaz szennyvízalapú kábítószer-epidemiológia, az internet alapú adatgyűjtés (online kérdőívek), a darknet piacok figyelése, az itt történő kábítószer eladásokkal kapcsolatos adatok elemzése, valamint a fecskendőkben található anyag-maradékok elemzése. Az alábbiakban két olyan projekt eredményeit mutatjuk be, melyek ez utóbbi módszer segítségével gyűjtöttek adatokat. A kutatások a Budapesti kábítószer szcénát a használt fecskendőben lévő kábítószer maradványok szempontjából tárták fel: a 2015-2016 között zajlott „Tisztább kép” projekt adatait, valamint az EMCDDA 2017-2022 között zajló ESCAPE projekt keretében gyűjtött adatokat.

„Tisztább kép” együttműködési program az új szintetikus drogok feltérképezéséért 2015-2016

Az Ökumenikus Segélyszervezet projektje az első olyan lehetőség volt Magyarországon, amely az összegyűjtött droghulladék toxikológiai vizsgálata alapján átfogó és megbízható adatokat biztosított az intravénás szerhasználók által injektált anyagok kémiai struktúrájáról, azok időbeli és földrajzi mintázatairól.⁶⁴

A program időtartama alatt összesen öt megyeszékhely (Debrecen, Miskolc, Szeged, Békéscsaba – Gyula, Pécs) és két budapesti kerület (VII., XXIII.) egy-egy ártalomcsökkentő szolgáltatása vett részt a droghulladék gyűjtésében⁶⁵. A beérkező droghulladék csoportosításával összesen 4601 vizsgálati mintát alakítottunk ki, melyek laboratóriumi vizsgálatából 4340 volt eredményes. Statisztikai elemzésre ezek közül 4119 vizsgálati minta volt alkalmas, a minták 43,8% (N=1805) származott a két Budapesti helyszínről.

Budapesti injektáló eszközök tartalmára vonatkozó eredmények

Az elemzésre alkalmas minta 43,8% (N=1805) származott a két Budapesti helyszínről: az Art Era Alapítványtól (VII. kerület) és Ökumenikus Segélyszervezet, Soroksári Addiktológiai Centrumából (XXIII kerület), amely 2016 augusztusában bezárt. A budapesti VII kerületben az Art Éra alapítvány által gyűjtött mintákban egyértelműen (82%) a szintetikus katinonok domináltak, amely mögött az áll, hogy az Art Éra Alapítvány túcsereprogramjába elsősorban Pest belvárosi részeiből érkeznek a kliensek, akik döntően szintetikus katinonokat injektálnak. Ezzel szemben a methadon magasabb arányát a soroksári gyűjtőhelyen az okozhatta, hogy a soroksári központba elsősorban ópiát szubsztitúciós programban résztvevő klienseket láttak el, akik a program kereteiben methadont kapnak. A projekt fővárosi eredményei tehát rámutatnak arra, hogy a városon belül is jelentős eltérés lehet az egyes városrészek, illetve a különböző szerhasználói közösségek között.

⁶³ Az elemzést Csorba József Kornél készítette.

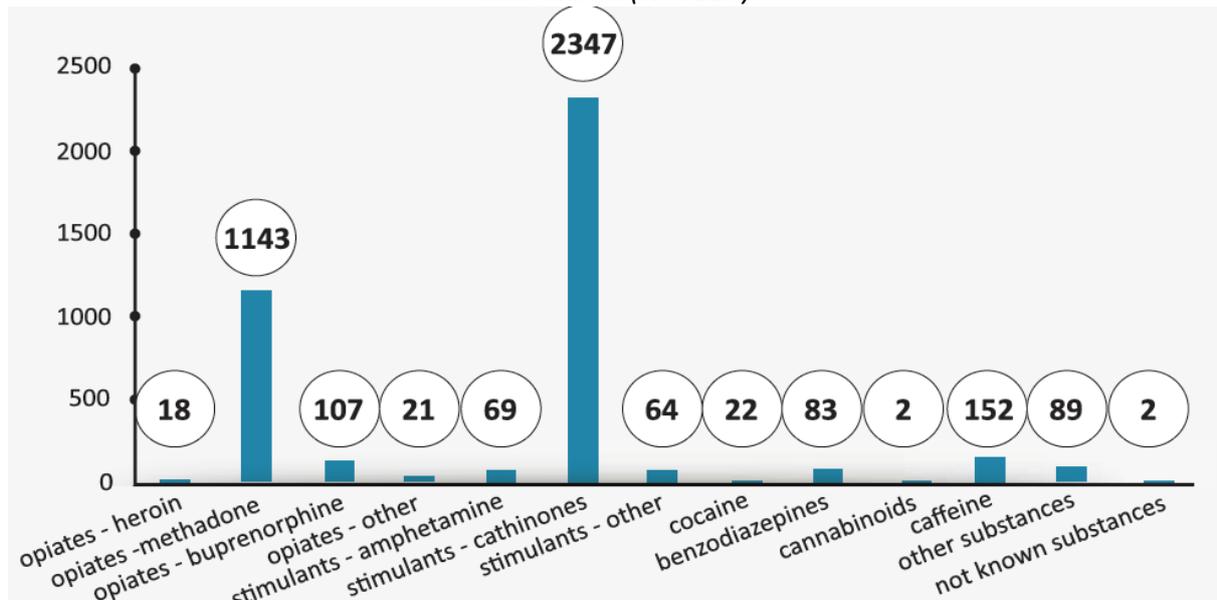
⁶⁴ A projekt AZ Európai Unió - Breaking the Drug Cycle - JUST/2013/ISEC/DRUGS/AG/6418 támogatásával valósult meg.

⁶⁵ A projekt főbb módszertani jellemzői megtalálhatók a tanulmány mellékletében.

Az ország különböző pontjain begyűjtött injektló eszközök tartalmára vonatkozó eredmények

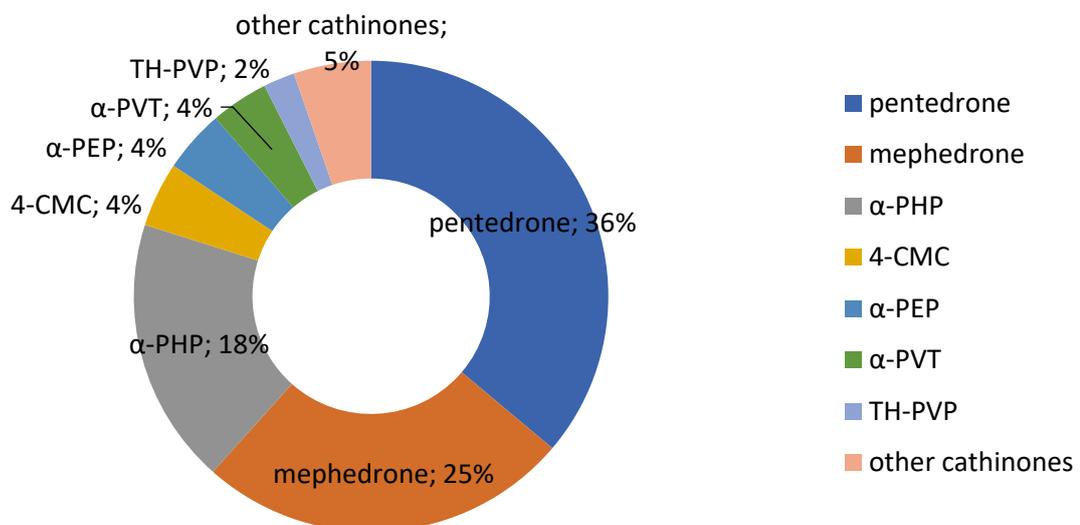
A 7 helyszínen kapott mintában leggyakrabban valamilyen szintetikus kationon vegyületet azonosítottak a vizsgálatok: összesen 2347 esetben, ami a vizsgálati minták 57%-a. Nagy számban került kimutatásra egy, az opiát szubsztitúciós kezelések során használt gyógyszer, a metadon: összesen 1143 esetben volt ez a domináns hatóanyag a vizsgálati mintákban, ami az összes eset 28%-a (6. ábra)

6. ábra: Azonosított hatóanyagok kimutatásának gyakorisága országosan a vizsgálati mintákban (N=4119)



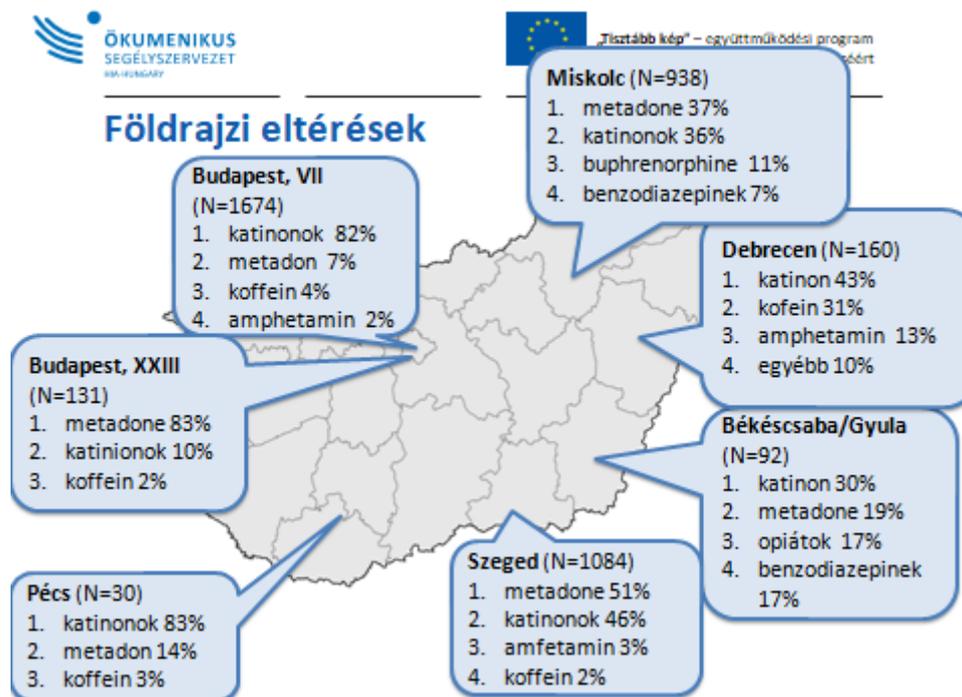
Mint ahogy a következő ábrán is látható a szintetikus kationonok közül a pentedron, mephedron és az alfa -PHP kerültek a leggyakrabban azonosításra a vizsgálati mintákban (7. ábra).

7. ábra: Azonosított szintetikus kationonok kimutatásának gyakorisága országosan a vizsgálati mintákban



A teljes minta elemzése megerősíti a budapesti eredmények alapján is látott összefüggéseket a területi mintázódás tekintetében: jelentős eltérések figyelhetők meg a különböző térségekben összegyűjtött mintákban (8. ábra). Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy az esetleges beavatkozások tervezésénél mindenképpen figyelembe kell venni a helyi sajátosságokat, bevonva az érintetteket, valamint adott területen/városrészben vagy adott klienskörrel dolgozókat.

8.ábra: Földrajzi eltérések a detektált hatóanyagok szempontjából



Európai Fecskendőgyűjtési és -elemzési projekt (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise – ESCAE) 2017 – 2022

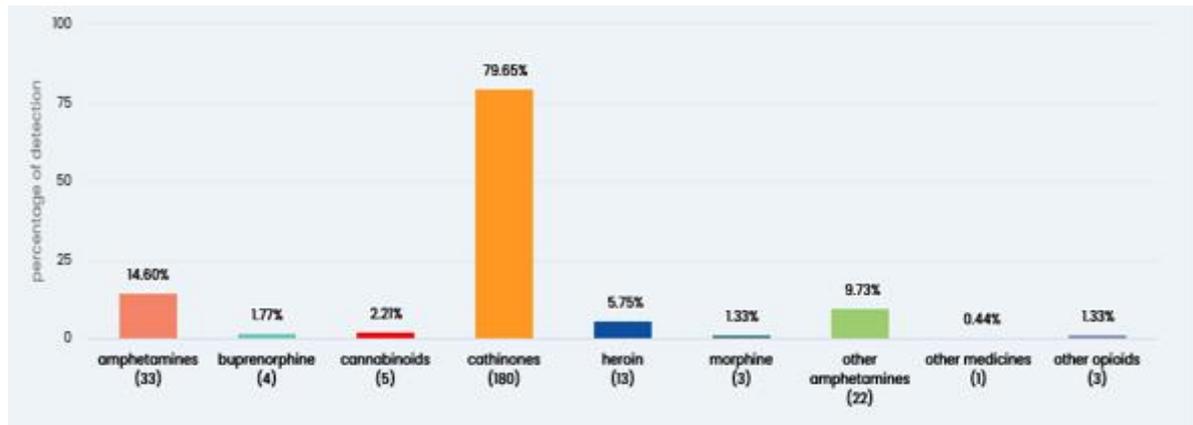
Az European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA) 2016-ban – figyelembe véve a franciaországi, svájci és magyarországi projektek eredményeit – a használt fecskendőkből kimutatott hatóanyagok vizsgálatáról, úgy döntött, hogy ez a módszer fontos információkkal szolgálhat az európai kábítószerhelyzet monitorozásában is. Az ESCAPE projekt 2017-ben indult el több európai városban, a projektben Budapest, Párizs, Helsinki, Amszterdam, Lausanne és Glasgow vett részt. Később más európai városok is csatlakoztak a vizsgálathoz, így a kiinduló városok mellett a projekt keretében elemezték a begyűjtött fecskendőkben található anyagmaradványokat Köln, Oslo, Dublin, Midlands (Írország), Prága, Tallinn, Riga, Vilnius és Odessa városokban is.

A program központi eleme, hogy minden résztvevő városban megközelítőleg azonos időszakban gyűjtenek be használt fecskendőket és standard toxikológiai laboratóriumi eljárásokkal határozzák meg a hatóanyagokat az összegyűjtött mintákból. A fő cél, hogy toxikológiai vizsgálattal igazolt adatokat szerezzünk arról, hogy az intravénás szerhasználók milyen típusú szereket használnak Európa különböző városaiban, régióiban. Különösen fontos kiemelni, hogy a projekt keretében olyan szerhasználói csoportokról lehet információkat szerezni, akiket a szociális és egészségügyi ellátórendszer nem, vagy csak kis mértékben tud elérni.

Az ESCAPE projekt budapesti eredményei

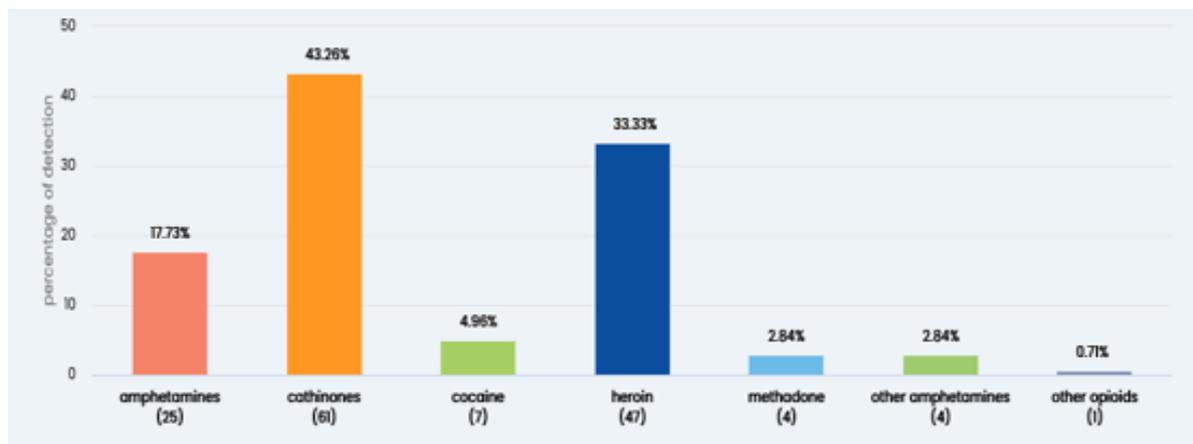
A budapesti adatokban az évek során több változást is megfigyelhettünk. 2017-ben egyértelmű volt a szintetikus katinonok dominanciája, a minták 79,6%-ban voltak megtalálhatóak. Kisebb mértékben jelen voltak az amfetaminok (14,6%), a heroin aránya alacsony volt, 5,75% (9. ábra). Ezek az adatok a „Tisztább Kép” projekt keretében 2015-2016 között kimutatott hatóanyagok arányainak megfelelőek voltak, nem látszott változás a korábbi évekhez képest.

9. ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Budapest, 2017)



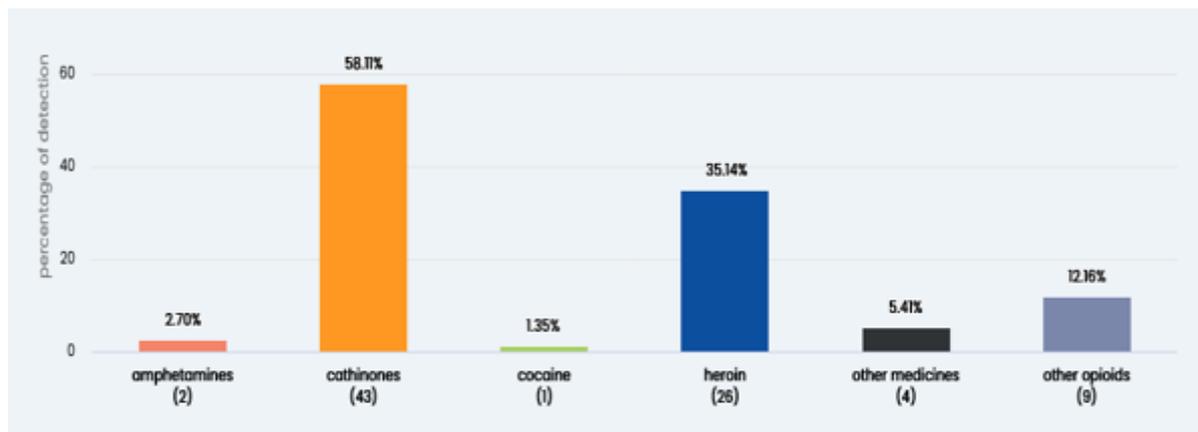
A 2018-as eredmények változást mutattak az előző három éves tendenciákhoz képest. Habár még mindig a szintetikus katinonok voltak az első helyen, jelentős csökkenés láthatunk (79,6%-ról 43,2%-ra). Látványos emelkedés tapasztaltunk a heroin fogyasztásában (5,75%-ról 33,3%-ra). Emellett emelkedett az amfetaminok és a kokain aránya is (10. ábra).

10. ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Budapest, 2018)



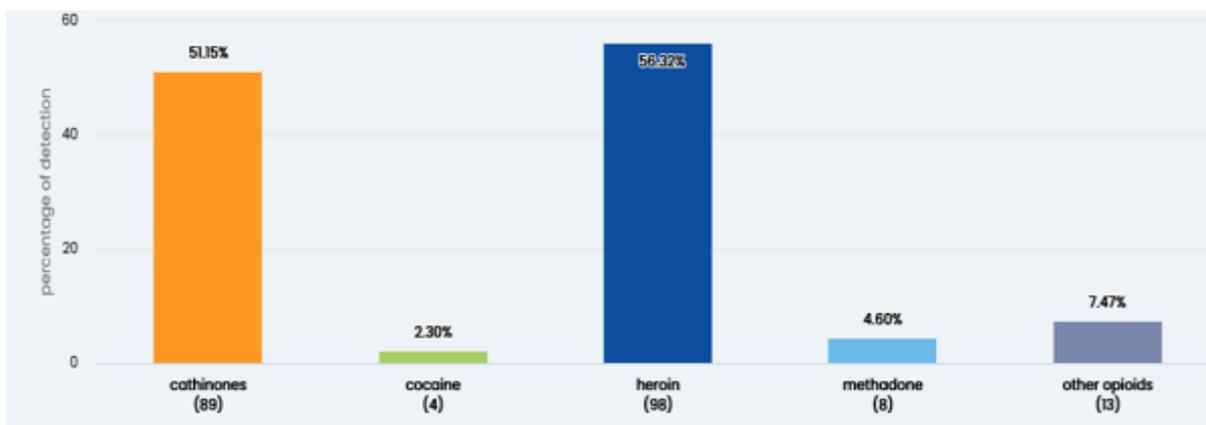
A 2019-ben a fő hatóanyagok szempontjából a szintetikus katinonok 10%-os emelkedését és a heroin minimális emelkedését mutatták. Az előző évben jelentősen emelkedett amfetaminok és kokain ugyanakkor csökkenés mutatott (11. ábra).

11. ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Budapest, 2019)



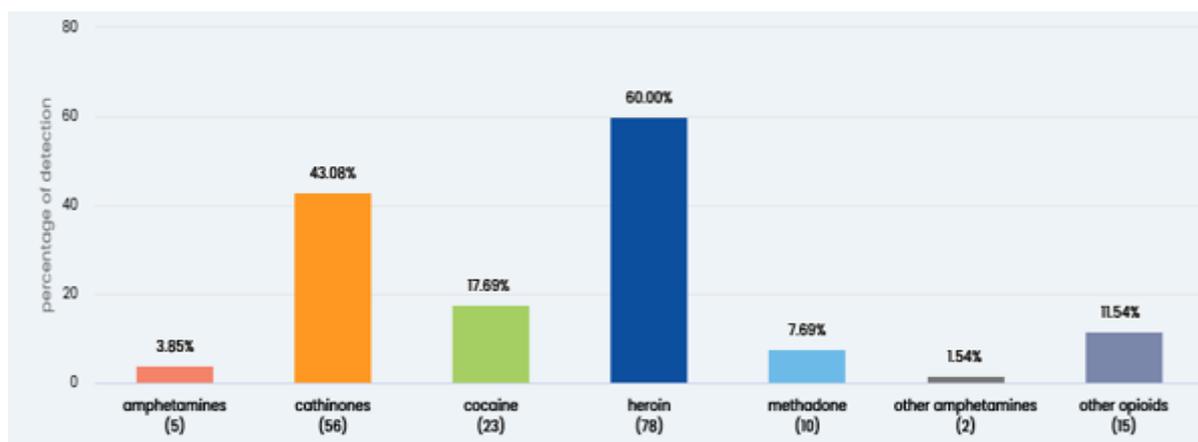
A 2020-as adatoknál nagy váltás történt, a heroin lett a leggyakrabban kimutatott hatóanyag, a minták 56,3%-ban volt kimutatható, ugyanakkor a szintetikus katinonok visszaszorultak a második helyre, a minták 51,5%-ban volt megtalálható (12. ábra). Ez jelentős változás volt, hiszen az új pszichoaktív szerek 2010-es megjelenése után hosszú évekig a szintetikus katinonok uralták az intravénás szerhasználók által injektált szerek piacát.

12. ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Budapest, 2020)



A 2021-es vizsgálat azt mutatta, hogy a heroin emelkedési tendenciája folytatódott és jelentős csökkenés történt a szintetikus katinonok területén, ugyanakkor még mindig aránylag magas arányban voltak jelen, a minta 43%-t adták (13. ábra). Emellett komolyabb emelkedést tapasztaltunk a kokain detektálásában is, a kokaint a minták 17,6%-ban mutattuk ki.

13.ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Budapest, 2021)



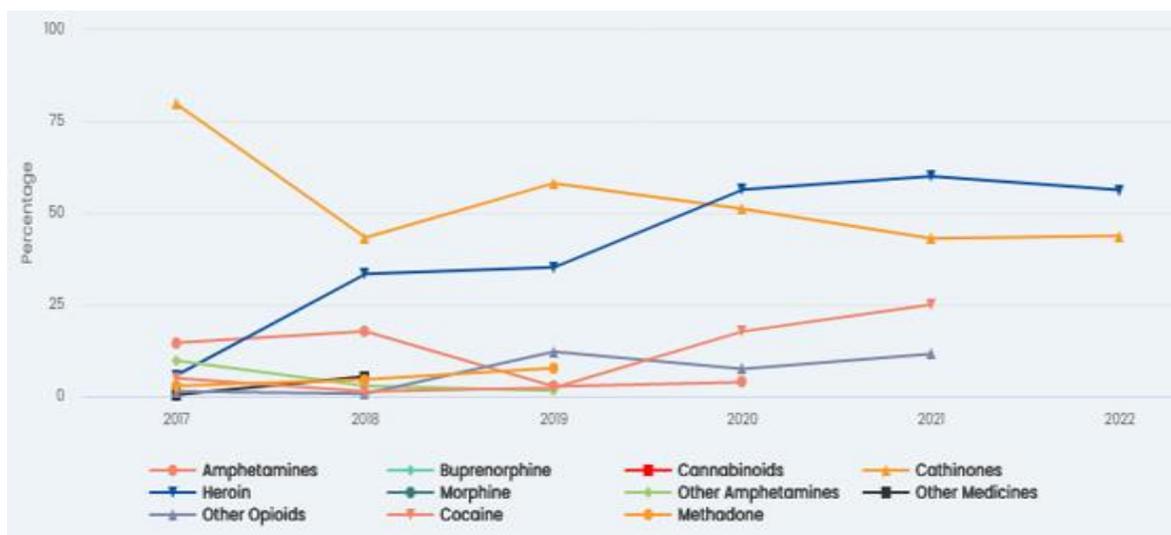
A 2022 adatok még feldolgozás alatt vannak, de az előzetes eredmények a következőket mutatják:

- Heroin: 35,3%
- Katinonok: 31,4%
ebből: Nethylhexedron: 16,7%
Nethylnor pentedron 14%
Mephedrone 0,7 %
- Kokain: 20, 7%
- Amphetamine: 6,7%

A heroin aránya csökkent, de még mindig az első helyen van, a szintetikus katinonok aránya tovább csökkent, viszont a kimutatott kokain és amfetamin aránya emelkedett.

A következő 14. ábrán összefoglalva mutatjuk be az összesített kimutatott hatóanyagok arányát Budapesten a vizsgálati évek folyamatában.

14.ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Budapest, 2017-2022)

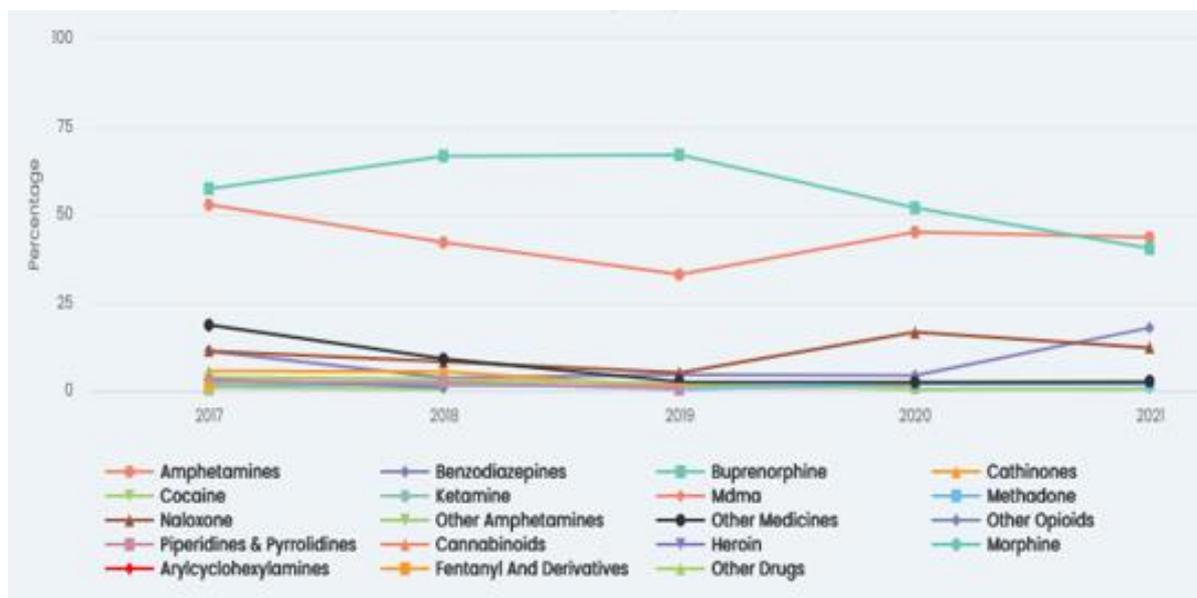


Az ESCAPE projekt budapesti eredményei más európai városokban kapott eredmények kontextusában

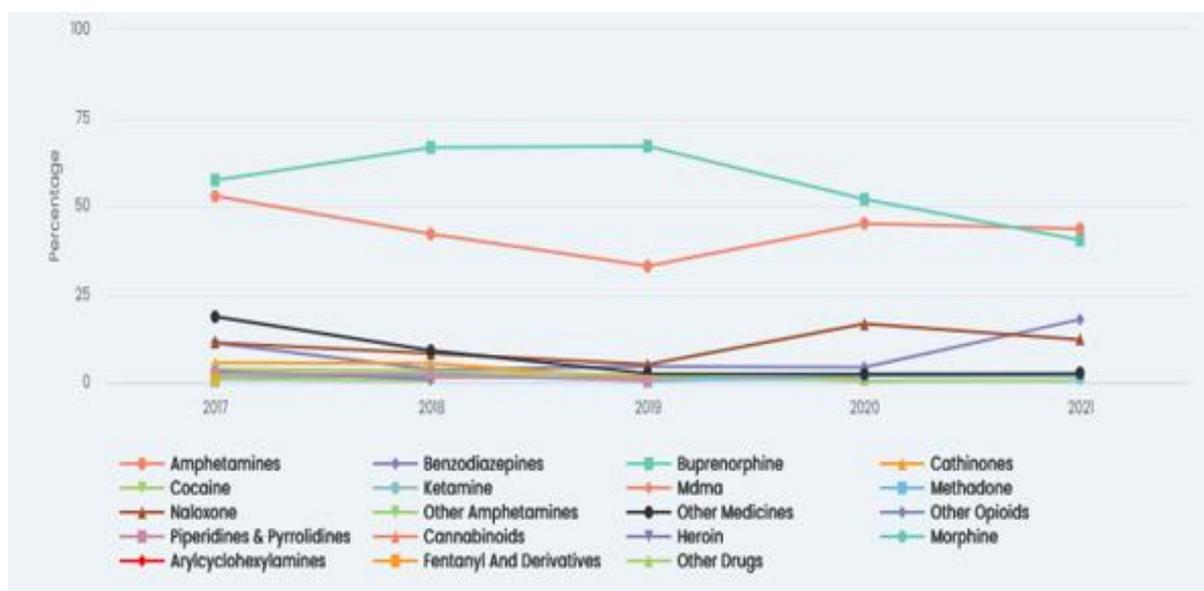
Összehasonlítás céljából két város, Prága és Helsinki eredményeit mutatjuk be az alábbi két ábrán. Mint látható, Prágában az amfetamin dominál és emelkedik a szubsztitúciós célra

használat buprenorphine aránya (15. ábra). Helsinkiben szintén a buprenorphine és az amfetamin van első helyen (16. ábra).

15.ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Prága, 2020-2021)

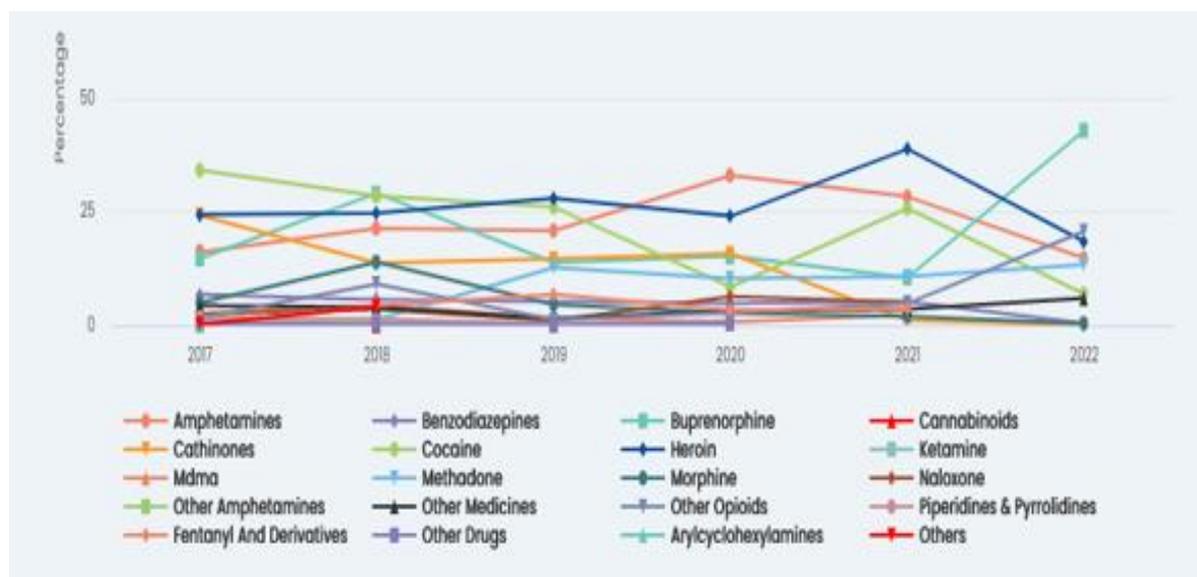


16.ábra: Detektált hatóanyagok arányai (Helsinki, 2017-2021)



Az összesített eredmények alapján, amely a vizsgálatban résztvevő városok összes adatait tömöríti a vizsgálati évek folyamán (17. ábra), látható, hogy jellemzően a heroin, amfetamin, kokain és a buprenorphine van az első helyeken. Azaz Budapest sajátos jellege a szintetikus katinonok magas aránya, amely a projektben résztvevő más európai nagyvárosokban nem jellemző.

17.ábra: Detektált hatóanyagok arányai a vizsgált városokban együttesen (ESCAPE projekt összesített eredményei, 2020-2021)



Az ESCAPE projekt konklúziói

Konklúzióképp elmondható, hogy Budapesten 2015 és 2022 között a használt fecskendőkből kimutatott hatóanyagok alapján a következő tendenciák bontakoztak ki: A katonok magas, de elmúlt években csökkenő arányban vannak jelen; a szintetikus katonok ilyen magas aránya összehasonlítva a többi résztvevő várossal csak Budapesten tapasztalható; a heroin aránya 2018 óta folyamatosan növekedik; a kokain aránya pedig az utolsó két évben jelentősen emelkedett.

Nemzeti Szakértői és Kutató Központ vizsgálatai az injektáláshoz köthető tárgyokról

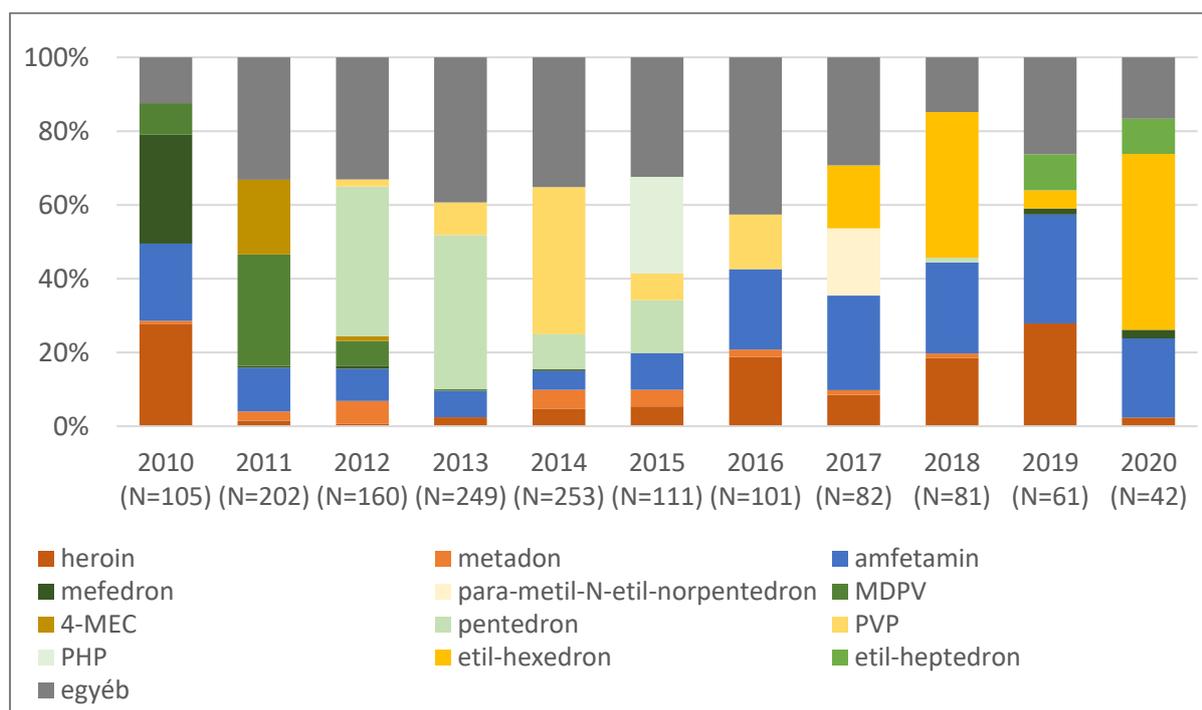
Végül, mintegy az előző részben bemutatott „Tisztább kép”, illetve az ESCAPE projekt budapesti eredményeinek országos adatokkal való kontextuálásaként, a következőkben a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (NSZKK) adataiba adunk betekintést. Az NSZKK adatai a rendőrségi lefoglalásokon talált, intravénás szerhasználathoz köthető tárgyak (döntően fecskendők) bevizsgálásából származnak (NSZKK, 2021), és a 2010-2020 közötti időszak laboratóriumi vizsgálati eredményeit mutatják be⁶⁶. A rendőrségi lefoglalások és az ESCAPE projekt eredményeinek értelmezése során ne feledjük, hogy ezek az adatok ugyanazt a jelenséget egy másik indikátor mentén mutatják be, tehát egy másik olvasatát adják, melyek reményeink szerint kiegészítik egymást.

Az országban történt lefoglalásokból származó minták vizsgálata során azonosított a használt fecskendőkből kimutatott hatóanyagok alapján kibontakozó tendenciák némileg eltérők, ugyanakkor az NSZKK adatai megerősítik azokat a folyamatokat, amiket a kábítószerpiac 2010 óta tapasztalt változásaival kapcsolatban a terepen dolgozó szakemberek tapasztaltak, illetve amit a túcsereprogramok kliensadataiban rögzített elsődlegesen használt szerek változásai is mutattak. Az intravénás használatban korábban évtizedekig meghatározó két szert, a heroint és az amfetamint a 2010-ben megjelent ÚPSZ-ek kiszorították a piacról. Az ÚPSZ-ek két nagy

⁶⁶ Az adatok országosak, az NSZKK Nemzeti Drog Fókuszponttal megosztott adataiból származnak.

csoportjából a szintetikus katinonok váltak az intravénás szerhasználatban domináns szerekké, az első évben a mefedron, azután az MDPV, majd a pentedron, később az alfa-PVP volt a meghatározó szer, de az ÚPSZ jelenség lényege a folyamatosan változó szerek piacra kerülése volt, így a domináns szerek mellett számtalan vegyület volt még a piacon. Az katinonok dominanciája azután csökkent, 2016 és 2019 között már a vizsgált tárgyak mintegy 20-30%-ából amfetamin volt azonosítható, és a heroin részaránya is folyamatosan emelkedett közel 30%-ig. A leggyakrabban injektált katinon 2017-ben a para-metil-N-etil-norpentedron és az etil-hexedron, 2018-ban az etil-hexedron, 2019-ben az etil-heptedron majd 2020-ban újra az etil-hexedron volt.

18.ábra: Az intravénás szerhasználathoz köthető tárgyakról az NSZKK laboratóriumában kimutatott hatóanyagok eloszlása országosan, 2009-2019 között



Felhasznált irodalom

- ÁNTSZ. (2022, September 1). 2022 II. negyedév. ÁNTSZ. https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/hivazids/HIV_adatok/HIV_AIDS_2022_II_nev/HIV_AIDS_2022_II_nev.html
- Csorba, J., Figeczki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Péterfi, A., (2016) Breaking the drug cycle : Analysis of residues from used injecting drug paraphernalia-Project closing study (No. JUST/2013/ISEC/DRUGS/AG/6418)
- Csorba, J., Figeczki, T., Posta, J. ESCAPE projekt, Magyar Pszichiátriai Társaság XXIII Jubileumi Vándorgyűlése 2020 január 22- 25, Budapest,
- ECDC, EMCDDA. (2011). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*. European Centre for Disease Prevention and Control : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- ECDC, EMCDDA. (2018). *Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings*. ECDC and EMCDDA.
- EHRA. (2020). *Harm reduction programmes during the COVID-19 crisis in Central and Eastern Europe and Central Asia*. Eurasian Harm Reduction Association.

- https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/06/regional-review_-FINAL_ENG_1.pdf
- EMCDDA. (2021). An analysis of drugs in used syringes from sentinel European cities: Results from the ESCAPE project, 2018 and 2019. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/100354>
- EMCDDA. (2022a). *European drug report 2022: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en
- EMCDDA. (2022b). *Statistical Bulletin 2022—Drug-related infectious diseases* | www.emcdda.europa.eu. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/drid_en
- European Syringe Collection and Analysis Enterprise (ESCAPE) – generic protocol, EMCDDA 2021
- Gyarmathy, V. A., Csák, R., Bálint, K., Bene, E., Varga, A. E., Varga, M., Csiszér, N., Vingender, I., & Rácz, J. (2016). A needle in the haystack – the dire straits of needle exchange in Hungary. *BMC Public Health*, 16(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2842-2>
- Gyarmathy, V.A., Péterfi, A., Figeczki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Csorba, J. (2017): Diverted medications and newpsychoactive substances – a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary. *International Journal of DrugPolicy*
- HRI. (2020a). COVID-19. In *Global State of Harm Reduction 2020* (Vol. 7). Harm Reduction International. <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2020>
- HRI. (2020b). *Making the investment case: Cost-effectiveness evidence for harm reduction* (Advocacy Briefing). HRI. [https://www.hri.global/files/2020/04/21/HRI_Cost_Effectiveness_Briefing_\(APRIL_2020\).pdf](https://www.hri.global/files/2020/04/21/HRI_Cost_Effectiveness_Briefing_(APRIL_2020).pdf)
- HRI. (2020c). *The Global State of Harm Reduction 2020*. Harm Reduction International. <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2020>
- Lefrançois, E., Augsburg, M., Esseiva, P., 2017. Drug residues in used syringes in Switzerland: a comparative study. *Drug Test. Anal.*
- Lefrançois, E., Esseiva, P., Gervasoni, J.-P., Lucia, S., Zobel, F., Augsburg, M., 2016. Analysis of residual content of used syringes collected from low threshold facilities in Lausanne, Switzerland. *Forensic Sci. Int.* 266.
- NEAK. (2020, July 27). *A hepatitis világnapja—Július 28.* http://neak.gov.hu/sajtoszoba/kozlemenyek_eu_napok/eu_vilagnapok_hepatitis/eu_vilagnapok_hepatitis.html
- Nemzeti Drog Fókuszpont. (2016). *2016-os ÉVES JELENTÉS (2015-ös adatok) az EMCDDA számára.* Nemzeti Drog Fókuszpont. https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU_National_Report_2016_HU.pdf
- Néfau, T., Charpentier, E., Elyasmino, N., Duplessy-Garson, C., Levi, Y., Karolak, S., 2015. Drug analysis of residual content of used syringes: A new approach for improving knowledge of injected drugs and drug user practices. *Int. J. Drug Policy* 26.
- NSZKK. (2021). *A lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 20010 és 2020 között.* NSZKK.
- Paksi, B., Demetrovics, Z., Magi, A., & Felvinczi, K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés Alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(4), 541–565. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.4.2>
- Péterfi, A., Csorba, J., Figeczki, T., Kiss, J., Medgyesi-Frank, K., Posta, J., Gyarmathy, V.A. (2017):

Drug residues in syringes and other injecting paraphernalia in Hungary. Drug Testing and Analysis 10.1002/dta.2217

Rapid communication: Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project 2017, EMCDDA 2019

Tarján, A. (2021). A NEMZETI DROG FÓKUSZPONT ÁLTAL ÖSSZEGYŰJTÖTT TŰCSERE INFORMÁCIÓK (2020-as adatok). Nemzeti Drog Fókuszpont.

Technical report An analysis of drugs in used syringes from sentinel European cities, Results from the ESCAPE project, 2018 and 2019, EMCDDA 2021

WHO. (2016). *Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030*. WHO.

Mellékletek

Módszertan

„Tisztább kép” projekt módszertani jellemzői

A „Tisztább kép” együttműködési program az új szintetikus drogok feltérképezéséért című program időtartama alatt összesen öt megyeszékhely (Debrecen, Miskolc, Szeged, Békéscsaba – Gyula, Pécs) és két budapesti kerület (VII., XXIII.) egy-egy ártalomcsökkentő szolgáltatása vett részt a droghulladék gyűjtésében. A pécsi partner a vizsgálat 14. hónapjában csatlakozott a projekthez. A programban részt vevő szervezetek ellátási területük, illetve klienskörük nagysága, szerhasználati szokásai függvényében határozták meg vállalásukat a mintagyűjtésben. A gyűjtésben a program folyamán 123 – előre kidolgozott tematika alapján – kiképzett önkéntes segített.

A projekt keretében három típusú minta került begyűjtésre:

- 1) ömlesztett droghulladék, melyek a tűcsere-programokban kerültek begyűjtésre a fogyasztóktól, megjelölés vagy társult információ nélkül;
- 2) szerhasználók által leadott injekciós eszközök kérdőív kitöltésével párosítva;
- 3) eldobott és az önkéntesek által az utcáról begyűjtött injekciós eszközök, a begyűjtött tárgyakhoz rögzített információ: gyűjtés helye és ideje, a tárgyak száma és megjelenési formája.

A projekt alatt összesen közel 40.000 intravénás használathoz kapcsolódó eszköz került begyűjtésre és laboratóriumba szállításra analitikai vizsgálat céljából. A begyűjtött tárgyakat a begyűjtés helye és ideje, valamint vizuális hasonlóság alapján csoportosítottuk, mely csoportokat onnantól egy vizsgálati mintaként kezeltünk, egy vizsgálati minta tehát egy vagy több tárgyat (például négy fecskendőt) tartalmazott. A beérkező droghulladék csoportosításával összesen 4601 vizsgálati mintát alakítottunk ki, melyek laboratóriumi vizsgálatából 4340 volt eredményes. Statisztikai elemzésre ezek közül 4109 vizsgálati minta volt alkalmas, a minták 41,5% (N=1805) származott a két Budapesti helyszínről. Az egyesített minták vizsgálatát a Debreceni Egyetem

Orvos- és Egészségtudományi Centrum Igazságügyi Orvostani Intézet Toxikológiai Laboratóriuma végezte gázkromatográfiás elválasztással kombinált tömegspektrometriás (GC/MS) eljárással.

Az ESCAPE projekt módszertani jellemzői

Az első vizsgálati évben, 2017-ben városonként 300 minta (150 hétköznap, 150 hétvégén), a következő években minimum 150 minta került begyűjtésre városonként. A minták (használt

fecskendők) begyűjtése alacsonyküszöbű szolgáltatásokban, azaz tűcsereprogramokban, felügyelt szerhasználói helységekben, tűcsere automatákban történt.

A Budapesti ESCAPE projekt koordinálását és lebonyolítását az Ökumenikus Segélyszervezet biztosítja. Budapesten 2017 és 2018 során a használt fecskendők begyűjtését az Art Éra Alapítvány végezte (amely szervezet a 2015- 2016 „Tisztább Kép” programban is részt vett a fecskendők begyűjtésében). 2019-ben sikerült három további alacsonyküszöbű szolgáltatást bevonni a projektbe, amelyben így az Art Éra Alapítványon kívül a Válaszút Misszió és Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat is részt vett. 2020-2022 között két központ vett részt a vizsgálatban: az Art Éra Alapítvány és a Válaszút Misszió.

A minták vizsgálatát a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Igazságügyi Orvostani Intézet Toxikológiai Laboratóriuma végezte gázkromatográfiás elválasztással kombinált tömegspektrometriás (GC/MS) eljárással.

VÁROSI SZEGREGÁTUMOKBAN VÉGZETT KUTATÁSOK ADATAINAK BUDAPESTRE VONATKOZÓ RELEVANCIÁI

(Készítette: Csák Róbert & Szécsi Judit)

A droghasználathoz kapcsolódó ártalmak szempontjából különösen nagy kitettségű csoport a marginalizált, mélyszegénységben, szegregált területeken élő emberek, mert a szerhasználók stigmatizáltságából eredő hátrányokon felül az egészséggel kapcsolatos társadalmi egyenlőtlenségek miatti hátrányokkal is meg kell küzdeniük. Emellett, Európa több országához hasonlóan, az új pszichoaktív szerek használata kifejezetten ezen marginalizált csoportokban jellemző, amely szintén növeli a szegregátumokban élők kábítószer használatával kapcsolatos kockázatait, hiszen ezen szerek használata a hagyományos szerekhez képest magasabb kockázatokkal jár.

Több, a mélyszegénységben, városi és kistelepülési szegregátumokban élő emberek körében készült kutatás (Csák et al., 2017, 2018; Fábíán et al., 2017; Lannert et al., 2017; Szécsi & Sik, 2016) számolt be arról, hogy az új pszichoaktív szerek közül a szintetikus kannabionidok (herbál, biofű) használata jellemző mind városi, mind kistelepülési viszonylatban, ugyanakkor a szintetikus katinonok (kristály) és az intravénás használat inkább a városi slumokra jellemző (Csák et al., 2018). A kutatások abban is egybehangzóak, hogy ebben a társadalmi csoportban az új pszichoaktív szerek használata mellett kiterjedt a visszaélés szerű gyógyszerhasználat, és a legális szerek, a cigaretta és alkohol használata (utóbbiak a használók száma miatt az illegális szereknél sokkal nagyobb közegészségügyi terhet jelentenek). Emellett fontos kiemelni, hogy egyes települések, településrészek között a drogérrintettség tekintetében jelentős eltérések lehetnek (Szécsi, 2018), így a helyi stratégiák és cselekvési tervek megalkotása során elengedhetetlen a lokális jellemzők és sajátosságok megismerése.

A tanulmányban három városi szegregátumban végzett kutatás Budapestre vonatkozó adatainak másodelemzését mutatjuk be.

- (1) 2018-ban városi szegregátumokban készített interjút szerhasználókkal és az ún. Delphi módszerrel kérdőíves felmérést szakemberekkel, hogy feltérképezzék a szegregátumokban élő új pszichoaktív szereket (ÚPSZ) használók szerhasználati jellemzőit és ellátórendszerrel kapcsolatos percepcióit, valamint, hogy a városi ellátórendszerben dolgozó szakemberek véleményét feltárja a városi ÚPSZ használat jelenségével, valamint az ellátórendszer problémáival, hiányosságaival, fejlesztési lehetőségeivel kapcsolatban⁶⁷.
- (2) 2019-ben a X. kerületben átfogó felmérést készült⁶⁸, a drog és kábítószer-használati jellemzőkről, azzal a céllal, hogy a probléma orvoslása érdekében hatékonyabb lépéseket tegyen, új vagy meglévő szolgáltatásokat fejlesszen. A drogjelenség kapcsán a közelmúltban Kőbánya többször a középpontba került, elsősorban a média figyelme

⁶⁷ A kutatást a Magyar Addiktológiai Társaság készítette az EMMI finanszírozásával.

⁶⁸ A kutatás Budapest Főváros, X. kerület Önkormányzata és a kerületben működő Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) megbízásából készült. Az átfogó vizsgálat Szécsi Judit vezetésével valósult meg. A kutatócsoport tagjai voltak: Bokányi Zita, Gyorgyovich Miklós, Kovács Szilvia, dr. Máder Miklós, dr. Pillók Péter.

miatt. Kétségtelen azonban, hogy az elmúlt 10 évben lezajló városrehabilitációs törekvések következtében a belső kerületekből egyre inkább kiszorították az alacsony társadalmi réteghez tartozó embereket, gondjaikat és ezzel párhuzamosan a látható szerhasználatot is. Ezért a X. kerületben, mint ahogyan Budapest számos más peremkerületében is, erőteljesebben jelentek meg ezek a problémák. A Hős utca slumosodó folyamataival párhuzamosan a szerhasználat is elterjedtebbé vált. Azonban a kerületben a lakótelepek mellett kertvárosias, valamint elmaradó külvárosias részek egyaránt megtalálhatók, ahol a szerhasználati problémák különböző módokon jelennek meg. A vizsgálat során kíváncsiak voltunk a drogelterjedtség mellett – többek között – arra is, hogy a szerhasználati mintázatok hogyan alakulnak a differenciált társadalmi helyzetű emberek által lakott területeken.

- (3) Végül egy 2018-ban készült összehasonlító vizsgálat eredményeit mutatjuk be, amely Budapesten és Belgrádban készült (Csák et al., 2019). A kutatás célja az volt, hogy felmérje milyen következményei vannak, ha a túcsere programok lefedettsége csökken. Mivel mindkét városban megszűntek túcsereprogramok, így releváns volt az összehasonlítás. Különösen azért, mert Belgrádban egyáltalán nem maradt túcsereprogram, viszont Budapesten, bár a legnagyobb forgalmú programok bezártak, maradt valamennyi működő ártalomcsökkentő program, így elérhetőek voltak szolgáltatások intravénás szerhasználók számára. A kutatást a Jogriporter Alapítvány finanszírozta.

Városi szegregátumi szerhasználók és velük dolgozó szakemberek (2018)

Szegregátumban élő szerhasználók

A szegregátumban élő szerhasználókkal készült interjúk esetében az elemzés a kis elemszám miatt nem korlátoztuk kizárólag budapesti szerhasználókra, azokat a jellemzőket emeltük ki, amelyek általánosan jellemzőek voltak a városi szerhasználók csoportjára, és így a főváros tekintetében is relevánsak. Ahol markáns különbség látszódott a budapesti interjúalanyok körében a vidéki városokban élőkhez képest, ott ezt jelezzük.

Kábítószer kipróbálása.

A marginalizált, szegregátumokban élő szerhasználók történetei alapján úgy tűnik, hogy az általános jellemző, hogy a kábítószer kipróbálása olyan barát vagy rokon társaságában történik, aki maga már használ valamilyen szert. Ezen felül nagyjából három jellemző forgatókönyv bontakozott ki a szerhasználat kezdetével kapcsolatban. Az egyik jellemző forgatókönyv, hogy a gyermekvédelemben nevelkedve fiatalon (10-11 évesen) a társaságban jellemző szerhasználati mintázatot veszi át valaki. A másik forgatókönyv, hogy szintén viszonylag fiatalon (13-14 éves korban) osztálytársak vagy a környéken együtt „bandázó” fiatalok társaságában kezdik el kipróbálni a különféle szereket. A harmadik forgatókönyv amikor jóval idősebben, 20-30 éves kor között próbálnak ki valamilyen szert. A konkrét szer mindhárom esetben aszerint alakul, hogy az adott társaságban mi az, ami jellemző, nem attól, hogy mi az a szer, amely kevésbé megterhelő, vagy könnyebben befogadható élmény a kipróbáló számára (ha az adott társaságban döntően amfetamint használtak, akkor az, ha szintetikus katinont, akkor azt, ha kannabiszt, akkor azt). Ugyanígy a beviteli mód is ennek függvénye, több szerhasználó is beszámolt arról, hogy az első alkalom, amikor valamilyen kábítószer kipróbált, az intravénás használat volt.

Ellátórendszerrel való kapcsolat

Az interjúk alapján úgy tűnik, hogy a városi, marginalizált szerhasználók jellemzően két-három intézménnyel vannak kapcsolatban, ellentétben a falvak szegregátumaiban élőkkel, akik jellemzően semmilyen szenvedélybeteg ellátással nincsenek kapcsolatban. Az egyik szolgáltatás jellemzően valamilyen hajléktalan ellátás, a másik pedig valamilyen speciális, szenvedélybetegek ellátására szakosodott szolgáltatás. Ez utóbbi döntően ártalomcsökkentő, alacsonyküszöbű programokat jelent, illetve egy elterelést végző intézmény is jelen van azok esetében, akik ellen eljárás indult kábítószer birtoklás miatt. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások fontos részét képezik a szerhasználók mindennapjainak, az interjúk alapján ezek a túlélési stratégia fontos elemei (ahogy a hajléktalanszállók is). Nem csupán a steril eszközök miatt, amikhez ezekben a programokban tudnak hozzájutni, hanem más fontos dolgokhoz is hozzá tudnak férni, mint internethasználat, emellett fontos számukra az is, hogy ezeken a helyeken megpihenhetnek, és beszélgethetnek az ott dolgozó szociális munkásokkal. Azok a szerhasználók, akik rendszeresen használói az ilyen programoknak, nagy bizalommal vannak az ott dolgozók felé, többen is elmondták, hogy „csak hozzátok járok”, „amit ti mondtok az fontos”. Itt ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a kutatás 2018 tavaszán készült, így az akkor elérhető szolgáltatások köre és lefedettsége változhatott.

Szemben az alacsonyküszöbű szenvedélybetegellátás programjaival, az interjúkban megjelent a szociális ellátórendszer, illetve általánosságban minden ellátási forma elutasítása, az ezekkel kapcsolatos bizalmatlanság is. A bizalmatlanság oka lehet a szerhasználat, a „drogos” stigmatizáltsága a magyar társadalomban, illetve a szerhasználat kriminalizálása – ezek miatt ugyanis kockázatos a szerhasználatot nyíltan felvállalni, még segítségkérés esetében is.

A megkérdezett szerhasználók véleménye alapján a legfontosabb tényező, amely segítheti a szolgáltatókat abban, hogy minél könnyebben elérjék a célcsoportot, az az emberséges bánásmód. A legjellemzőbb pozitívum, ami miatt szívesen bejárnak egy helyre, az az, hogy az adott szolgáltatásban emberként bánnak velük, elfogadják őket. Ezzel párhuzamosan a negatív tapasztalataik döntően olyan esetek, amikor megalázták őket, lekezelően beszéltek velük. Nagyon sok olyan esetet meséltek el az interjúalanyok, amelyben az egészségügyi ellátórendszer valamelyik intézményében lekötötték és/vagy indokolatlanul lesedálták őket. Itt egy budapesti történetet hosszabban idéznék, mert nagyon jól mutatja, hogy az előítéletekből fakadó embertelen bánásmód, a negatív tapasztalatok később akadályt jelenthetnek abban is, hogy más ellátások be tudják vonni a szerhasználókat az ellátásba.

„Volt egyszer egy olyan alkalom, hogy reggel kijöttem a gyárból, megittunk a munkatársakkal pár felest, pár sört, már kezdett ütni, aztán rácsavartunk egy cigit, elszívtuk, aztán jött egy mentőkocsi, hogy valaki rámhívta a mentőket, hogy én fáradjak már be velük. Én nem mentem magamtól, aztán pár percre rá egy rendőrkocsival jöttek vissza, hogy ha magamtól nem megyek, akkor erőszakkal fognak bevinni. Akkor már belementem, beleültem a kocsiába, bevitték, ott leszíjaztak egy székbe, gyógyszereket nyomtak belém, meg nyugtatókat, de közben nem is voltam agresszív. Én azt csináltam, ami mondtak... le voltam szíjazva, mint egy őrült, nem kaptam inni, végére menni nem tudtam. Már utána kezdtem megbolondulni, hogy fekszem egy ágyban, le vagyok szíjazva, és még végére menni sem tudok. Az nem volt jó éjszaka. A legrosszabb napjaim közé tartozik.”

Az ellátórendszerhez való kapcsolódást segítő tényezők között tehát kiemelten kell megemlítenünk szolgáltatásokban dolgozók befogadó, elfogadó attitűdjét. Ez az, amivel meg lehet fogni azokat a marginalizált szerhasználókat, akik egyébként nagyon magas kockázatnak

vannak kitéve az intravénás szerhasználat, hajléktalanság, társas háló hiánya miatt. Azért is fontos a bizalmi kapcsolat kialakítása ezen szolgáltatásokban, mert korábbi kutatásokból tudjuk, hogy ezeknek a városi marginalizált szerhasználóknak sokszor az egyedüli nem szerhasználó kapcsolatot a túcsere programok, alacsonyküszöbű programok munkatársai jelentik⁶⁹. Ezt erősíti, hogy egy ideális szerhasználóknak szóló szolgáltatás legfontosabb elemeként majdnem az összes megkérdezett a beszélgetést emelte ki. Azaz nem a szerhasználóknak szóló alapszolgáltatásokat (steril eszközök, HIV, hepatitisz C szűrés és tanácsadás, addiktológiai konzultáció) érzik leglényegesebbnek a megkérdezettek, számukra az ezekhez képest kevésbé megfogható kiegészítő szolgáltatások jelentenek vonzerőt, ezeken belül is az általános beszélgetés, az, hogy valaki hajlandó meghallgatni őket.

Még két téma jelent meg az ellátórendszer hatásosabb működésével kapcsolatban. A kiszámíthatóság, a rendszeres nyitvatartás elsősorban a Budapesti interjúkban jelent meg hangsúlyosan. A budapesti megkérdezettek számára nagy nehézséget jelent, hogy a korábban megszokott intézmények megszűntek, a működők pedig sokszor nem tudják a folyamatos működést biztosítani. A szolgáltatások megfelelő lefedettségében tehát nagyon fontos tényező lehet a kiszámítható működés, hiszen a napi rutin, a túlélési stratégia részeként csak akkor tud bevett állomássá válni egy-egy szolgáltatás, ha a nyitvatartása kiszámítható.

Emellett megjelent még a felügyelt szerhasználói helység, illetve a szubsztitúciós terápia is, mint ami fontos eszköze lehet a megkérdezettekre jellemző életvitel normalizálásában. Ez főként olyan indoklással jelent meg az interjúkban, miszerint a kábítószer megszerzésével, és annak elfogyasztásával töltött időt tudná helyettesíteni egy ilyen program. Ennek több pozitív következménye lehet, egyrészt nem kell elmenni a kábítószer árusítóhoz, nem kell kisebb bűncselekményeket elkövetni, hogy megszerezzék a szükséges pénzt. Másfelől az ilyen programok jelentősen csökkenteni tudják a szerhasználatból eredő egészségügyi kockázatokat is (túladozás, injekció eszközök közös használata, illetve eldobása közterületen).

Szakértők

A szakértőkkel készült interjúk alapján ebben a csoportban a drogérintettség igen magas, szubjektív megítélésük alapján a kliensek 20-30%-nál a teljes család is érintett valamilyen függőségben. A családok idősebb tagjainak körében az alkohol és gyógyszer használat a jellemző, a fiatalok, iskoláskorúak körében pedig az ÚPSZ-ok az elterjedtebbek. Több szakértő utalt arra, hogy rálátása alapján a kliensek 30-40%-a rendszeresen használ ÚPSZ-okat, azonban több szakértői beszámoló arra is vonatkozott, hogy a szerhasználat rejtett, a szakemberek számára sem láthatóan zajlik, mert annak körülményeiről nem szívesen számolnak be az érintettek.

A használt kábítószerre vonatkozóan a szakértői interjúk alapján az körvonalazódott, hogy a vidéki városok szegregátumaiban legnagyobb arányban az ÚPSZ-ok használata jellemző, és azok közül is a szintetikus kannabinoid ("spice", "herbál" vagy "biofű", ahogy ők nevezik). A kristály használata is megjelenik, de a szakértők meglátása alapján ennek használati gyakorisága csökkenő tendenciát mutat, és a vidéki szakértők az intravénás használat mértékében is csökkentést látnak. A fővárosi szegregátummal kapcsolatban a szakértők csökkenést az intravénás és kristály használatban nem tapasztaltak a kutatás elkészültekor (a trendek az azóta eltelt évek során változhattak).

⁶⁹ Rác J és Csák R. (2014) Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti túcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 155: 1383-1394.

A fővárosi szegregátumok esetében a szakértők arról számolnak be, hogy a ÚPSZ-ek mellett a klasszikus drogok is jelen vannak, különösen a marihuána használat gyakori. Egy szakértő beszámolója alapján a kliensek fele-fele arányban használnak ÚPSZ-eket és klasszikus kábítószereket. Szintén jellemző továbbá az oldószeres, „szipu”, töltőgáz használata, elsősorban a legszegényebbek körében.

“A Hős utcába most, ahogy a nagyobb rendőri jelenlét ellenére is azért még mindig ott szerzik be. Hát piálnak. Alkohol, sima dohány. Ritkán még mindig a szipu. Az a nehéz, hogy a szipu, szerves oldószer, gázspray még mindig a nyomornak a drogja. A legalacsonyabb jövedelmi réteg, az a legolcsóbb szerek. Kannásbor, rivo, frontin, benzodiazepinek és erre rátöltenek. És a hajléktalanokon belül nőtt a droghasználók aránya.”

A fővárosi és városi szegregátumok esetében is egyaránt jellemző az alkohol és más legális pszichoaktív szerek túlzott használata, különös tekintettel a gyógyszer és az alkohol együttes használatára. Tekintve, hogy az ÚPSZ-ekhez olcsóbban hozzáférnek, mint az alkoholhoz, jelentős mértékben fogyasztanak ÚPSZ-eket azokban a körökben is, ahol korábban jellemzően alkoholt fogyasztottak. A szakértők szerint ilyen csoport például a hajléktalanok, körükben megnőtt a drogfogyasztók száma, amely elsősorban ÚPSZ fogyasztását jelenti.

A drogok beszerzésének módjáról, a legtöbb szakértő egyöntetűen azt nyilatkozta, hogy könnyen elérhető bárki számára, mindenki, aki hozzá akar férni ilyen szerekhez, annak megvannak a „csatornái”. Több esetben összemosisodik a használói és terjesztői szerep, a beszerzett kábítószer saját használatra és értékesítésre is használják.

Az ellátórendszer

A szakértők interjúiban a szerhasználók kezelésével kapcsolatos elsődleges problémaként az ellátórendszer elégtelensége, a lefedettség nem megfelelő szintje jelent meg. A droghasználó (különösen az ÚPSZ használó) ha az egészségügyi ellátórendszerbe kerül, az elsősorban a szerhasználathoz kapcsolódó tünetek miatt történik. A szakemberek sokszor „drogusként” kezelik az ellátottat, előítéletesen bánnak vele, azt gondolva, hogy „megérdemli a sorsát”. Fontos problémát jelent a továbbírnyítás, a sürgősségi kezelés után nem jutnak tovább az egészségügyi ellátórendszerben, nem jutnak addiktológiai szakkezelésbe, jellemzően nem merül fel, hogy a szerhasználatára, valamint a droghasználat indukálta pszichiátriai problémákra további segítséget kapjanak. Az ellátórendszer fontos problémájának látták, hogy több terület van, különösen az egészségügyi és szociális ellátórendszer között, amely nincs lefedve. Elsősorban a fiatalok és a várandós nők ellátása merült fel ilyen területként, ők elvesznek az ellátórendszer határterületein.

Megoldási javaslatok

A szakértők megfogalmaztak rövid és hosszú távú beavatkozási lehetőségeket is, de a szegregátumi problémára elsősorban a hosszú távú beavatkozásokat látják hatékonyak. Rövid távú beavatkozásként a megkereső tevékenységet említették, amelynek szerepe elsősorban az információ átadásban jelentős, mert ahogy a korábbiakban is látszott, sok esetben a segítségkérés akadálya az érintettek részéről, hogy nincsenek tisztában azzal, hogy szerhasználati problémájukkal hova tudnak fordulni.

Jelentős hangsúlyt kapott a szakértők interjúiban a komplex, társadalompolitikai beavatkozások szükségessége, amelyek az érintettek lakhatási, munkaerőpiaci helyzetét tudja javítani, mert a szegregátumokban élők problémáit csak kábítószerügyi beavatkozásokkal nem lehet kezelni. Emellett komplexen kell kezelni a beavatkozásokat egyéni szinten is, az egyénnel

együtt a családot, és az őt körülvevő mikrokörnyezetet (családot, pedagógusokat, kollégiumi nevelőt) is be kell vonni a folyamatba.

A hosszú távra tervezett beavatkozás folyamatában a szakértők szerint jelentős szerepet kell, hogy kapjon a szegregátumokban a tartós szakemberi jelenlét, a szabadidő értékes eltöltéséhez példa és lehetőség biztosítása, valamint komplex beavatkozások eszközölése társadalompolitikai és egyéni szinten is. A tartós jelenlét azért kiemelten fontos, mert – például – az ÚPSZ használó fiatalok esetében a bizalomépítés hosszú folyamata akkor működik, ha tartósan jelen van egy szolgáltatás. Akár hetek vagy hónapok is eltelhetnek, amíg az általános időtöltés (internethasználattal és egyéb szabadidős tevékenységek) kapcsán kialakul az a bizalmi kapcsolat, ami után megfogalmazódhat az igény arra, hogy csoportos beszélgetésen vagy egyéni konzultáción vegyen részt. Ehhez azonban szükséges a tartós jelenlét, és folyamatos lehetőség biztosítása a kapcsolatfelvételre, segítségkérésre. A szakértők meglátása alapján a bizalomépítésnek ezek a lépcsői is már részei lehetnek felépülési folyamatnak.

A szakértők úgy látják, hogy illúzió lenne azt gondolni, hogy a fiatalok nem fogják kipróbálni a kábítószerket, ezért további hosszú távú beavatkozásként említik azt a kisgyermek kortól kezdődő nevelési folyamatot, amelyben a szülő és pedagógus is egyaránt fontos szerepet kap. Ennek folyamán olyan értékek átadására lenne szükség, amelyek a szerhasználat kockázatait csökkenteni tudják. Ebben nem csupán kábítószerrel és azok ártaival kapcsolatos tudás átadására lenne szükség, hanem a segítségkérés lehetőségeire vonatkozó információk megosztására is.

Kőbányai átfogó felmérés (2019)

Kőbányai lakossági felmérés (2019)

A kutatás két almintán történt, egyrészt a szakértők által beazonosított, a droghasználat szempontjából veszélyeztetett, kockázati területek háztartásaiban, a másrészt az átlagos területi háztartások körében. Az előbbit 'érintett zónának', az utóbbit 'átlagos zónának' hívtuk⁷⁰. A lakóhely földrajzi elhelyezkedése szerint a megkérdezettek (N=437) 52,9 százaléka az érintett zónában él, 47,1 százalékuk pedig az átlagos zónában.

Az egyes zónákban megkérdezettek összetétele iskolai végzettség és a háztartások egy főre jutó havi nettó jövedelme mentén szignifikánsan eltér⁷¹. Az érintett zónában elért személyeknek alacsonyabb az iskolai végzettsége, és az egy főre jutó havi jövedelme. Az érintett zónában a válaszadók egynegyedének a legmagasabb iskolai végzettsége általános iskolai vagy alacsonyabb, míg ez az arány az átlagos zónában harmad ekkora (7,8 százalék). Az átlagos zónában továbbá nagyobb arányban találunk érettségi vizsgával rendelkezőket, valamint felsőfokú végzettségűeket (melléklet 1. ábra). Az egy főre jutó havi nettó jövedelem szempontjából még ennél is látványosabb az eltérés. 50 ezer forint vagy annál kevesebb egy főre jutó havi nettó jövedelem egyedül az érintett zónában fordul elő, és az alacsonyabb jövedelmi intervallumok is sokkal nagyobb arányban fordulnak elő az érintett zónában elért válaszolók körében (melléklet 2. ábra). Az átlagos zónában élő válaszolók valamivel jobban kedvelik lakhelyüket az érintett zónában élőkhez képest. A válaszok átlaga a teljes mintában 3,5, míg az átlagos zónában élő válaszolók által adott átlagos érték 4,1, az érintett zónában élő

⁷⁰ A minta jellemzőit lásd a mellékletben a kutatás módszertani összefoglalásánál, valamint az 1. táblázatban.

⁷¹ A szignifikáns különbség fogalmát akkor használjuk, ha az érintett és az átlagos zónában megfigyelt gyakorisági megoszlások közti eltérés az adjusztált standardizált reziduálisok értéke alapján szignifikáns.

válaszolóké 3,0 volt. Az ingatlanra vagy a környékén előforduló problémákra vonatkozóan a megkérdezettek közül a bűnözésre, erőszakra, vandalizmusra panaszkodtak a legtöbben (47,4 százalék). Az egyik leglátványosabb különbség, hogy az érintett zónában a drogproblémákat jóval nagyobb számban említették, mint az átlagos zónában. A kérdőívben felsoroltunk néhány problémát, ami jellemző lehet a kérdezettek ingatlanára vagy annak környékére. Látványos a különbség a két zóna eredményei között; a problémák közül az átlagos zónához képest az érintett zónában mindegyiket szignifikánsan magasabb arányban említették. Az érintett zónában elért lakók olykor négyszer akkora arányban említették meg az egyes problémákat, a leginkább szembeűnő különbség pedig az „egyik sem” válasz esetében tapasztalható; az átlagos zónában elért válaszolók körében több mint húszszoros azok aránya, akik úgy vélik, hogy a felsoroltak közül egyik problémát sem tapasztalták (melléklet 3. ábra).

Arra a kérdésre, hogy az alkohol-, illetve a drogfogyasztás mennyire jellemző a kérdezett utcájában és közvetlen lakókörnyezetében, szignifikánsan eltérő válaszokat kaptunk a két zónában. Az érintett zónában az elért lakók abszolút többsége a „nagyon jellemző” (alkohol: 56,7 százalék; drog: 68,0 százalék) válaszlehetőséget jelölte és csupán 2,3 százalék nem érzékeli az addiktológiai problémákat. Az átlagos zónában viszont az ezzel ellentétes „egyáltalán nem jellemző” válaszlehetőséget jelölte a minta többsége (alkohol: 43,7 százalék; drog: 61,2 százalék). (melléklet 4. ábra)

Mind az érintett, mind az átlagos zóna válaszadói úgy gondolják, hogy más kerületekhez képest a X. kerületben nagyobb problémát jelent a drogfogyasztás. Az érintett zóna válaszadói között többen vannak, akik így vélekednek, a különbség azonban minimális, nem szignifikáns, az átlagos zónában adott arányhoz képest. További különbség, hogy az átlagos zónában minden 10. válaszoló gondolja úgy, hogy a drogfogyasztás a X. kerületben kisebb probléma, mint más kerületekben, az érintett zónában azonban egy megkérdezett se jelölte ezt a válaszlehetőséget (melléklet 5. ábra).

Szerhasználat

A válaszadók értékelték az egyes szerek veszélyeit (melléklet 6. ábra). Az érintett zónában élő válaszadók általánosságban is elfogadóbbak a drogokkal szemben, mint az átlagos zónában élők, továbbá a legfeljebb általános iskolát végzett válaszolók körében is magasabb a drogok elfogadása, mint az ennél iskolázottabb rétegekben. Az ecstasy kipróbálása, a napi röviditalfogyasztás, illetve az altató vagy nyugtató gyógyszerek napi használata csaknem a minta fele szerint nagy veszéllyel jár, az egyéb, keményebb drogokról pedig a válaszadók abszolút többsége gondolkodik így.

A kérdezettek egyéni szerfogyasztásáról (melléklet **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** ábra) a kérdőívben felsorolt valamennyi, legális és tiltott szert tekintve egyaránt elmondható, hogy az érintett zónában elért válaszolók körében nagyobb a rendszeres fogyasztók aránya, mint az átlagos zónában. Ez a különbség a „kisebb kockázatot jelentő” szerektől a „kockázatosabbak” felé haladva egyre számottevőbb. A kávé rendszeresen fogyasztók arányában nincs jelentős különbség a két zóna lakói között, ezzel szemben az alkoholt, cigarettát és energiatalt rendszeresen fogyasztók aránya az érintett zónában közel másfélszerese az átlagos zónában mértnek. Az altatót vagy nyugtatót, illetve marihuánát vagy hasist rendszeresen használók aránya az átlagos zónában sem elhanyagolható (14, illetve 7 százalék körüli), azonban ez az arány az érintett zónában kétszeres, illetve négyszeres az átlagos zónához képest. A tiltott szereket kipróbálók, illetve elvétve használók aránya az érintett zónában megkérdezettek körében 13 és 25 százalék között mozog, az átlagos zónában

viszont egyedül a marihuána esetében haladja meg az 5 százalékot. Vagyis az átlagos zónában élő megkérdezettek túlnyomó többsége marihuánán vagy hasison kívül soha nem használt más tiltott szert. Az ennél kockázatosabb szereket rendszeresen használók aránya az átlagos zónában megkérdezettek körében alig haladja meg az 1 százalékot, az érintett zónában viszont csak a kokaint, az LSD-t, a „sziput” és a heroint rendszeresen használók aránya 10 százalék alatti; a többi szert rendszeresen használók aránya az érintett zónában 14 és 18 százalék között van. A tiltott szereket kipróbálók, illetve elvétve használók aránya az érintett zónában megkérdezettek körében 13 és 25 százalék között mozog, az átlagos zónában viszont egyedül a marihuána esetében haladja meg az 5 százalékot.

A kutatás során a megkérdezettek környezetének szerhasználatát is felmértük. A megkérdezettek ismeretségi körében a kávé, a cigaretta és az alkohol a legelterjedtebb szerek (70–85 százalék között mozog azok aránya, akiknek egyes ismerősei használták ezeket a szereket az elmúlt hónapban). A felsorolt, kábítószernek minősülő szerek esetében a válaszadók a legnagyobb arányban azt a válaszlehetőséget jelölték, hogy a kérdőívben felsorolt típusú ismerőseik (pl. rokonok, munkatársak) közül senki nem használja az adott szert.

A vizsgált szereket figyelembe véve egy összetett mérőszámot (úgynevezett Z-score összeget) is képeztünk (melléklet 8. ábra). A kapott változó értékkészletét a könnyebb értelmezhetőség kedvéért úgy módosítottuk, hogy elméleti minimuma 0, elméleti maximuma pedig 10 legyen. A mutató magasabb értéke azt jelenti, hogy válaszadó a felsorolt ismerős-típusok közül többet jelölt meg az adott szer használójaként. Ezeket az értékeket zónánként bontottuk. Az egyes zónákban mért átlagokat összehasonlítva az látszik, hogy átlagosan alacsony értéket kapott minden válaszadó (a legmagasabb érték is 5,73 egy olyan skálán, aminek elméleti maximuma 10); tehát egy átlagos megkérdezettnek kevés ismerős-típusára igaz, hogy az elmúlt hónapban használta a felsorolt szereket. Az említett viszonylag magas érték a kávéhoz tartozik, majd az értékek folyamatosan csökkennek, ahogy a tiltott szerekre kérdez rá a kérdőív. Szintén szembeűnő, hogy az érintett zónában a megkérdezettek mindegyik felsorolt szer esetében magasabb értéket kaptak⁷², tehát az ő ismeretségi körükben jellemzőbb a kérdőívben felsorolt szerek használata. A két zóna között a legnagyobb különbség az új pszichoaktív szerek tekintetében, a herbál és a kristály, valamint az amfetamin és az ecstasy esetében látható.

Megoldási lehetőségek

A válaszadók többsége úgy véli, hogy a kerületet jellemző problémák megoldásának legtöbbször a jelenleginél többet kellene költeni. A megelőzésről és a mérséklésről is elmondhatták, hogy többet, kevesebbet, vagy ugyanennyit kellene-e rájuk költeni. Még a legkevésbé leküzdendőnek tartott probléma, dohányzás esetében is a minta kis hányada (12–15 százaléka) gondolja, hogy kevesebbet kellene ezek mérséklésére, illetve megelőzésére költeni. A további szerek esetében az ezt a választ jelölők aránya szinte elhanyagolható. Mindegyik probléma esetében a mérséklésre szánt pénzt kellene inkább növelni a kérdezettek szerint a megelőzésre szánt összeggel szemben, azonban a kétféle megoldás közötti különbség átlagosan csupán 1–2 százalékpont. A válaszok alapján a lakásproblémák és a szegénység kérdése azok, amelyeknek mind mérséklése, mind megelőzése terén leginkább szükség lenne a plusz finanszírozásra (melléklet 9. ábra).

⁷² A két zónában megfigyelt átlagok közti eltérés a kávéval kapcsolatos mutató kivételével mindegyik mutató esetében szignifikáns.

Arra a kérdésre, hogy mire lenne szükség a kerületben a helyzet javulásához, mindkét zónában a több, hatékonyabb rendőri jelenlét, illetve a drogfogyasztás megfékezése volt a két leggyakrabban elhangzott javaslat. Az átlagos zónában gyakran említették még a Hős utca rendbetételét, a hajléktalanság felszámolását, a szemetesek számának növelését és a jobb közvilágítást. Az érintett zónában a járőrszolgálat bevezetése és a bűnözés megszüntetése emelkednek ki a megoldási lehetőségek közül (melléklet 10-11. ábra). Konkrétan a szenvedélyproblémák mérséklését célzó javaslatok közül mindkét zónában a kereskedők szigorúbb büntetését tartják a legtöbben követendőnek, az átlagos zónában azonban az érintett zónához képest jóval nagyobb az így vélekedők aránya. Az érintett zóna válaszadói szerint a második legfontosabb javaslat a „rendőrség munkájának javítása” lenne (ezt 50 százalékuk jelölte), és szinte ugyanekkora arányban (46 százalék) jelölték „a fogyasztók szigorúbb büntetése” lehetőségét. Az átlagos zóna válaszadóinak több mint fele (58 százaléka) jelölte a „megelőzés javítása” javaslatot, az érintett zónában azonban csak fele ennyien (29 százalék) tartják ezt jó megoldásnak. (melléklet 12. ábra). Összességében a szerhasználattal kapcsolatos megoldások között az átlagos zónában élő válaszolók a rendőri jelenlétet és intézkedéseket, a kereskedők és fogyasztók szigorúbb büntetése mellett a prevenciót tartják a legfontosabb követendő intézkedéseknek, míg az érintett zónában elért megkérdezettek ezeket kevésbé tartják fontosnak, ellenben az összes szociális intézkedést sokkal fontosabbnak tartják, mint az átlagos zónában élő válaszolók.

Szakértői percepciók és megoldási javaslatok

Az Új Pszichokatív Szerek városi, szegregátumi környezetben történő használatára irányuló kutatásban a városi ellátórendszer intézményeiben dolgozó szakemberek, a problémával és annak kezelésével kapcsolatos percepcióit vizsgáltuk. Településükön a szintetikus kannabinoidokat elterjedtnek érzik, ahogyan a szintetikus katonák használatát is. A jelenség a munkavégzésük során is megjelenik és közepes mértékű vagy annál nagyobb problémát okoz a mindennapokban.

A szakembereket arra kértük, hogy a prioritási sorrend felállításánál a válaszaikat az alapján gondolják végig, hogy egy-egy intézkedést mennyire tartanak sürgetőnek, illetve mennyire várják az adott intézkedéstől a legnagyobb eredményt.

Az egyes válaszok esetében a besorolások, megoszlások értékei között sokszor nagyon kicsi különbségek jellemzőek. A két megjelölt dimenzió (idő és hatékonyság) sokszor összeecsúszott, illetve a nyílt kérdéseknél néhány szakember kifejtette, hogy valójában a leghatékonyabb eszközöket kellene mihamarabb bevetni.

A 18 érvényes válaszadó körében a legsürgetőbbnek tartott intézkedések elsősorban a szerhasználat kiváltó okait orvosolandó intézkedések. A városi szegregátumok és slumok kirekesztettségének és szegénységének csökkentését és a szerhasználók korai kezelésbevitelét tették 4-4-en az első helyre, a közösségfejlesztés 3, míg az intenzív, jelenlét alapú szociális munka és komplex közösségi programok kialakítása 2-2 első helyet kapott. Ha az első három helyen megjelölt intézkedéseket összevontan nézzük, akkor az intenzív jelenlét alapú szociális munka vezet, mivel a válaszolók fele (9) az első három hely valamelyikére tette. Ezt követi 7-7 említéssel, a városi slumok és szegregátumok kirekesztettségének és szegénységének csökkentése, a multidiszciplináris megközelítés és a komplex közösségi programok kialakítása beavatkozások.

A szakemberek ezután egy újabb sorrendet állítottak fel, az alapján, mely intézkedéseket tartanak a legeredményesebbnek, amitől tehát a legnagyobb változás várható.

Azt látjuk, hogy a sorrendek lényegében nem változnak. A 16 választ adó közül a legtöbbet megjelölt első helyen még mindig a szegregátumokban a kirekesztettség és szegénység csökkentése vezet (4 említés), tehát nemcsak a lesürgetőbb, de leghatékonyabb intézkedés is lenne az UPSZ és egyéb addiktológiai problémák enyhítésében. Ha az első három említést együtt kezeljük, akkor az összevont listában a vezető helyét tartja az intenzív, jelenlét alapú szociális munka (8 említés). A multidiszciplináris megközelítés után (7), a és komplex közösségi programok kialakítása és a közösségfejlesztés (6-6 említés), majd a korai kezelésbevitel (5) áll.

A két dimenzió külön kérdezése nem hozott az eredményekben eltéréseket: a szakemberek konzekvensen a szerhasználat háttérében álló problémák orvoslását tekintik az intervenciók prioritásának.

Konklúziók

A kőbányai lakossági felmérés adatai szerint az elterjedtség tekintetében egyértelműen elválik az átlagos és érintett zóna. Ez azt is jelzi, hogy a helyi szakértőknek jól sikerült körül határolni az érintetti körzeteket.

- Azok a területek kiemelten veszélyeztetettek, ahol önkormányzati bérlakások vannak, itt többnyire több generáció él együtt nagyon zsúfoltan, szűk helyen. Ők alacsonyabb iskolai végzettségűek és szegényebbek is.
- Az érintett zónák adatai több szer tekintetében is egyértelműen magasabb értékeket mutatnak, mint az átlagos zónáé: a kipróbálók és alkalmi használók aránya is 2-3 szorososa az országos átlagnak, a rendszeres használat pedig a 14-18 százalékkal nagyobb arányokat mutat, mint a nagymintás adatok.
- Az új pszichoaktív szerek használata az érintett zónában jelenik meg, ahol a megkérdezettek alacsonyabb jövedelemmel és iskolai végzettséggel rendelkeznek, így elmondható, hogy ők az alacsony társadalmi réteghez tartoznak.
- A kutatásban megkérdezett szakemberek többsége a szegregált területeken, a mélyszegény emberek addikcióit, ezen belül pedig az új pszichoaktív szerhasználat elterjedt jelenségét egyhangúlag elsősorban társadalmi problémának látja, a droghasználat tünetként jelenik meg.
- A közösségfejlesztő programok erősítése, az intenzív és az élet különböző területeire kiterjedő, komplex segítségnyújtás fokozása, valamint a társadalmi dezintegráció csökkentése elengedhetetlen a droghasználat kezelésében. Ehhez intenzív, támogató szociális munkát rendelnek. A prioritások meghatározásánál is ezek az intézkedések kerültek előtérbe mind az idő, mind a hatékonyság dimenzió tekintetében.

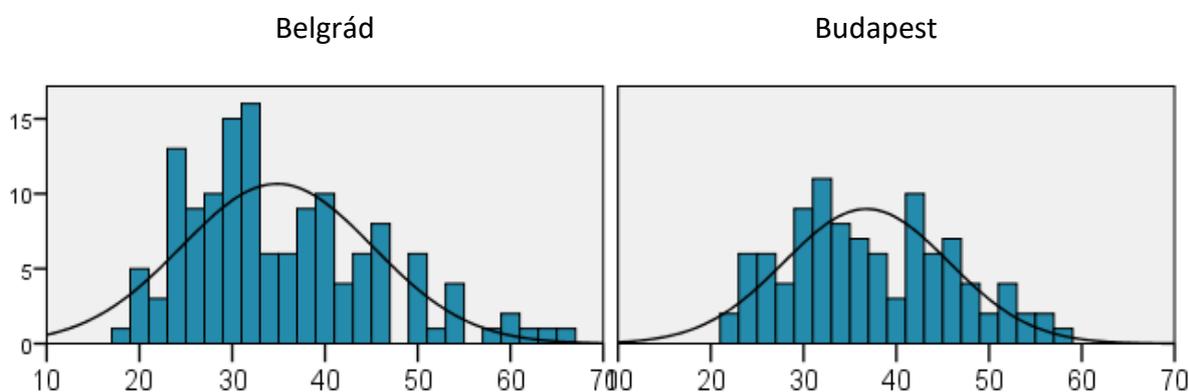
Túcsere bezárás következményei Budapesten és Belgrádban (2018)

A kutatás háttéré, hogy Budapesten 2014-ben politikai nyomásra bezárt a két legnagyobb forgalmú túcsere program, a Kék Pont Alapítvány 8. kerületi programja, valamint a Drogprevenációs Alapítvány 13. kerületi túcsere programja (Gyarmathy et al., 2016; Rácz et al., 2016). Belgrádban szintén megszűnt a városban a Veza civil szervezet által működtetett túcsereprogram, mert a Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria finanszírozási időszaka végetért, de szerb kormány nem alakította ki a hazai finanszírozást ezen programok fenntartására. befejezte a finanszírozást. Így tehát mindkét városban jelentősen szűkült az ártalomcsökkentő programok lefedettsége, Belgrádban teljesen megszűntek a túcsere programok, Budapesten viszont maradt néhány, kisebb forgalmú szolgáltató. A következmények ugyanakkor nagyon hasonlóak, az intravénás szerhasználók emberek eltűntek

az ellátórendszerből, a HIV és Hepatitis C szűrések számára sokkal nehezebben elérhetővé vált a fertőzések terjedésének kontrollja szempontjából egyik legfontosabb populáció. A kutatással azt próbálta feltérképezni, hogy hogyan alakult a túcsereprogramokat használó emberek élete.

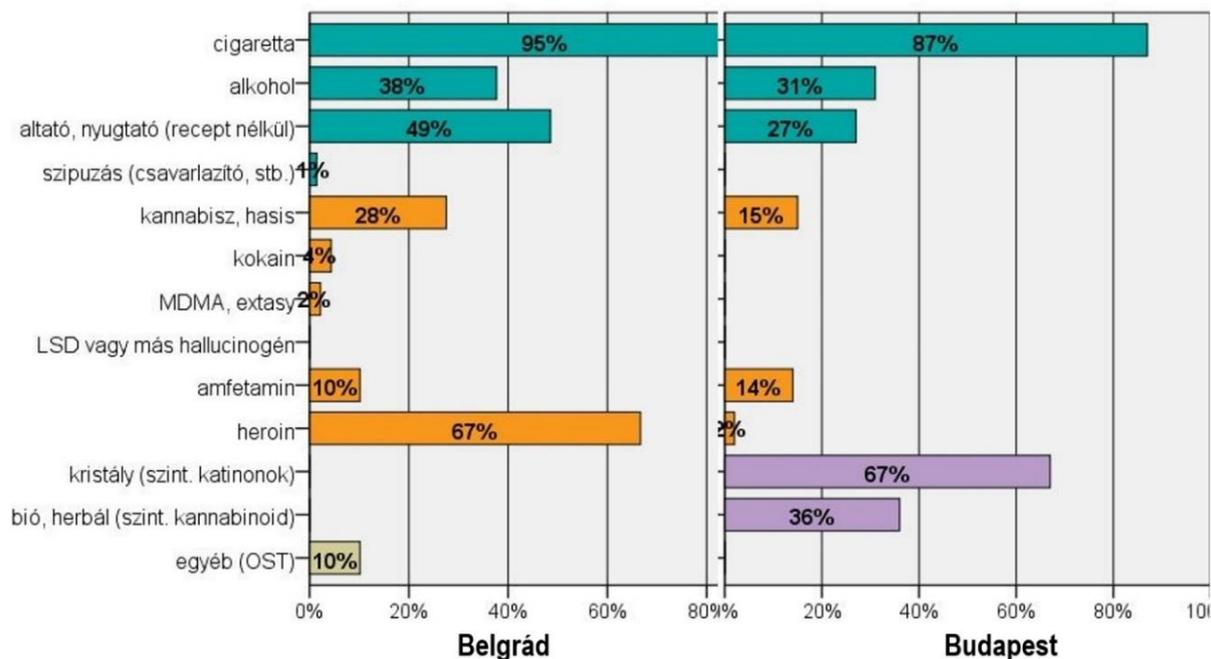
A megszünt túcsereprogramok mintába bekerült volt kliensei nagyon hasonlóak voltak a két városban, mindkét helyszínen a minta kétharmada volt férfi és egyharmada nő, az átlagéletkor Budapesten 37 év, Belgrádban 35 év volt. Mindkét városban marginalizált társadalmi csoportokba tartoztak, rossz munkaerőpiaci pozícióval, a bármilyen formában foglalkoztatottak aránya Budapesten 43% volt, Belgrádban 30% (amely különbségben valószínűleg a közmunkában való foglalkoztatásnak lehetett szerepe). Az iskolai végzettség tekintetében a Budapesti volt kliensek sokkal kedvezőtlenebb helyzetben voltak a Belgrádiakhoz képest, Budapesten 72% rendelkezett középfoknál alacsonyabb végzettséggel, míg Belgrádban ez 38% volt.

1.ábra: A minta életkori megoszlása



A rendszeresen, azaz majdnem minden nap használt szerek tekintetében markáns eltérés látszik a két város között. Budapesten a hazai kábítószerpiac sajátosságainak megfelelően az ÚPSZ használat dominál, szintetikus kannabinoid illetve szintetikus katinonok használata jellemző a dohányzás és az alkoholfogyasztás mellett. Ehhez képest a Belgrádi kép a hagyományos, ÚPSZ-ek megjelenése előtt Budapesten is jellemző klasszikus szerek használatát mutatja: ebben a jellemzően intravénás szerhasználattal jellemezhető populációban a heroin használat dominál (ideértve az „egyéb (OST)” kategóriát is, ami az opiát szubsztitúciós terápiában használt szereket jelenti).

2.ábra: Rendszeresen (majdnem minden nap) használt szerek a két városban



Túcsereprogramok szolgáltatásainak elérése

A kérdőívben rákérdeztünk, hogy milyen szolgáltatásokat használtak a megszűnt programban, és arra is, hogy ezen szolgáltatások közül mik azok, amelyeket jelenleg is el tudnak érni. Itt jegyeznénk meg, hogy a következőkben bemutatott adatokhoz képest jelenleg a helyzet nagy valószínűséggel rosszabb a fővárosban, hiszen a túcsereprogramok lefedettsége (kiosztott tűk száma, programokban résztvevő kliensek száma) folyamatosan csökken a kutatás adatfelvétele óta. Emellett fontos kiemelni, hogy még abban az esetben is, ha az adott szolgáltatást más helyen igénybe tudja venni, az akkor is csökkenést jelent az elérhető szolgáltatások színvonalában, hiszen korábban a felsorolt szolgáltatásokat egy helyen tudta elérni a kliens, míg a túcsere bezárása után ezeket nagy valószínűséggel több szolgáltatónál kellett megtalálniuk. Mivel itt a szerhasználatuk miatt egy stigmatizált, hagyományos egészségügyi és szociális ellátórendszerben rossz, megalázó bánásmódnak kitett csoportról beszélünk, a speciálisan számukra kialakított, és a közösségben hosszú évek alatt bizalmi kapcsolatot kiépített ártalomcsökkentő programokat nem fogják tudni helyettesíteni más szolgáltatások. Így mindenképpen veszteséggel kell számolnunk egy közegészségügyi szempontból kulcsfontosságú populáció elérésének tekintetében.

Az adatok alapján egyértelműen látszik, hogy minden szolgáltatás elérhetősége szignifikánsan csökkent a megkérdezettek körében, kevésbé tudnak hozzájutni steril fecskendőhöz, szűrőszívóhoz szükséges eszközökhöz, vénaápoló krémhez, de a használt eszközök cseréjét se tudják a korábbihoz hasonló mértékben elvégezni. Ez utóbbi különösen nagy gondot jelenthet, hiszen a veszélyeshulladéknak számító használt eszközök nem kerülnek megfelelő körülmények közötti begyűjtésre és megsemmisítésre (ahogy azt egy túcsereprogram elvégzi, a bezárt 8. kerületi program például több tízezer használt fecskendőt gyűjtött be és semmisített meg évente). Egy szolgáltatás volt, amelynél nem mutatott szignifikáns csökkenést az elérés, ez pedig a HIV és Hepatitis C szűrések elérése, azonban ez annak tudható be, hogy az adatfelvételi helyszínen zajlott HIV és Hepatitis C szűrés. A belgrádi adatok még a budapestinél is nagyobb csökkenést mutattak a szolgáltatások elérésében. Mivel Belgrádban

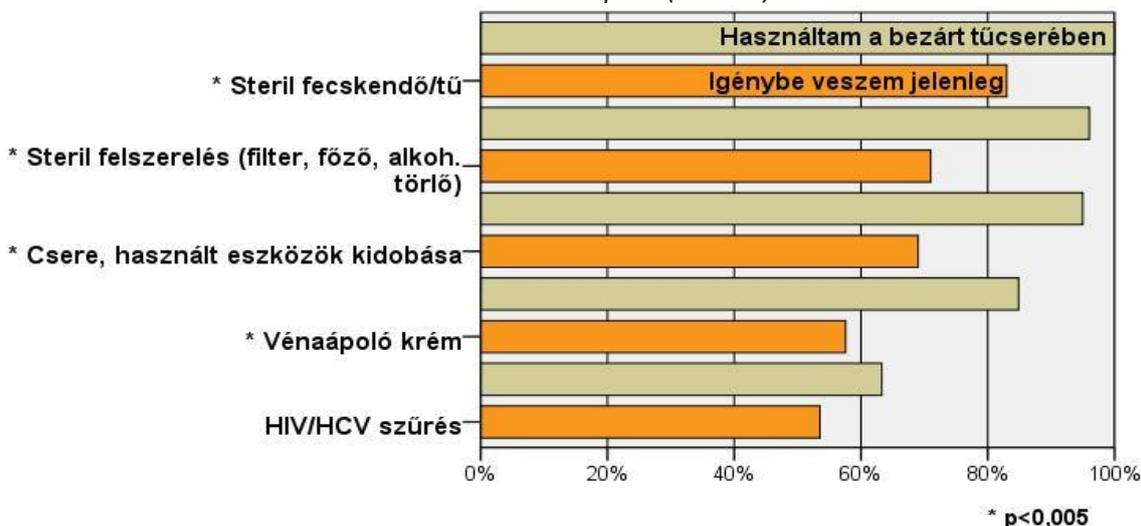
egyáltalán nem volt elérhető semmilyen ártalomcsökkentő program, a különbség a budapesti helyzettel arra utal, hogy a tűcsereprogramok lefedettségének további csökkenése még nagyobb problémákhoz vezet.

A különböző kiegészítő szolgáltatások elérése hasonló képet mutat, a szociális ügyekkel, szociális ellátórendszer egyéb szolgáltatásaival kapcsolatos tanácsadáson kívül minden szolgáltatástípus elérése szignifikánsan alacsonyabb volt (amely érthető, hiszen a szociális ügyekkel kapcsolatos tanácsadás a legkönnyebben pótolható szolgáltatás, amelyet nem speciálisan intravénás szerhasználóknak szóló szolgáltatások is képesek megoldani). Azt fontos kiemelni, hogy az adatok egyértelműen igazolják a speciálisan ennek a közösségnek szóló programok szükségességét, hiszen ezen marginalizált intravénás szerhasználói kör számára a tűcsereprogram megszűnése olyan egyszerű szolgáltatások elérését is szignifikánsan nehezíti, mint például az általános konzultáció, kötetlen beszélgetés, vagy az ücsörgés.

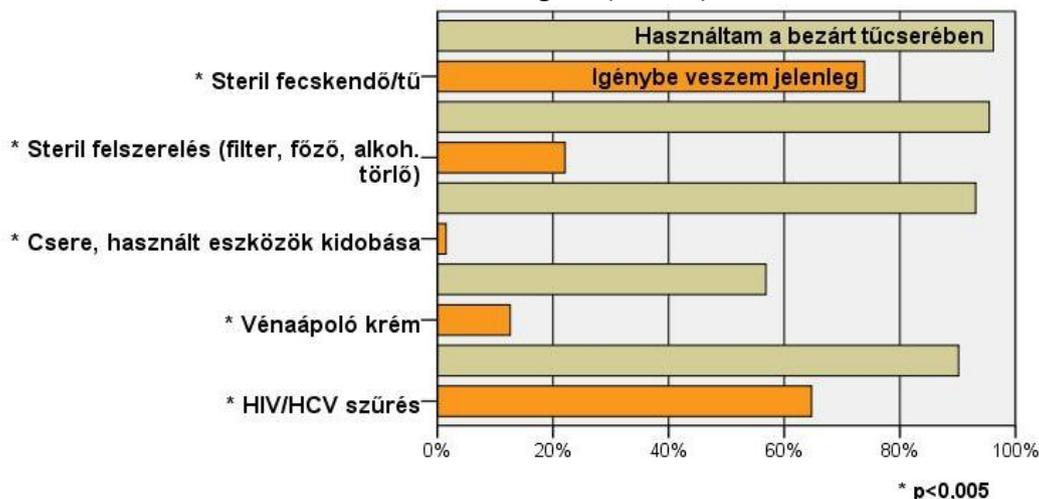
Emellett kiemelnénk a „csajnap” szolgáltatás hiányát. Ez a 8. kerületi tűcsereprogram speciálisan nőknek szóló szolgáltatása volt, amelyben a szerhasználókon belül is marginalizált helyzetben lévő nők érhetek el egy számukra is biztonságosan használható teret. Ez a csoport van leginkább magára hagyva a szociális, egészségügyi, illetve szerhasználóknak szóló ellátórendszer által, amit a nők rendkívül alacsony aránya mutat meg a vonatkozó statisztikákban.

A belgrádi adatokkal való összevetés itt is azt világítja meg, hogy a szerhasználóknak szóló speciális programok lefedettségének további romlása még tovább ronthatja a helyzetet.

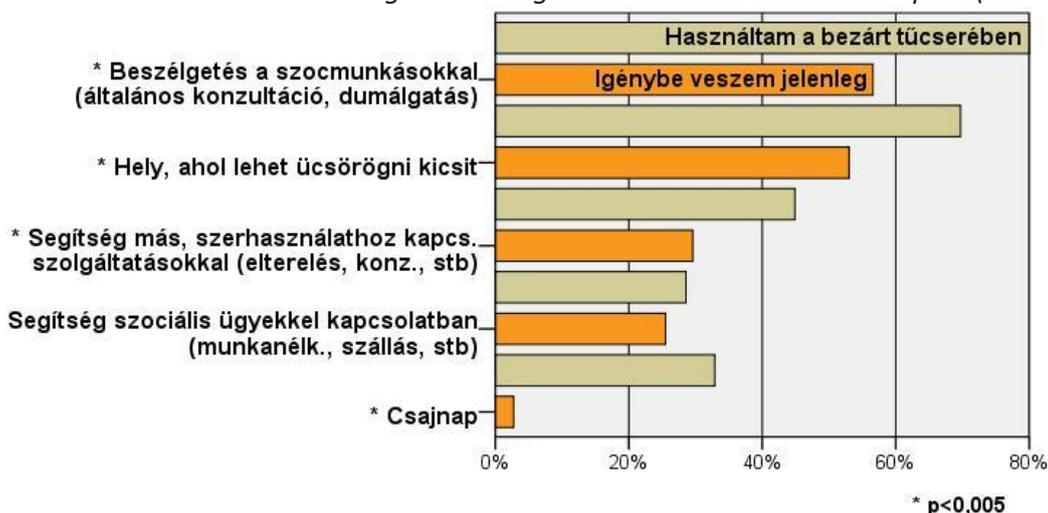
3.ábra: Szerhasználathoz közvetlenül kapcsolódó ártalomcsökkentő szolgáltatások használata - Budapest (N=100)



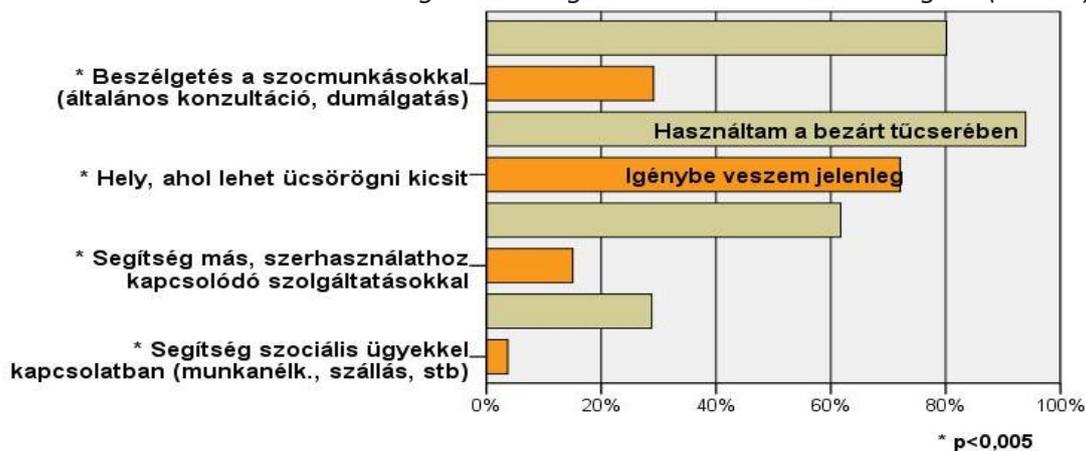
4.ábra: Szerhasználathoz közvetlenül kapcsolódó ártalomcsökkentő szolgáltatások használata - Belgrád (N=138)



5.ábra: Tűcserében elérhető kiegészítő szolgáltatások használata - Budapest (N=100)



6.ábra: Tűcserében elérhető kiegészítő szolgáltatások használata - Belgrád (N=138)



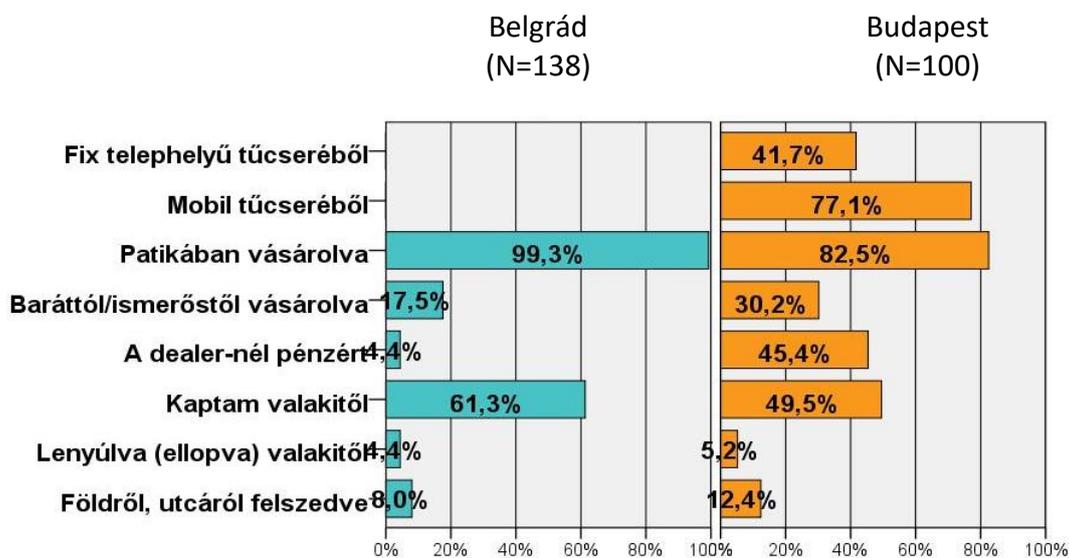
Fecskendőbeszerzés helyei

Mivel Belgrádban egyáltalán nem volt elérhető tűcserprogram semmilyen formában, így világosan látszik, hogy milyen irányba változhat a budapesti helyzet, ha a szolgáltatások lefedettsége tovább

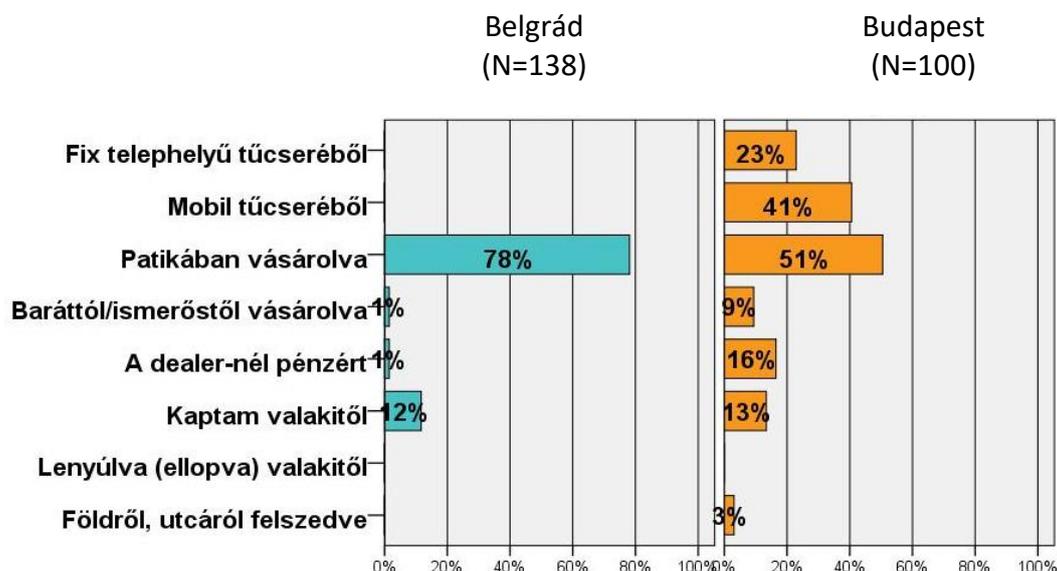
romlik. Az elmúlt év során legalább egyszer használt helyek a legtágabb kategória, amely azt mutatja, hogy mik azok a beszerzési források, amik egyáltalán szóba jönnek ezen marginalizált intravénás szerhasználói körnek. A patika az, ami a legnagyobb arányban szerepelt a válaszok között (mindkét városban). A mobil tűcsereprogram nagy aránya egyrészt abból következik, hogy az adatfelvétel maga egy mobil tűcsereprogram megállóhelyén készült, másrészt abból, hogy ez a bizonyos mobil program viszonylag közel van a megszűnt tűcsereprogram régi helyiségéhez. Érdekes kiemelni, hogy a fix telephelyű tűcsereprogramokat említők aránya kisebb volt, mint a dealer-nél pénzért fecskendőt vásárolók vagy az ismerőstől ajándékba fecskendőt kapók aránya, amely szintén jó mutatója annak, hogy az ellátórendszer cserben hagyta ezeket az embereket, nem volt képes pótolni a kieső szolgáltatót.

Az adatfelvétel időpontjában (2018-ban) a gyakran használt fecskendőbeszerzési helyek között egyértelműen a patika szerepelt az első helyen, innen a megkérdezettek fele szerezte be rendszeresen a fecskendőjét. Állandó telephelyű tűcsereprogramba a megkérdezettek alig negyede jár rendszeresen, ami szintén arról árulkodik, hogy mennyire fontos az ártalomcsökkentő programok megfelelő, a célcsoport szokásos tartózkodási helyéhez közeli helyszínre való telepítése, hiszen minden megkérdezett a megszűnt állandó telephelyű tűcsere rendszeres kliense volt.

7.ábra: Helyek, ahonnan az elmúlt 12 hónap során legalább egy alkalommal szerzett szűráshoz szükséges felszerelést



8.ábra: Helyek, ahonnan az elmúlt 12 hónap „gyakran” és „rendszeresen” szerzett szűrőszükséges felszerelést



Kockázati magatartások

A kérdőívben részletesen rákérdeztek az intravénás szerhasználatához kapcsolódó kockázati magatartásokra, azaz azokra a helyzetekre, amikor eszközmegosztás különböző formái megtörténnek. Ezek a helyzetek azért fontosak, mert mindegyik alkalmas arra, hogy a vér útján terjedő betegségeket átadják egymásnak az eszközmegosztásban résztvevők.

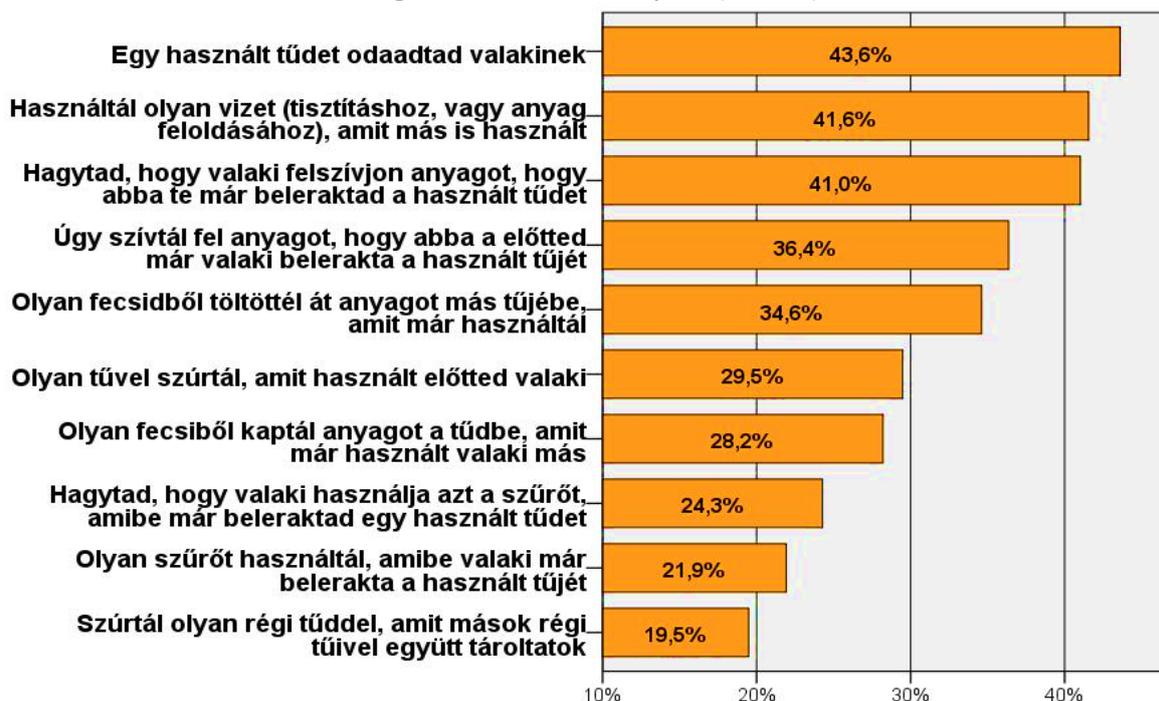
A felsorolt tíz helyzet rangsora azt mutatja, hogy a megkérdezettek alapvetően együtt használják a szereket, azaz az intravénás szerhasználat közösségi jellegére utalnak: a közös felszívás, fecskendőből egymásnak átadott anyag mind olyan cselekvések, amelyek az anyag közös elkészítését, egymás közötti elosztását kísérik. Ezeknek a kockázati magatartásoknak a mérsékléséhez arra van szükség, hogy a szűrőskor felhasznált eszközök nagy mennyiségben legyenek hozzáférhetőek. Ha ezek az eszközök szűkös erőforrásnak számítanak, akkor igyekezni fognak az anyag elosztása során minél kevesebb eszközt felhasználni. A lista végén szereplő magatartások valószínűleg azért fordulnak elő kevésbé, mert a szerhasználat gyakorlata más ebben a populációban, a tűcsereprogramokban dolgozók elmondásából például tudható, hogy a szűrő használata kevésbé elterjedt a célcsoportban. Az első helyen szereplő kockázati magatartás a legkevésbé elítélt viselkedési forma, hiszen abban a válaszadó nem teszi ki magát kockázatnak, hanem kiségit valaki mást – talán ennek köszönhető, hogy ez volt a legtöbb válaszadó által megjelölt kockázati magatartás.

Fontos kiemelni, hogy a második helyen a szer feloldásához vagy az eszközök tisztításához használt víz közös használata szerepel. Ez arra utal, hogy ebben a populációban a víz is szűkös erőforrásnak számít, hiszen nem tudnak megfelelő mennyiségben friss vízhez hozzáférni.

A kockázati magatartások kapcsán a két város közötti összevetés azt mutatja, hogy több ponton eltérő a kockázati környezet a két város intravénás szerhasználói számára. Míg Budapesten átlagosan 2,2 alkalommal használtak egy fecskendőt a megkérdezettek, addig Belgrádban 3 alkalommal – úgy tűnik, hogy az, hogy Budapesten kis mértékben, de elérhetőek tűcsereprogramok, valamivel nagyobb hozzáférést tud biztosítani, így kevesebbszer kell újrahaználni egy fecskendőt. Ugyanakkor a kockázatok szempontjából nyilván nem jó a helyzet Budapesten, hiszen egy fecskendőt egy alkalommal lehet használni.

Bár Belgrádban Budapesthez képest több típusú kockázati magatartást gyakoroltak, Budapesten több emberrel osztották meg az eszközeiket. Ez arra utalhat, hogy Budapesten talán jellemzőbb a szerek közösségi elfogyasztása, mint Belgrádban. Fontos különbség még, hogy Budapesten a válaszadók körülbelül ötöde nem injektált az elmúlt négy hétben, ez a Belgrádi mintában nem volt jellemző, ott mindenki aktív intravénás szerhasználó volt. Ez párhuzamos a hazai szerhasználói szcénában tapasztalt mintázatokkal, amely az intravénás használat csökkenését és a fóliázás illetve a szintetikus kannabinoid használat növekedését jelzi a marginalizált szerhasználók körében.

9.ábra: Azok aránya, akik az elmúlt 6 hónap során csinálta az egyes kockázati magatartásokat - Budapest (N=100)



2.táblázat: Kockázati magatartások a két városban – összefoglaló táblázat

		Belgrád	Budapest
Hányszor szírt az utolsó tűvel, amit használt (átlag)		2,98	2,17
Hány különböző emberrel használt közösen szűrőszóval felszerelést (elmúlt 6 hónap, átlag)		2,41	3,22
Kockázati magatartások száma az elmúlt 6 hónapban	Egy sem	11,7%	32,1%
	7 vagy több	55,5%	23,1%
Intravénás használat (elmúlt 4 hét)	Injektált	99,3%	78,0%
	Nem injektált	0,7%	22,0%

Összegzés

Összegzésképpen elmondható, hogy Budapest és Belgrád megszűnt tőcsereprogramjainak volt klienseinek összevetése megmutatja, hogy az ártalomcsökkentő programok lefedettségének csökkenése súlyos következményekkel jár a szerhasználók közösségére. Az intravénás szerhasználók marginalizált csoportja számára egy tőcsereprogram kiesése azt jelenti, hogy az olyan egyszerű szolgáltatásokhoz való hozzáférésük is csökken, mint a beszélgetés vagy pihenés. Emellett fontos kiemelni, hogy a város más részein működő

programok nem tudják helyettesíteni a megszűnt szolgáltatást, az ártalomcsökkentő programok akkor tudnak hatásosan működni, ha azok a célcsoport mindennapi, megszokott életéhez közel vannak. A két város összevetése, a kockázati magatartások prevalenciájában mutatkozó eltérések, valamint az ártalomcsökkentő szolgáltatásokhoz, illetve kiegészítő szolgáltatásokhoz való hozzáférésben mutatkozó különbségek arra utalnak, hogy még az ártalomcsökkentő szolgáltatások minimális lefedettsége is javíthat az ezekhez való hozzáféréseken. Ugyanakkor az is kitűnik az eredményekből, hogy az intravénás szerhasználóknak szóló szolgáltatások helyi igényekre szabása elengedhetetlen, hiszen sok tekintetben eltérőek lehetnek a gyakorlatok ezekben a közösségekben.

A kutatás óta eltelt négy évben a tűcsereprogramok lefedettsége nem javult, sőt a Nemzeti Drog Fókuszpont jelentései alapján tovább szűkült, így a Budapesti helyzet azóta valószínűleg közelebb került a Belgrádi eredményekhez.

Felhasznált irodalom

- Csák, R., Kassai, S., Márványkövi, F., Szécsi, J., & Rácz, J. (2018). *Új Pszichoaktív Szerhasználat városi szegregátumi környezetben: Hiányelemzés és szükségletfelmérés a hazai ellátórendszerre vonatkozóan*. Magyar Addiktológiai Társaság, Emberi Erőforrások Minisztériuma.
- Csák, R., Márványkövi, F., & Rácz, J. (2017). *Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban*. Magyar Addiktológiai Társaság, Emberi Erőforrások Minisztérium.
- Csák, R., Molnar, I., Sárosi, P., Arsenijević, J., & Arsenijević, B. (2019). *Different environments, different risk behaviours: Consequences of decreased coverage of needle exchange programs in Budapest and Belgrade*. Rightsreporter Foundation. <https://drogriporter.hu/wp-content/uploads/2019/08/2019-nsp-study-rrf.pdf>
- Fábián, G., Szoboszlai, K., & Hüse, L. (2017). *A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere*. Periféria Egyesület.
- Gyarmathy, V. A., Csák, R., Bálint, K., Bene, E., Varga, A. E., Varga, M., Csiszér, N., Vingender, I., & Rácz, J. (2016). A needle in the haystack – the dire straits of needle exchange in Hungary. *BMC Public Health*, 16(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2842-2>
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 44(2), 174–199. <https://doi.org/10.2307/3096941>
- Lannert, J., Németh, S., & Szécsi, J. (2017). *Kábítószerhasználat a szegregátumokban élő általános iskolások körében. Kutatási zárójelentés. Kézirat*. T-Tudok Zrt.
- Rácz, J., Gyarmathy, V. A., & Csák, R. (2016). New cases of HIV among people who inject drugs in Hungary: False alarm or early warning? *International Journal of Drug Policy*, 27, 13–16. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.05.026>
- Szécsi, J., & Sik, D. (2016). Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. *Esély*, 27(2), 115–131.

Mellékletek

Módszertan

Városi szegregátumi szerhasználók és velük dolgozó szakemberek (2018)

A kutatáshoz az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottságától kértünk etikai engedélyt. A 18 év feletti szerhasználókkal, valamint a szakértőkkel történő interjúk kutatáshoz a városi települések kiválasztása elsősorban az alapján történt, hogy milyen előzetes információval rendelkezünk az adott város, illetve városrész drogérintettségére vonatkozóan (szakmai beszámolók, szakemberek előzetes elmondásai alapján). A kiválasztás második szempontja az volt, hogy hol, milyen régiókban és városokban rendelkezünk kiépített szakmai kapcsolatokkal; ez azért volt fontos, mert csak olyan városi szegregátumokban lehetett adatfelvételt folytatni, ahova a segítő munkatársaknak, családvédelmi szakembereknek, utcai szociális munkásoknak "bejártott" útvonalai, bizalmi kapcsolataik voltak, és ahol munkájukból kifolyólag már volt előzetes kapcsolataik a szegregátumokban élő szerhasználókkal.

Ezek alapján az adatfelvételhez alábbi szegregátumok kerültek kiválasztásra:

- Budapest: Népligeti mobil tűcsere program (8. és 10. kerület határa)
- Miskolc: Avas lakótelep
- Pécs: Meszesi városrész, Hősök tere
- Komló: Kazinczy utcai szegregátum

A szakértői interjúkat a szakértők munkahelyén, a 18 év feletti szerhasználókkal utcán, köztereken, a fókuszcsoportos vizsgálatokat a kutatásban részt vevő szervezetek székhelyein, míg a kérdőíves kutatást az interneten keresztül végeztük.

A 18 év feletti ÚPSZ használók körében végzett interjúk adatfelvétel során két, egymásra épülő, a rejtőzködő célcsoportok hatékony megtalálásában nemzetközileg is elterjedt és hatékony mintavételi módszert alkalmaztak, privilegizált hozzáférést, illetve társas hálózat alapú megkeresést. Összesen 19 nagykorú ÚPSZ használóval készült interjú, Budapesten, Pécsen és Miskolcon (városonként 5-7-7 db). A részvételi kritériumok a betöltött 18. életév illetve az elmúlt 30 nap során legalább egy alkalommal történő ÚPSZ használat volt. Az interjú készítésébe beleegyező alanyok a rendelkezésre állásért 1000 forintos, egyszeri, úgynevezett motivációs díjban részesültek.

Az ellátásban dolgozó szakemberek kiválasztása szakmai szempontok alapján, irányított mintavétellel történt: mind az interjúk, mind a kérdőíves kutatásban olyan szakembereket kerestünk meg, akik munkájuk révén rálátással bírtak a városi szegregátumi drog, illetve ÚPSZ használatra. A szakértők kiválasztásakor ugyanakkor törekedtünk arra, hogy lefedjük a drogellátásban közvetve vagy közvetlenül érintett ellátási és szolgáltatási területek legjelentősebb formáit. Összesen 36 intézményi szakemberrel készült interjú, Budapesten, Pécsen és Miskolcon (városonként 12 db). A mintába kerülés kritériuma a drogellátáshoz közvetlenül vagy közvetve kötődő egészségügyi és szociális ellátásban töltött minimum egy munkaév volt.

Az adatfelvétel 2018. április 1. és július 31. között történt.

Kőbányai felmérés (2019)

Lakossági felmérés: A különböző területeken dolgozó helyi szakemberek percepcióiból indultunk ki. A mintaválasztás sarkpontjait egy online kérdőíves felmérés (N=232) és fókuszcsoportos beszélgetések (N=28) tapasztalatai alapján jelöltük ki. Osztott mintás

kérdőíves lakossági felmérés (N=437) két almintán történt, egyrészt a szakértők által beazonosított, a droghasználat szempontjából veszélyeztetett, kockázati területek háztartásaiban, a másrészt az átlagos területi háztartások körében. Az előbbit 'érintett zónának', az utóbbit 'átlagos zónának' hívtuk. A területi meghatározottsággal könnyített rövidített véletlen sétával választottuk ki a háztartásokat, ahol a 18-64 év közötti háztartásfőt vagy a vele együtt élő személyt kértük válaszadásra. Az adatgyűjtés 2019. 05. 19 és 06. 12. között történt.

A személyes megkeresésen alapuló kérdezőbiztosok alkalmazásával felvett, kérdőíves módszert alkalmaztuk. A mintavételi eljárás a városi véletlensétás módszeren alapult. Minden kérdezőnek kijelöltünk egy három x három utcás körzetet, maximum 10 kérdőívet adtunk egy-egy körzetre. A kérdezőnek a meghatározott kiindulóponttól indulva úgy kellett a véletlen séta útvonalán haladnia, hogy az egyes elkészült kérdőívek között legalább 6 háztartásnak lennie kell. Ez az jelenti, hogy elkészült adatfelvétel után a következő felkereshető háztartás a hatodik háztartás lehet csak, ha nem készült kérdőív, akkor pedig egyesével haladhat a háztartások között. Kereszteződéseknél a jobbra, következő kereszteződésnél balra fordulás elvét felváltva kellett betartani. Sétalapon vezetnie kell a séta során felkeresett címekeket, a sikeres és sikertelen felkereséseket egyaránt.

A kérdőívet összesen 437 fő töltötte ki, a minta nemi, életkori megoszlás szempontjából kiegyenlített. A megkérdezettek 19,7 százaléka egyedül él, 39,4 százaléka két fős háztartásban lakik, 30,2 százalékuk 3- vagy négyfős háztartásban, a minta 10,8 százaléka pedig öt- vagy több fős háztartásban él. Az adatfelvétel által érintett háztartások bő kétharmadában nem él 18 év alatti gyermek; 15,6 százalékukban egy, 12,1 százalékukban kettő, 3,9 százalékukban pedig három vagy több 18 év alatti személy lakik. A válaszadók 15,5 százaléka legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzett, egyharmaduk (34,7 százalékuk) szakiskolát vagy szakmunkásképzőt, 29,6 százalékuk szakközépiskolában vagy gimnáziumban érettségizett, 14,6 százalékuk valamilyen érettségi utáni vagy felsőfokú szakképzést végzett, 5,6 százalékuk pedig főiskolai vagy egyetemi diplomát, illetve ennél is magasabb végzettséget szerzett. A megkérdezett háztartásának egy főre jutó havi nettó jövedelme a minta 11,7 százalékában 50 ezer forint vagy kevesebb, 23,6 százalékában 51–100 ezer forint, 30,2 százalékában 101–150 ezer forint, a minta egyötödében (19,5 százalékában) 151-200 ezer forint, 15,1 százalékában pedig 200 ezer forint feletti. Saját megítélésük szerint a megkérdezettek 4,1 százaléka nélkülözések között él, 14,5 százalékuknak hónapról hónapra anyagi gondjai vannak, 29,4 százalék pedig úgy nyilatkozott, éppen, hogy kijönnek a jövedelmükből; ezzel szemben 44,6 százalék ítéli meg úgy, hogy beosztással kijönnek, és csupán a háztartások 7,4 százalékának nincsenek anyagi gondjai.

Szakértők körében végzett kutatás: 10-15 olyan szakembert kerestünk fel, akik az adott településen dolgoznak és rálátnak a célcsoport droghasználatára. A kutatás során összesen két rövid (kb. 15 perces) online kérdőív kitöltésére kértük fel a szakembereket május és június hónapban. A kérdőíves vizsgálat célja, hogy a városi ellátórendszer intézményeiben dolgozó szakemberek segítségével válaszokat és megoldási lehetőségeket találjunk a városi környezetben, elsősorban a városi szegregátumokban tapasztalható ÚPSZ szerhasználat által okozott problémákra.

A beavatkozási irányok meghatározásához egy olyan módszert választottunk, mely a témában érintett szakemberek konszenzusos véleményére épít. Ez a kvantitatív fázis során alkalmazott módszer a Delphi-megközelítés (Dalkey and Helmer, 1963), amely a vizsgált témában szakértőnek tekinthető személyek véleményét használja és dolgozza fel. A módszer egy adott témában szakértői konszenzusok kialakítására is alkalmas. A vizsgálat két részből állt, az első

adatfelvétel beérkezése után összesítettük, elemeztük annak eredményeit. A kvantitatív kutatás második lépcsőjeként, a vizsgálatba bevont szakemberekkel az első kérdőíves vizsgálat kapott eredményeit, a kirajzolódó beavatkozási, szolgáltatásfejlesztési pontokat vitattuk meg egy újabb kérdőív segítségével. Ebben a második körben, arra kértük a válaszadókat, hogy az eredmények ismeretében, azokat átgondolva, a felsorolt szolgáltatások, beavatkozási feladatok körében állítsanak fel egy prioritási sorrendet és indokolják is választásukat. A szakmai konszenzus és a gyakorlatban dolgozó szakemberek tapasztalatai elengedhetetlenek egy megalapozott fejlesztési terv kidolgozásához.

A megkeresett budapesti szakemberek közül az első vizsgálatban 27 fő, a másodikban⁷³ 23 fő volt Budapest területén dolgozó szakember. A tipikus válaszoló felsőfokú végzettséggel rendelkező, kétharmaduk a szenvedélybeteg ellátás területén, közép vagy intézményvezetőként dolgozik, több mint 7 éve foglalkoznak az addiktológia témakörével is. Településükön a szintetikus kannabinoidokat elterjedtnek érzik, ahogyan a szintetikus katononok használatát is. A jelenség a munkavégzésük során is megjelenik és közepes mértékű vagy annál nagyobb problémát okoz a mindennapokban⁷⁴.

Tűcsere bezárás következményei Budapesten és Belgrádban (2018)

A kutatás Respondent Driven Sampling (RDS) módszerrel készült amelyet Douglas Heckathorn fejlesztett ki egy HIV megelőzéshez kapcsolódó kutatáshoz azzal a céllal, hogy olyan mintavételi módszert alkosson, amely információval tud szolgálni amúgy nehezen elérhető populációkról anélkül, hogy valamilyen adatfelvételi helyszínhez kötődne (Heckathorn, 1997). Ez esetünkben fontos volt, hiszen olyan közösséget akartunk elérni, akik egy már nem létező szolgáltatást használtak. Az RDS módszer lényege, hogy egy kiinduló „mag” válaszadó segítségével indított folyamatban maguk a válaszadók szervezik be egymást, az adott közösségen belüli kapcsolati hálót kihasználva. A kutatásban ugyanazt a kérdőívet használtuk mindkét városban, rákérdeztünk demográfiai változókra, szerhasználati szokásokra, injektáláshoz kapcsolódó kockázati magatartásokra, illetve az áratlomcsökkentő szolgáltatások használatára.

Mindkét városban 4 kezdő „mag” válaszadóval indult az adatfelvétel, akik 3-3 kupont kaptak, amivel 3-3 további válaszadót szervezhettek be. A további válaszadóknál ugyanez ismétlődött, amíg el nem értük a kívánt elemszámot. A módszernek megfelelően az adatfelvétel ideje alatt folyamatosan monitorozva voltak az egymást követő hullámok és újabb „mag” válaszadókkal egészítették ki az adatfelvételt, ha szükséges volt. A kérdőív kitöltéséért 1000 forint, az újabb válaszadók beszerzéséért 500 forint motivációs jutalmat adtunk.

⁷³ A második vizsgálatban mindegyikőjük felsőfokú végzettséggel rendelkezik (20-en diplomások, 2-en doktori fokozatot is szereztek). 17-an szenvedélybeteg ellátás területén dolgoznak, a többiek a szociális-gyermekvédelmi, oktatási, egészségügyi területekről válaszoltak. 8-an állami/önkormányzati, 4-en egyházi fenntartású intézményben, és 10-en civileknél dolgoznak. 9-en intézményvezetőként, 14-en közvetlen klienskapcsolatban vannak, ebből 7-en mellette koordinátorok, középvezetők is. 16-an több, mint 7 éve foglalkoznak a munkahelyükön az addiktológia témakörével is.

⁷⁴ Az első vizsgálatban megkérdeztük a szakembereket arról, hogyan látják, a saját településükön, mennyire elterjedtek az új pszichoaktív szerek. A válaszolók (24 fő) háromnegyede állítja (18), hogy Budapesten az új pszichoaktív szerek közül a szintetikus kannabinoidok (biofű, herbál) fogyasztása elterjedt, és közel felük (10) érzékeli úgy, hogy ez a jelenség a mindennapi munkájuk során valamilyen problémát jelent. Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) közül a kristály néven ismert szintetikus katononok jelenlétéről már kevesebben számoltak be, de 15-en még mindig jelentősen elterjedtnek érzik a települési környezetükben ezt a szert, mely a mindennapi munka során 14-üknek okoz közepes mértékű vagy annál nagyobb problémát.

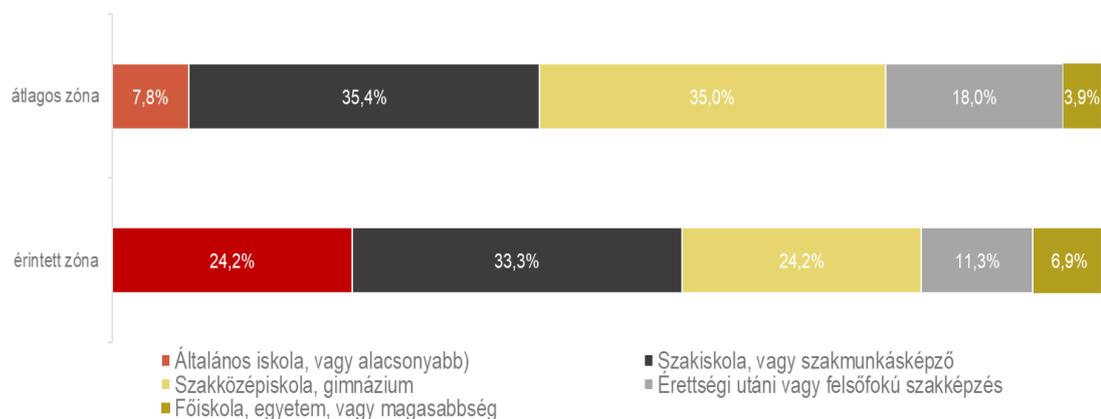
Az adatfelvétel Budapesten 2018 február 1. és július 31. között történt a Baptista Szeretetszolgálat mobil túcsereprogramjának népligeti állomásánál, a végső elemszám 100 fő. Az eredetileg megcélzott elemszámot nem tudtuk elérni, amelyben közrejátszott, hogy nem volt stabil adatfelvételi pont, ugyanis a bázisul választott mobil program súlyos gondokkal küzdött, alulfinanszírozott volt, nem volt elegendő szakember a működtetéshez, és a program vezetőjének is távoznia kellett. Ennek következtében sajnos több esetben nem volt jelen a program az előre egyeztetett időpontokban. Belgrádban az adatfelvétel 2018 április 12. és július 31. között, a programot korábban használó kliensek által kedvelt helyeken az utcán készültek el, a végső elemszám 138 fő.

Táblázatok, ábrák

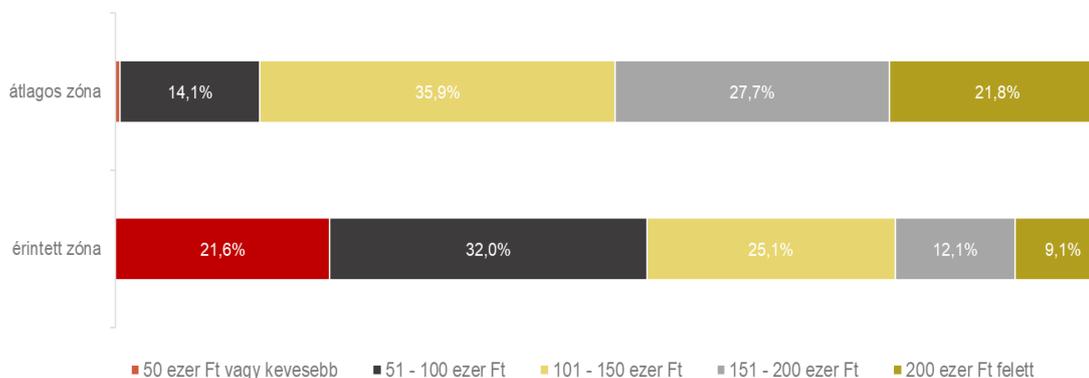
7. táblázat: A minta bemutatása

		n	%
A válaszadó neme	Férfi	220	50,3
	Nő	217	49,7
A válaszadó életkora	18–29 éves	180	20,6
	30–39 éves	192	29,1
	40–49 éves	173	17,4
	50–59 éves	174	12,1
	60 éves vagy idősebb	157	20,8
A válaszadóval egy háztartásban élők száma (őt is beleértve)	egy fő	86	19,7
	két fő	172	39,4
	három vagy négy fő	132	30,2
	öt vagy több fő	47	10,8
A válaszadó legmagasabb befejezett iskolai végzettsége	Általános iskola, vagy alacsonyabb	67	15,5
	Szakiskola, vagy szakmunkásképző	150	34,7
	Szakközépiskola, gimnázium	128	29,6
	Érettségi utáni vagy felsőfokú szakképzés	63	14,6
	Főiskola, egyetem, vagy magasabb	24	5,6
A válaszadó háztartásában egy főre jutó átlagos havi nettó jövedelem	50 ezer Ft, vagy kevesebb	51	11,7
	51–100 ezer Ft	103	23,6
	101–150 ezer Ft	132	30,2
	151–200 ezer Ft	85	19,5
	200 ezer Ft felett	66	15,1
A válaszadó lakhelye	Érintett zóna	231	52,9
	Átlagos zóna	206	47,1

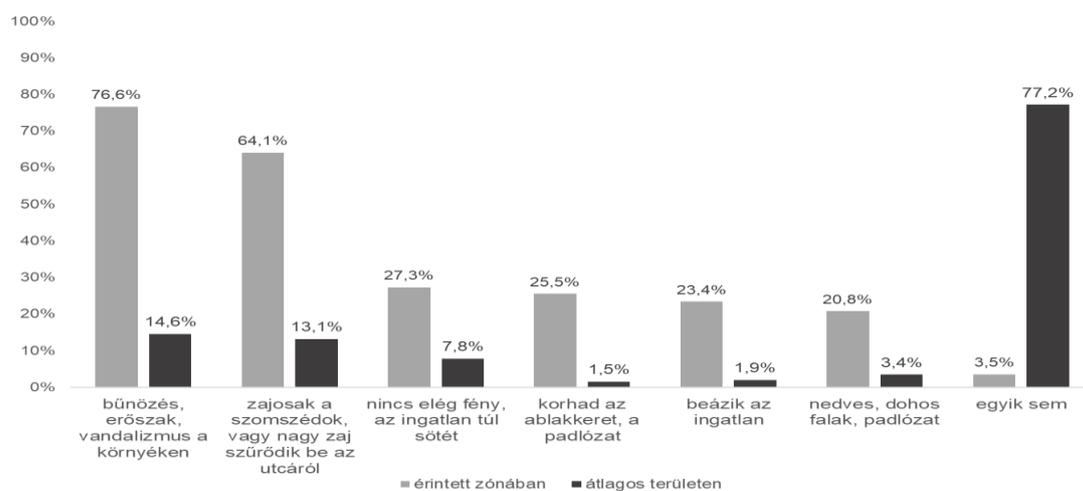
1.ábra: Az „Mi az Ön legmagasabb, befejezett iskolai végzettsége?” kérdésre adott válaszok gyakorisági megoszlása (az elért válaszolók %-ában, zónánként)



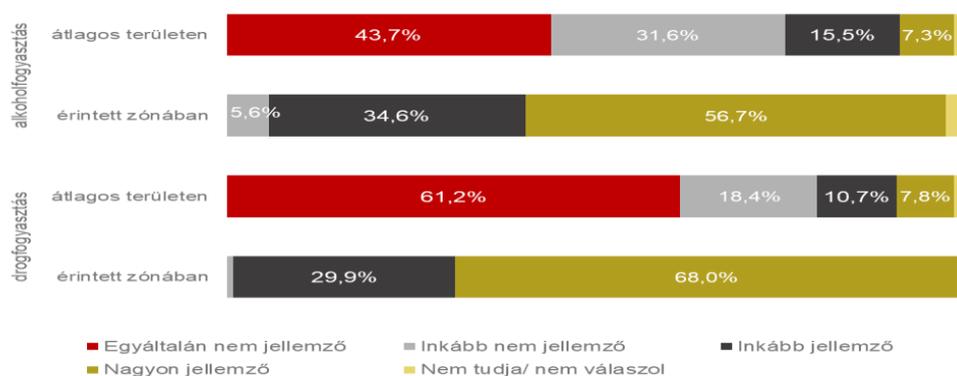
2.ábra: A háztartás egy főre jutó havi nettó jövedelmének gyakorisági megoszlása (az elért válaszolók %-ában, zónánként)



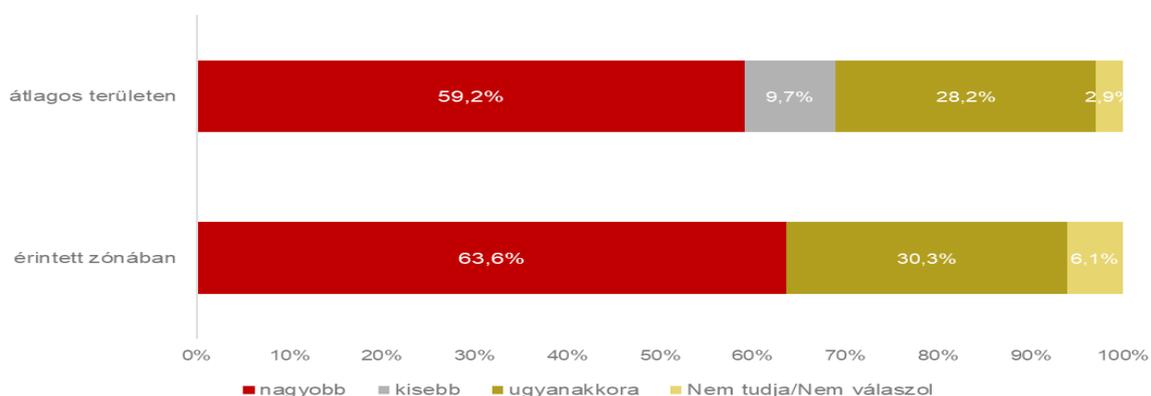
3.ábra: A „Jellemző-e az alábbi problémák bármelyike az ingatlanukra/környékükre?” kérdésre adott „igen” válaszok relatív gyakorisága (az elért válaszolók %-ában, zónánként)



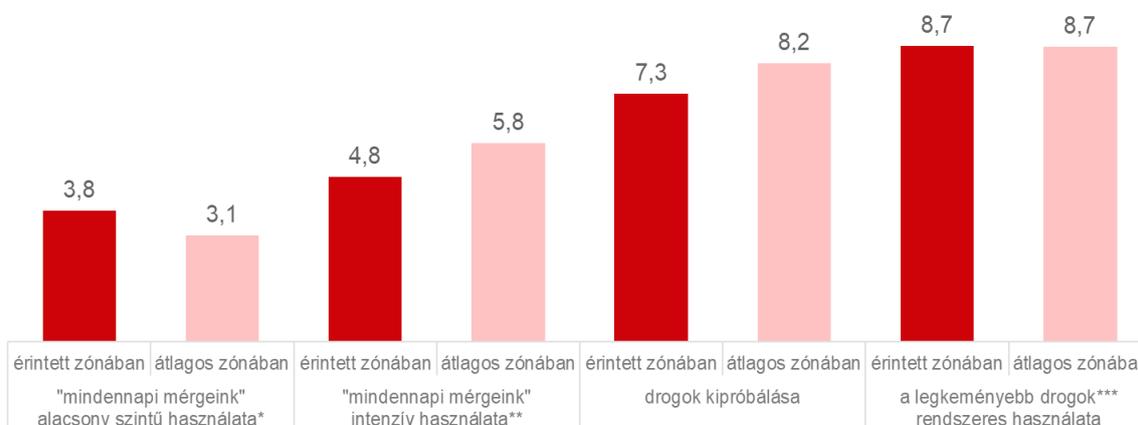
4. ábra: A „Véleménye szerint az Ön utcájában (közvetlen lakókörnyezetében) mennyire jellemző az alkoholfogyasztás, illetve a drogfogyasztás?” kérdésre adott válaszok gyakorisági megoszlása az érintett és az átlagos zónában (az elért válaszolók %-ában, zónánként)



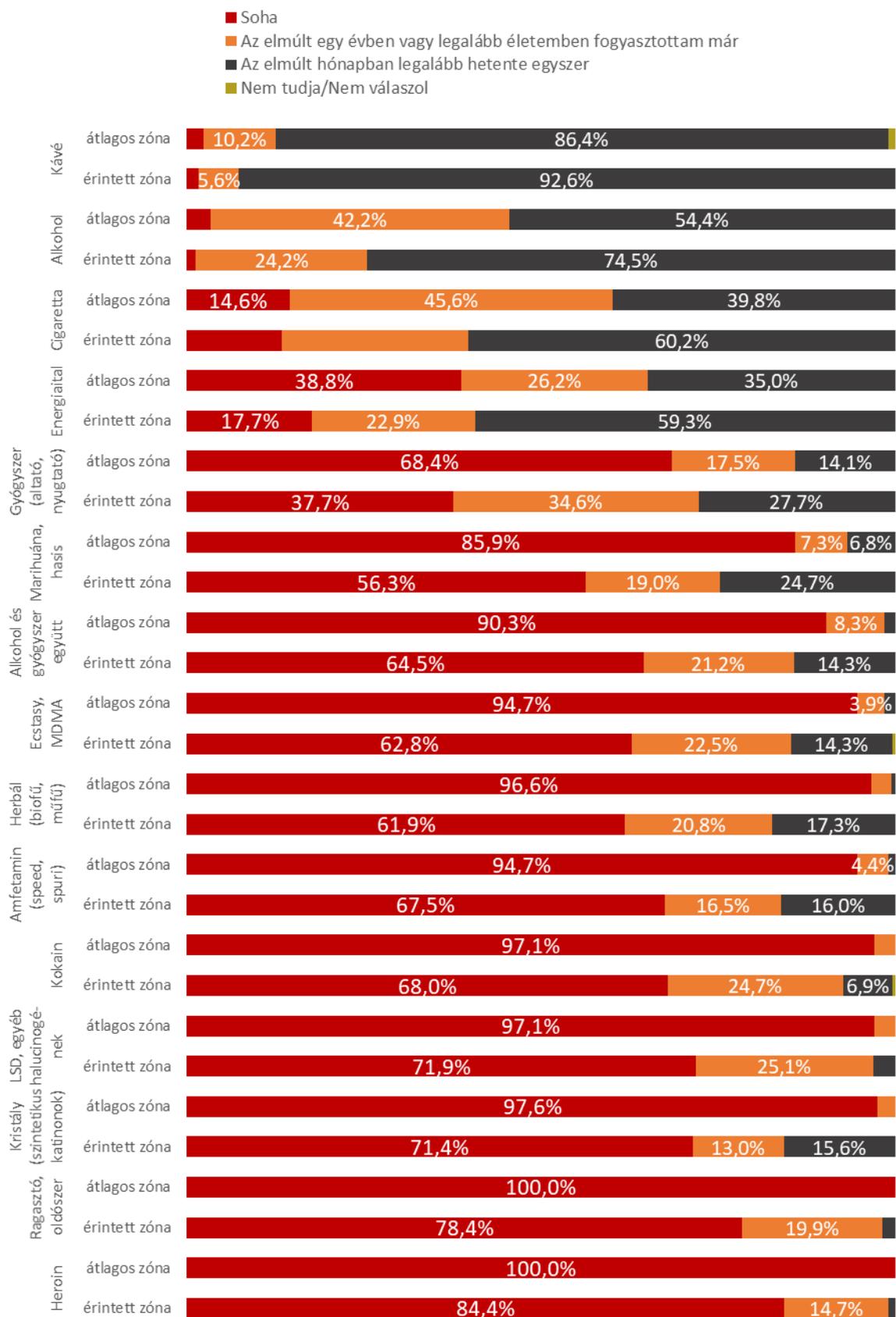
5. ábra: „Az Ön megítélése szerint a kerületben mekkora problémát jelent a drogfogyasztás más (például szomszédos) kerületekhez képest?” kérdésre adott válaszok gyakorisági megoszlása (az elért válaszolók %-ában, zónánként)



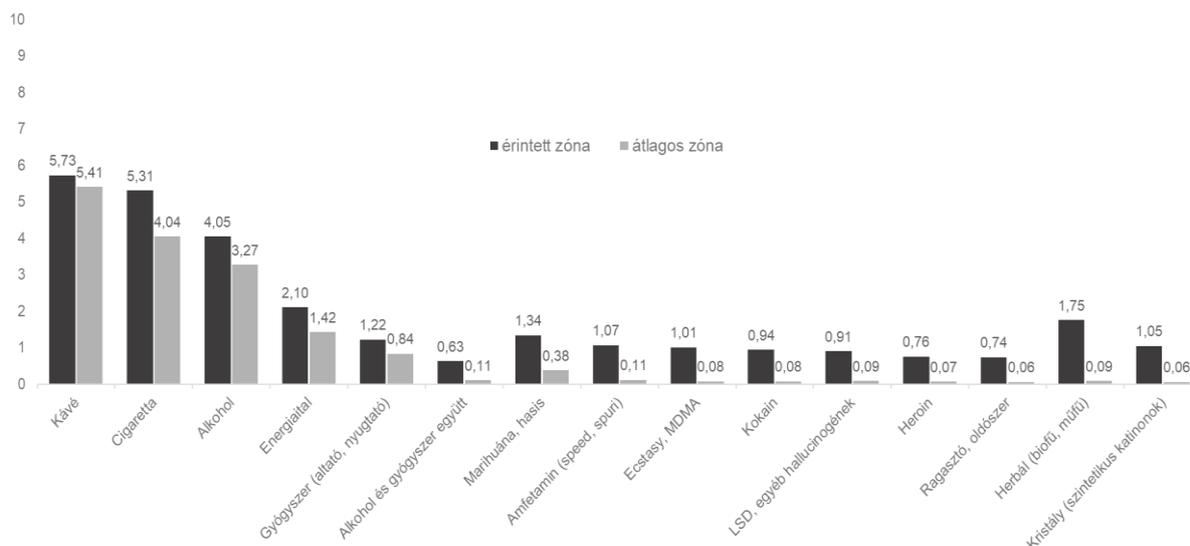
6. ábra: A különböző szerhasználói magatartások veszélyességével kapcsolatos attitűdöket mérő főkomponensek átlagos értékei (az elért válaszolók körében, zónánként)



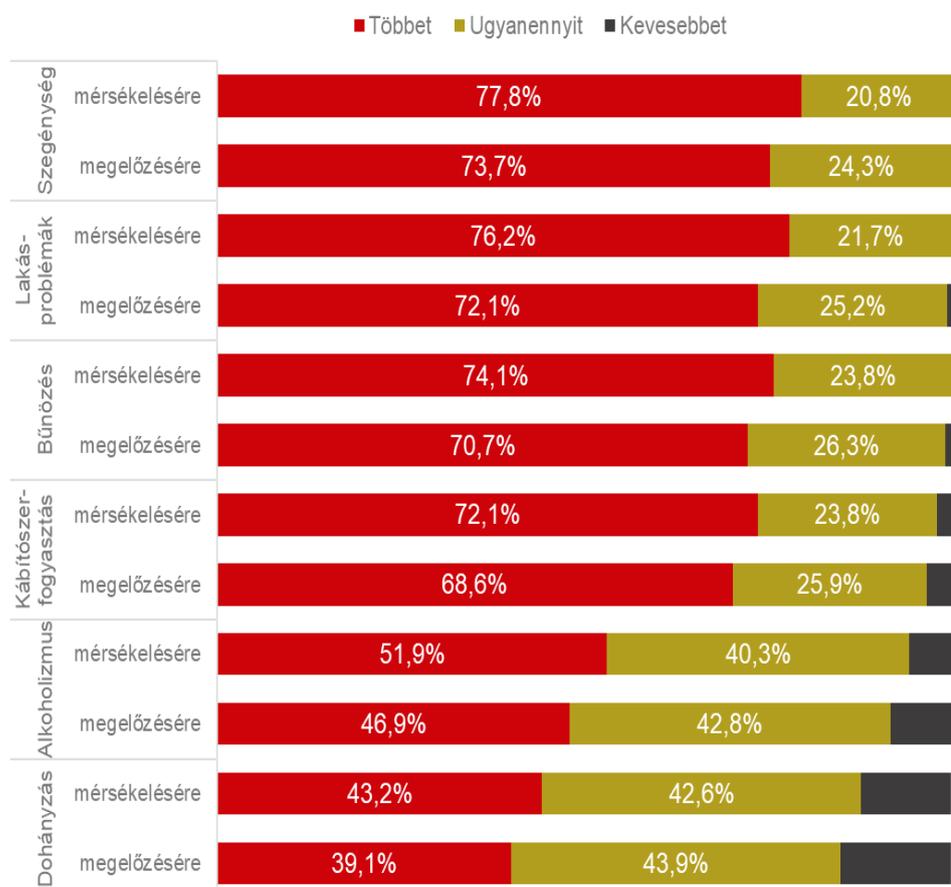
7. ábra: A „Kérem, mondja meg, hogy használta-e az alábbiakat” kérdésre adott válaszok gyakorisági megoszlása (az elért válaszolók %-ában, zónánként)



8. ábra: Az „Egy 0-tól 10-ig terjedő skálán mennyire elterjedt a kérdezett ismeretségi körében az alábbi szerek használata?” mutató átlagos értékei (az elért válaszolók körében, zónánként)



21. ábra: A „Mennyit kellene a társadalomnak költenie az alábbi problémákra?” kérdésre adott válaszok gyakorisági megoszlása (az elért válaszolók %-ában, a teljes mintában)



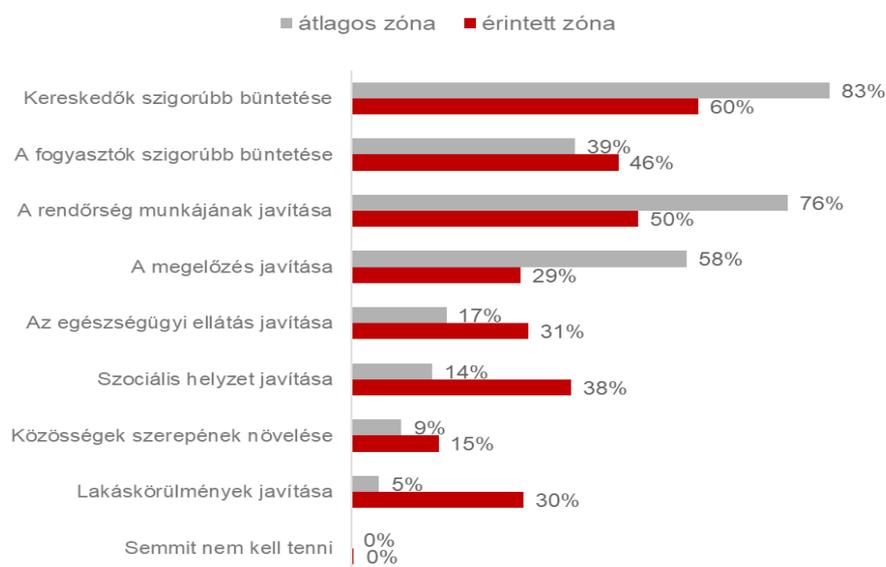
22. ábra: Az „Ön szerint mire lenne szükség a területen ahhoz, hogy jobb legyen a helyzet?” kérdésre adott leggyakoribb válaszok az **átlagos zónában**



11. ábra: Az „Ön szerint mire lenne szükség a területen ahhoz, hogy jobb legyen a helyzet?” kérdésre adott leggyakoribb válaszok az **érintett zónában**



12. ábra: A felsorolt, szenvedélyproblémák mérséklését célzó intézkedések közül melyeket választották be a kérdezettek a három leginkább követendő közé? Az egyes itemek kiválasztásának relatív gyakorisága (az elért válaszolók %-ában, zónánként)



HAJLÉKTALAN EMBEREK DROGÉRINTETTSÉGE BUDAPESTEN

(Készítette: Paksi Borbála)

A társadalom szerhasználatának átfogó becslésére szolgáló általános populációs kutatások során kimaradhatnak, vagy alulreprezentálttá válhatnak bizonyos rejtőzködő vagy egyéb ok miatt nehezen elérhető társadalmi csoportok. Ezek sok esetben pszichoaktív szerhasználat tekintetében is speciális helyzetű és/vagy nagy kitétséggű csoportok. Az egyik ilyen, a lakossági vizsgálatokból kimaradó társadalmi csoport, a hajléktalan populáció.

Magyarországon 2007 februárjában, a fővárosban készült az első olyan kutatás (Paksi, Gurály, Arnold, Schmidt & Breitner, 2008; Paksi, Arnold, Schmidt, Gurály & Breitner, 2010), amely célzottan vizsgálta a hajléktalan populáció drogérintettségét, droghasználati szokásait. Ezt követően egy évtizeden keresztül nem volt hasonló vizsgálat, majd a „Február Harmadika (F3)” kutatássorozat 2017-es adatfelvételéhez kapcsolódva készült a következő, immáron országos kutatás a hajléktalan populációban (Paksi & Magi, 2017; Paksi, Magi & Gurály, 2021) melynek jelen elemzés során a fővárosi adatait használjuk⁷⁵. Az alkalmazott módszertan minkét kutatás esetén biztosítja az eredmények kiterjeszhetőségét a fővárosi hajléktalan emberekre, továbbá lehetővé teszi adatok általános populációs kontextusban való értelmezését, a hajléktalan emberek speciális szerhasználati jellemzőinek azonosítását, valamint az elmúlt 10 év fővárosi tendenciáinak felvázolását.

A drogfogyasztás jellemzői a hajléktalan populáció körében Budapesten

A drogfogyasztás elterjedtségének összevont mutatói

A fővárosban élő a hajléktalan emberek egyötöde (24,6%; $\pm 4,1$ ⁷⁶) használt már életében valamilyen tiltott drogot⁷⁷. A kutatást megelőző évben minden hatodik (16,4%; $\pm 3,6$), a kutatás előtti 30 napban pedig minden nyolcadik-kilencedik (11,6%; $\pm 3,1$) Budapesten élő hajléktalan ember fogyasztott valamilyen tiltott szert.

A használat folyamatosságára utaló mutatók alapján azt mondhatjuk, hogy a valaha fogyasztók mindegy fele (46,7%; $\pm 10,3$) folyamatosan használ (több mint egy éve használt először és kérdezést megelőző 12 hónapban is fogyasztott) tiltott drogot. A valaha használók másik felét pedig egyenlő arányban tették ki azok, akik már felhagytak a droghasználattal (kilépő), azaz a kérdezést megelőző 12 hónapban már nem fogyasztottak semmilyen tiltott szert, valamint az új belépők, akik a kérdezést megelőző évben használtak először tiltott drogot (1. táblázat).

Nyugtatót/altatót a közelmúltban a fővárosi hajléktalan populáció valamivel több mint egyharmada (LYP: 34,8; hiba: $\pm 4,3$) fogyasztott, aktuálisan pedig több mint egynegyede

⁷⁵ A kutatás módszertani háttérének összefoglalása a tanulmány 1.mellékletében található.

⁷⁶ A zárójelben a mért prevalencia értékhez 95%-os megbízhatósági szinten tartozó konfidencia intervallumot tüntettük fel. A fogalom részletesebb magyarázata megtalálható a Fogalomtárban.

⁷⁷ Tiltott drogok közé a kutatás során a következő szereket soroltuk: kannabisz, szintetikus kannabinoidok, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, dizájnert stimulánsok, heroin, más opiát, LSD, mágikus gomba, GHB, mefedron, intravénás drogok, egyéb drogok. A prevalencia értékek számítása során az EMQ (EMCDDA 2002) ajánlásainak megfelelően felmenő rendszerű inkonzisztencia korrekciót végeztünk.

használt (LMP:28,5; hiba: $\pm 4,1$). Az utolsó használat adatai alapján a hajléktalan emberek többnyire orvosi rendelvényre fogyasztanak altatót vagy nyugtatót, az orvosi rendelvény nélküli használat a fogyasztók kevesebb mint egynegyedére jellemző (ez a populáció 8,9%-a).

1.táblázat: A hajléktalan populáció drogérintettségének összefoglaló mutatói
(a válaszolók %-ában)

Mutatók	N	%	CI
Tiltott drogok			
Tiltott drogok életprevalencia (LTP) értéke	414	24,6	$\pm 4,1$
Ebből			
Folyamatos használók ⁷⁸	90	46,7	10,3
Új belépők	90	26,7	$\pm 9,2$
Kilépők aránya	90	26,7	$\pm 9,2$
Tiltott drogok éves prevalencia (LYP) értéke	402	16,4	$\pm 3,6$
Tiltott drogok havi prevalencia (LMP) értéke	404	11,6	$\pm 3,1$
Nyugtató/altató használat			
Nyugtató/altató használat életprevalencia	462	37,7	$\pm 4,4$
Nyugtató/altató használat éves prevalencia	462	34,8	$\pm 4,3$
Nyugtató/altató használat havi prevalencia	467	28,5	$\pm 4,1$
Az utolsó nyugtató/altató használat alkalmával orvosi rendelvény nélkül használók aránya	172	22,1	$\pm 6,2$
<i>Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum Saját számítás Paksi & Magi, 2017 alapján</i>			

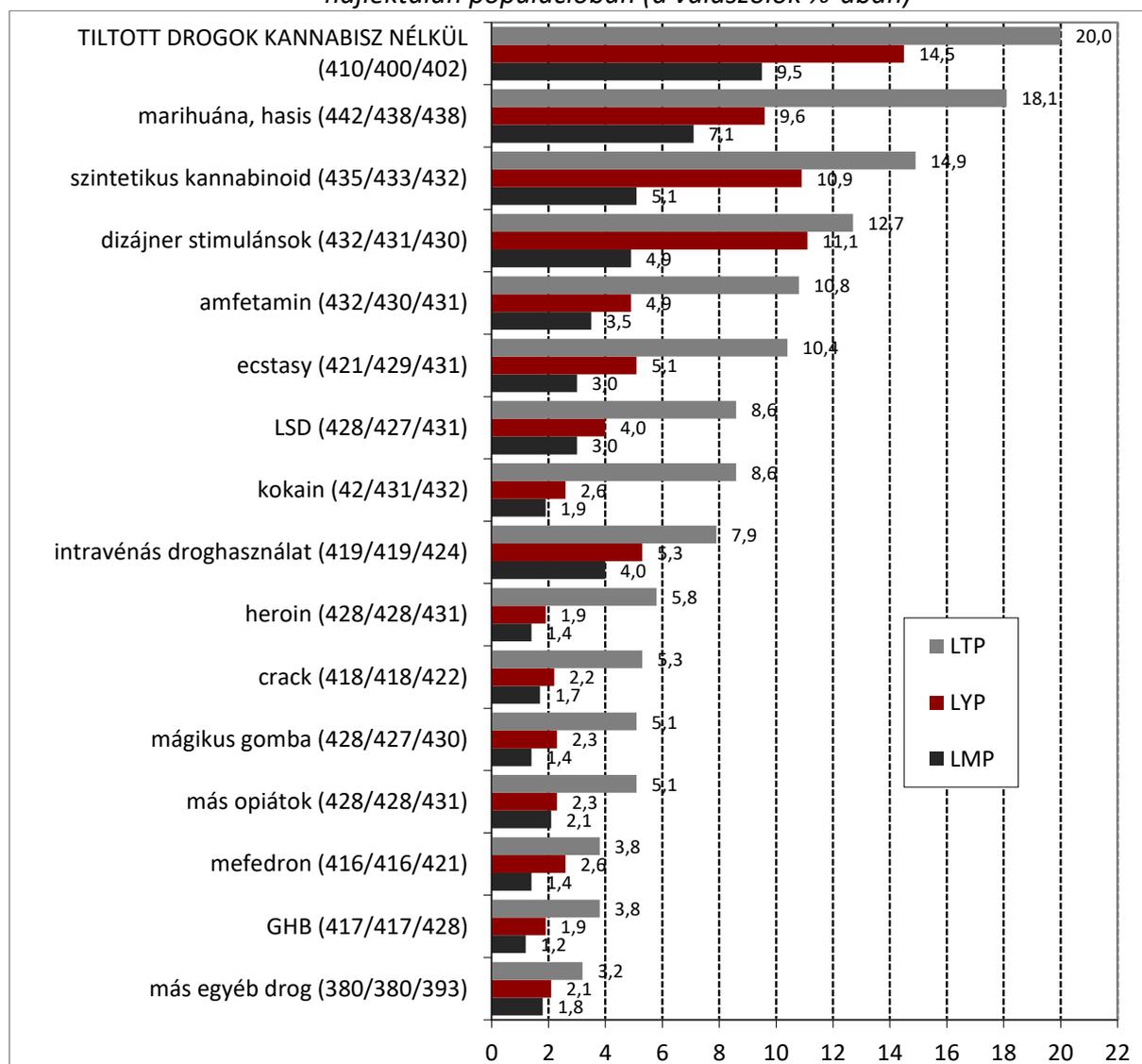
Szerstruktúra

A fővárosi hajléktalan populációban az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebb tiltott drogok a marihuána/hasis és a szintetikus kannabinoidok. Minden negyedik válaszoló fogyasztott már életében marihuánát vagy hasist (LTP:18,1%; $\pm 3,6$), s a becslés konfidencia intervallumát (hibáját) figyelembe véve ezzel megegyező a szintetikus kannabinoidok elterjedtsége (LTP:14,9%; $\pm 3,4$). Az életprevalencia értékek alapján marihuánához/hasishoz képest kisebb népszerűséggel bírnak a fővárosi hajléktalan populációban a minden nyolcadik válaszoló által valaha használt dizájner stimulánsok (12,7%; $\pm 3,1$), illetve a körülbelül egytizedüket érintő az ecstasy és az amfetamin származékok (10,8% ill. 10,4%; ± 3), azonban a közelmúltbeli fogyasztásban (LYP) már a szintetikus kannabinoidok és a dizájner stimulánsok népszerűsége tendencia jelleggel megelőzi marihuánáét/hasisét. Legnépszerűbb szereket követik az LSD és a kokain, melyek – a hibahatárt figyelembe véve – a fővárosi hajléktalan emberek 6-11%-a próbálta már életében. Az összes többi vizsgált szer (heroin, egyéb opiátok, crack, GHB) mért életprevalencia értéke 3-5% körül mozog (2. ábra). A fővárosi hajléktalan népességben összességében hibahatáron belül azonos nagyságú az a populáció, akik használtak a marihuánát/hasist, illetve akik a kannabisz származékokon kívül használtak már egyéb tiltott drogokat is (20,0%; $\pm 3,9$), az előző évi használat alapján pedig tendencia jelleggel az egyéb tiltott drogok használata a

⁷⁸ A folyamatos fogyasztási ráta incidenciánál számított értéke, azaz a valaha használók közül azok aránya, akik az elmúlt évben is használtak és legalább egy évvel az adatfelvételt megelőzően fogyasztottak először valamilyen drogot (EMCDDA, 1999; Paksi, 2007). Kiszámítása: $(\text{éves prevalencia} - \text{új belépők aránya}) / \text{életprevalencia} \times 100$.

domináns (kannabisz LYP: 9,6%; $\pm 2,8$; kannabiszon kívül egyéb drogok LYP: 14,5%; $\pm 3,2$) (1. ábra).

1. ábra: A különböző tiltott drogok élet-, éves és havi prevalencia értéke a fővárosi hajléktalan populációban (a válaszolók %-ában)⁷⁹



N = válaszolók száma (LTP/LYP/LMP)

Saját számítás Paksi & Magi, 2017 alapján

Droghasználati piramis

A legelterjedtebb tiltott szerek, a kannabisz, illetve a szintetikus kannabinoid más droghasználó magatartásokhoz való kapcsolódásának vizsgálatára mindkét szerre építettünk egy-egy droghasználati piramist⁸⁰. A két piramist együtt mutatjuk be a 2. ábrán.

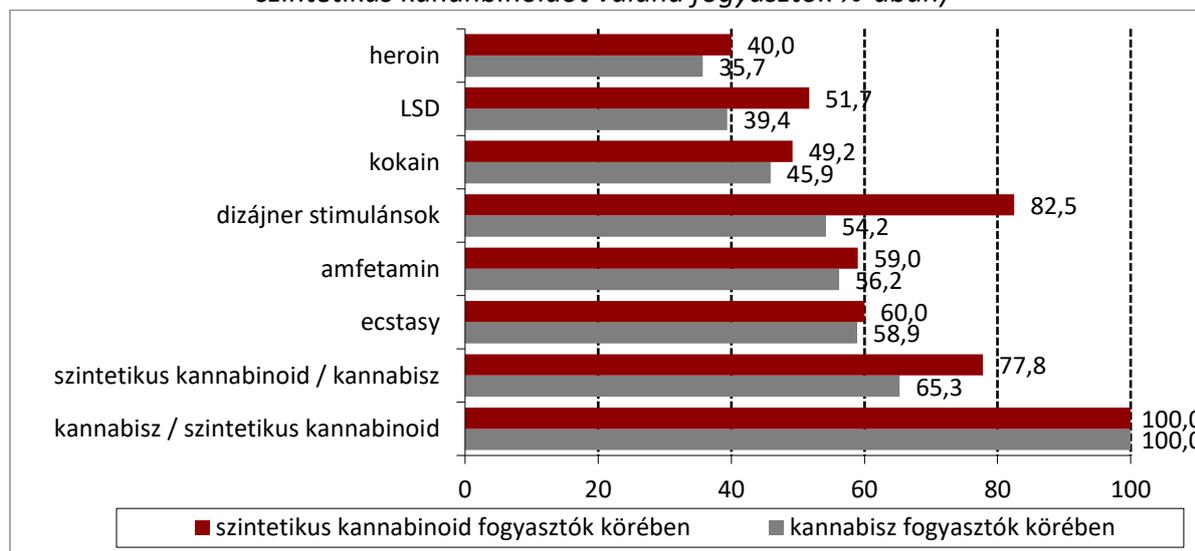
⁷⁹ A dummy-drogra adott bevallások: LTP: 2,8; LYP: 1,2; LMP: 0,9

⁸⁰ A hagyományosan a szakirodalomban az ún. tiltottdrog-fogyasztási piramist (EMCDDA 1999) a kannabisz származékok és más droghasználó magatartások kapcsolódásának kifejezésére konstruálják, ami az egyéb drogok életprevalencia értékét mutatja a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében. Tekintettel a szintetikus kannabinoid-használat nagyfokú elterjedtségére a hajléktalan populációban, a hagyományosan a kannabisz-használókra épített droghasználati piramis speciális, a szintetikus kannabinoid-használókra épített változatát is megkonstruáltuk, ami az egyéb drogok életprevalencia értékét mutatja a szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók körében

A piramis szürke sávjaiból épül fel a hagyományos droghasználati piramis, amely azt mutatja, hogy azok, akik valaha életükben fogyasztottak kannabiszt, milyen arányban használtak egyéb drogokat (szintetikus kannabinoidot, ecstasyt, dizájner stimulánsokat, amfetamint, LSD-t, kokaint és/vagy heroint) is az életük során. A piramis alapján láthatjuk, hogy a fővárosi hajléktalan népességben a valaha kannabiszt használók közel kétharmada használt már életében szintetikus kannabinoidot is, fele-háromötöde ecstasyt, amfetamint, illetve dizájner stimulánst, több közel fel próbálkozott már élete során kokain- és több mint harmada LSD, illetve heroin-fogyasztással. Ezeket az értékeket összevetve az 1. ábrán szereplő életprevalencia értékekkel, láthatjuk, hogy a kannabiszt használók körében minden vizsgált drog életprevalencia értéke négy-hétszerese a hajléktalan populációban mért életprevalencia értékeknek.

A szintetikus kannabinoid használatra épített, a bordó sávokból kirajzolódó droghasználati piramis gyakorlatilag leköveti a kannabisz használatra konstruált piramist, azzal a különbséggel, hogy a szintetikus kannabinoid használók körében másfélszer akkora a dizájner stimulánsokat használó aránya, mint a kannabisz-használók körében.

2.ábra: Droghasználati piramis a fővárosi hajléktalan populációban (a kannabiszt, illetve szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók %-ában) ⁸¹



Saját számítás Paksi & Magi, 2017 alapján

Összességében tehát a kannabisz használatra és a szintetikus kannabinoid használatra épített droghasználati piramis egyrészt azt jelzi, hogy a budapesti hajléktalan populációban mind a kannabisz-használat, mind a szintetikus kannabinoid használat erősen kapcsolódik az egyéb tiltott drogok fogyasztásához. Emellett rámutat arra is, hogy körükben a kannabisz és a szintetikus kannabinoid használat is erősen együttjár: a kannabisz használó fővárosi hajléktalan emberek körében a szintetikus kannabinoid használat a leginkább elterjedt, a szintetikus kannabinoid használók körében pedig a kannabisz és a dizájner stimulánsok népszerűsége a legnagyobb⁸². Az utóbbi azt is jelzi, hogy új

⁸¹ A legelterjedtebb egyéb drogok életprevalencia értéke a kannabiszt, illetve szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók körében.

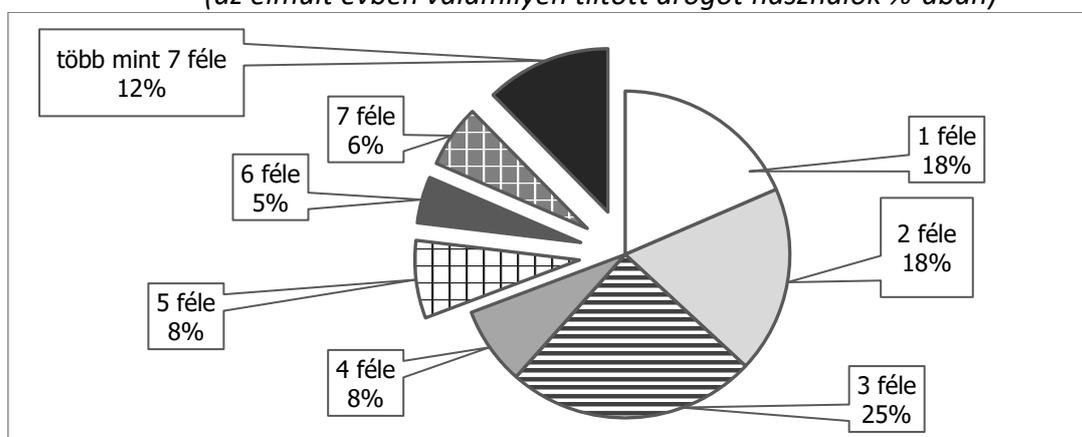
⁸² A szintetikus kannabinoid használók körében a kannabisz és a dizájner stimulánsok életprevalencia értékei hibahatáron belül megegyezik (a standard hiba nagysága dizájner stimulánsok esetében $\pm 11,4$, a kannabisz esetében $\pm 12,4$)

pszichoaktív szerek használatának nagyfokú összekapcsolódása jellemző a fővárosi hajléktalan emberek körében.

Polidrog-használat⁸³

Mint ahogy a droghasználati piramisok alapján is láttuk, a különböző tiltott drogok használata erős kapcsolódást mutat a fővárosi hajléktalan populációban. Amennyiben azt vizsgáljuk, hogy az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot használó hajléktalan emberek hányféle szert fogyasztottak, akkor azt láthatjuk, hogy kevesebb, mint egyötödre tehető azok aránya, akik a közelmúltban (elmúlt évben) mindössze egyféle drogot használtak. A droghasználó fővárosi hajléktalanok több mint négyötöde tehát polydrog-használónak tekinthető, s egyharmaduk legalább négy, minden nyolcadik használó pedig több mint 7féle tiltott drogot fogyasztott az előző évben (3. ábra).

3. ábra: A fővárosi hajléktalan droghasználók polydrog-használata (az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot használók %-ában)



Saját számítás Paksi & Magi, 2017 alapján

Drogfogyasztás miatti problémák előfordulása

Azoknak a fővárosi hajléktalan embereknek, akik használtak már az életük során valamilyen drogot, kétötöde (N=88; 9,8%) számolt be arról, hogy az életében volt olyan időszak, amikor a drogfogyasztás miatt fizikai és/vagy lelki problémái jelentkeztek, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataiban megmutatkoztak a drogfogyasztás következményes károsodásai (ez a hajléktalan populáció egészére vetítve 10%-os arányt jelent) (2. táblázat). A leggyakrabban említett problémák családi (18,2%), rendőrségi (17,0%), testi (14,8%), illetve lelki (13,6%) jellegűek. Ez a kutatási eredmény egybecseng a fővárosi (X. kerület) szakembereknek a hajléktalan populációban a szerhasználattal összefüggő szövődmények, egészségügyi problémák gyakori előfordulására vonatkozó percepcióval (Szécsi és mtsai, 2019).

⁸³ A szakirodalom a polydrog-használat kifejezést több értelemben alkalmazza: „Több, mint egy típusú pszichoaktív szer egyidejű vagy sorozatos fogyasztása egy személy által, általában egy másik szer hatását erősítendő vagy ellensúlyozandó céllal. Gyakran használják azon fogyasztók megkülönböztetésére, akiknek változatosabb a fogyasztási mintázatuk azoktól, akik kizárólag egyfajta kábítószer fogyasztanak. Általában többfajta illegális szer fogyasztásának leírására használják, de a kutatási irodalomban van, hogy egyszerűen legális drogok együttes használatára alkalmazzák, mint az alkohol és a dohány...” http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-ii/#Politoxikom_nia Tanulmányunkban a „polydrog-használat” kifejezést a változatosabb fogyasztási mintázat értelemben alkalmazzuk.

A droghasználó fővárosi hajléktalanok droghasználattal kapcsolatos kezelési igényét jelzi, hogy egyharmaduk (33,7%, ami a hajléktalan populációra vetítve 8%-os arányt jelent) megjelentek a droghasználatukkal összefüggésben az életük során járó- és/vagy fekvőbeteg egészségügyi ellátásba⁸⁴.

Életük során a droghasználó fővárosi hajléktalanok egyharmadának (32,6%) volt droghasználattal összefüggésben rendőrségi ügye, az elmúlt évben pedig minden hatodiknak (az arányok a hajléktalan populációra értelmezve 7,5% illetve 3,5%) (4. táblázat).

2.táblázat: A drogfogyasztás miatti problémák előfordulása a hajléktalan droghasználók körében (a valaha valamilyen tiltott drogot használók %-ában)

	N	valaha	elmúlt évben
Drogfogyasztása miatt valamilyen (testi/lelki/családi/kapcsolati/munkahelyi/iskolai/rendőrségi) problémája volt	88	39,8	-
Drogproblémái miatt járóbeteg ellátásban részesült	93	28,0	14,0
Drogproblémái miatt fekvőbeteg ellátásban részesült	92	29,3	12,0
Droggal kapcsolatos rendőrségi ügye volt	92	32,6	16,3
<i>Megjegyzés: N = válaszolók száma Saját számítás Paksi & Magi, 2017 alapján</i>			

A droghasználat előfordulásának társadalmi-demográfiai mintázódása

A droghasználat társadalmi mintázódását néhány olyan általános szocio-demográfiai változó mentén vizsgáltuk (nem, életkor, iskolai végzettség, roma kisebbséghez való tartozás), illetve a hajléktalan létező köthető a helyhasználattal kapcsolatos (utcán vagy szállón él) kérdés mentén vizsgáltuk.

A társadalmi elhelyezkedés vizsgált alapvető jellemzői közül az iskolai végzettség kivételével minden dimenzió mentén szignifikáns – bár elsősorban az alacsony esetszám miatt többnyire csak gyenge hatásméretű – mintázódás bontakozott ki. A férfiak, a fiatal felnőttek, továbbá azok körében, akikre mondták már, hogy cigány, szignifikánsan magasabb életprevalencia értéket mértünk, mint a nők, az 35 évesek vagy idősebbek, illetve a nem „cigány minősítéssel” élők. Az leginkább robusztus – közepes hatásméretű – különbség a fiatal felnőtt és az annál idősebben kockázataiban mutatkozik meg: a fiatal felnőttek életprevalencia értéke több mint háromszorosa az idősebbekének. Kétszer, illetve közel kétszer nagyobb a valaha használók aránya a férfiak körében, illetve azok esetében, akiket a környezete romaként jellemez. Az adatfelvétel időpontjában az utcán élő hajléktalanok szintén körében szignifikánsan, mintegy másfélszer nagyobb volt a droghasználati tapasztalattal rendelkezők aránya (3. táblázat).

⁸⁴ Egy, a X. kerületben, szakemberek körében készült kvalitatív kutatás eredményei szerint azonban az ellátásba kerülés a hajléktalan emberek esetében sokszor több szempontból is nehezített: „A konkrét segítő intervenciók során ... az adminisztratív előírások, protokollok jelenthetnek akadályt. Például a Minnesota rendszerben működő programok lakcímkártyához, egyes kórházak absztinenciához kötik az ellátás igénybevételét, mely különösen ... a hajléktalan klienseknél jelentősen megnehezíti a kezelésbe kerülést” (Szécsi és mtsai, 2019. 117.) „Kiemelt problémát jelent a hajléktalan szerhasználók ellátása, itt gyakrabban sürgősségi beavatkozásra és a motivációt erősítő segítő beszélgetésekre van a leggyakrabban szükség, amellett, hogy a kliensek alapvető szükségleteit is ki kell elégíteni”. (uo. 125. o.). Ugyanakkor a „hajléktalan kliensek nagyon nehezen jutnak el addiktológiai profilú intézményekbe, így a két szolgáltatás összekapcsolása fontos szempont lehet” (uo. 130. o.)

3.táblázat: A tiltott drogok életprevalencia értéke a fővárosi hajléktalan populációban különböző társadalmi-demográfiai háttérváltozók mentén (a válaszolók %-ában)

		N	LTP	sig
Nem	ffi	307	27,7	<0,005
	nő	102	14,7	
Életkor	18-34	38	71,1	<0,001
	35-64	366	19,4	
Iskolai végzettség	<8 ált	28	35,7	0,076
	8 ált	114	28,9	
	szakmunkás/szakiskola	137	18,2	
	legalább érettségi	55	20,4	
Roma*	igen	117	32,5	<0,009
	nem	220	17,7	
Helyszín	szálló	289	20,1	<0,003
	utca	57	38,6	
*Mondták-e Önre, hogy cigány? ** A kérdésre több válasz is jelölhető volt Saját számítás Paksi & Magi, 2017 alapján.				

A fővárosi hajléktalan populáció pszichoaktív szerhasználati szokásaiban megjelenő tendenciák⁸⁵

A tendenciák felvázolása a 2017-es kutatás adatait a hajléktalanok körében 2007-ben készült drogepidemiológiai kutatás (Paksi et al. 2008, 2010) eredményeivel hasonlítjuk össze. Tekintettel arra, hogy a 2007-es kutatás a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalan populáció reprezentatív mintáján készült, ezért az összehasonlítás során a 2017-es kutatás mintájából is csak a fővárosi ellátóhelyeken elért hajléktalanok 417 fős mintáját használjuk.

A fővárosi, ellátásban részesülő hajléktalanok körében a tiltott drogok életprevalencia értéke a 2017-es vizsgálatban 21,7%, az éves prevalencia 12,8%, a havi prevalencia pedig 7,9%. Ezeket az értékeket összehasonlítva a 2007-es eredményekkel, mérés hibahatárát figyelembe véve (4. táblázat) azt mondhatjuk, hogy a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében kétharmados biztonsággal növekedett azok aránya, akik az életük során kipróbáltak valamilyen tiltott drogot. Ugyanakkor a 10 évvel korábban mért rövidebb idejű prevalencia értékek hibahatáron belül azonosak a jelenlegi vizsgálatban kapott eredményekkel.

4.táblázat: A tiltott drogfogyasztás elterjedtsége⁸⁶ a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban 2007-ben és 2017-ben (a válaszolók %-ában)

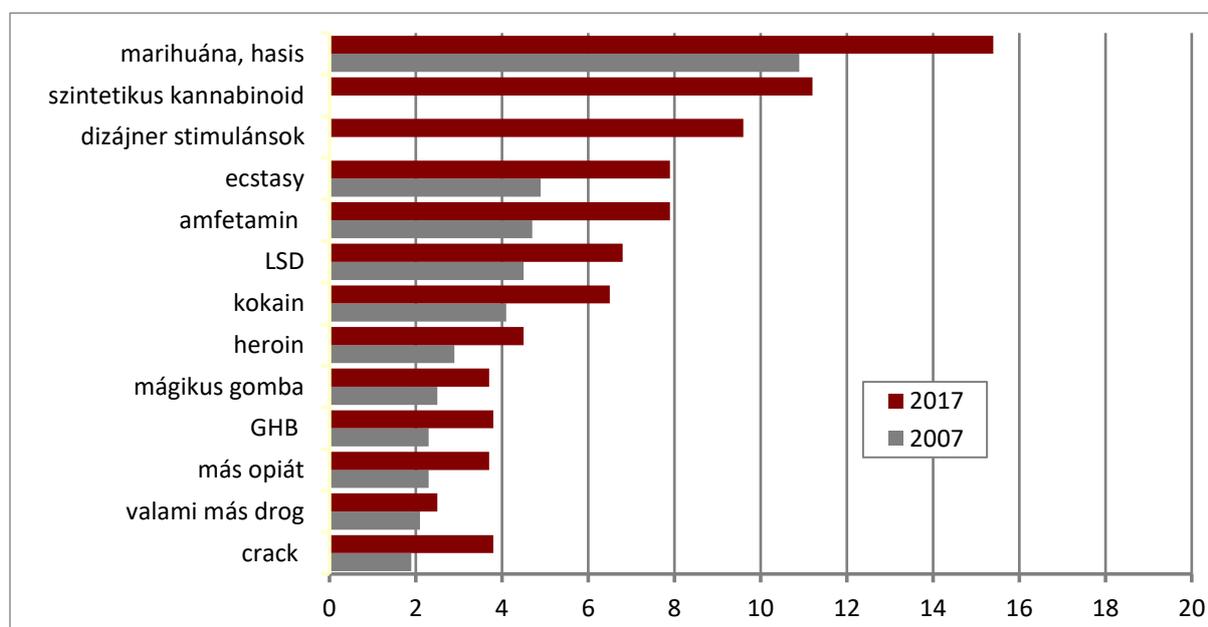
Mutatók	N	2007-ben (%)	CI	N	2017-ben (%)	CI
Tiltott drogok LTP	411	16,3	±3,3	341	21,7	±4,1
Tiltott drogok LYP	400	10,3	±2,8	329	12,8	±3,4
Tiltott drogok LMP	418	8,6	±2,4	331	7,9	±2,7
CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum A 2007-es adat forrása: Paksi és mtsai (2010)						

⁸⁵ A fővárosi tendenciák felvázolása megtalálható korábbi írásunkban is (Paksi és mtsai, 2021)

⁸⁶ A 2007-es kutatás során a tiltott szerek közé az alábbiakat soroltuk: marihuána/hasis, LSD, mágiikus gomba, amfetamin, ecstasy, kokain, heroin, más opiátok (pl. máktea, kodein), herbál drogok, crack, rush, angyalpor, GHB, bármilyen drog intravénásan, valami más (általunk fel nem sorolt) drog. A megkérdezett szerek csak részben

A szerenkénti életprevalencia értékek alapján kétharmados biztonsággal minden vizsgált tiltott drog esetében elmondhatjuk, hogy növekedett a kipróbálók tábora a fővárosi, ellátásban részesülő hajléktalanok körében (4. ábra). A mindkét kutatásban vizsgált tiltott drogok preferencia sorrendje ugyanakkor a szerenkénti prevalencia értékek növekedése mellett is gyakorlatilag megegyezik⁸⁷, a hagyományos tiltott drogok között stabilan a legnépszerűbb a marihuána/hasis, ezt követi ecstasy és az amfetamin (4. ábra). Ha azonban a korábbi kutatásban nem szereplő új pszichoaktív szereket is figyelembe vesszük a szerpreferenciák vizsgálatakor, akkor csak a marihuána/hasis marad bent a három legnépszerűbb szer között, az ecstasyt és az amfetamint 95%-os biztonsággal kiszorítja a szintetikus kannabinoid (LTP:11,2; hiba: $\pm 3,2$) és kétharmados biztonsággal a dizájnér stimulánsok (LTP:9,6; hiba: $\pm 3,0$)⁸⁸ is megelőzik⁸⁹. Ez egybecseng a fővárosi (X. kerület) szakemberek azon percepcióival, mely szerint a hajléktalan emberek droghasználatára ma már (2019-ben) leginkább az új pszichoaktív szerek használata jellemző (Szécsi és mtsai, 2019).

4. ábra: Szerenkénti életprevalencia értékek a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban 2007-ben és 2017-ben (a válaszolók %-ában)⁹⁰



A 2007-es adat forrása: Paksi és mtsai (2010)

fednek át a 2017-es kutatásban vizsgált szerekkel: a 2007-ben vizsgált szerek közül a 2017-es kutatásban nem szerepeltek herbál drogok, a rush, az angyalpor és az l-por, ugyanakkor szerepelt a szintetikus kannabinoidok, dizájnér stimulánsok, és a mepredon. A vizsgált szerek körének különbözősége ellenére az összesített prevalencia értékek összehasonlítását az teszi lehetővé, hogy a kérdőívben konkrétan megnevezett szerek mellett mindkét vizsgálatban szerepelt a „valami más drog”-ra vonatkozó kérdés, ahol a kérdezett megjelölhetett minden olyan drog fogyasztását, ami nem került név szerint megkérdezésre, és az arra adott választ az összesített prevalencia érték tartalmazza.

⁸⁷ A 2007-es szersorrend utolsó helyén lévő crack kivételével, ami a 2017-es vizsgálatban kétharmados biztonsággal egy hellyel előrébb került.

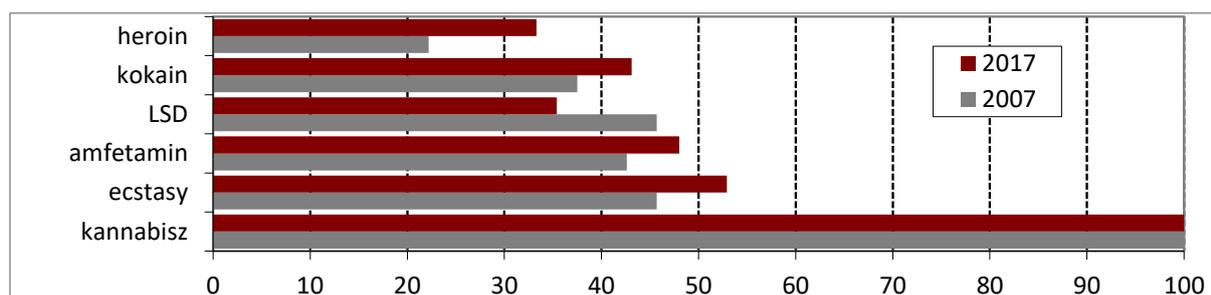
⁸⁸ Az ecstasy és az amfetamin LTP hibája 2007-ben $\pm 1,9$.

⁸⁹ A „más drogok” 2007-ben alacsony életprevalencia értéke megerősíti, hogy az új pszichoaktív szerek valóban a két vizsgálat között eltelt 10 évben kaptak meghatározó szerepet a szerstruktúrában.

⁹⁰ A dummy-drogra adott bevallások: LTP: 2,8; LYP: 1,2; LMP: 0,9

A fővárosi ellátásban részesülő hajléktalan populációban a hagyományos szerek struktúrájának stabilitása a hagyományos szerekre épített droghasználati piramis meredekségében, azaz a kannabisz használók egyéb szerpreferenciájának állandóságában is megjelenik (5. ábra). A valaha marihuánát/hasist használó ellátásban lévő fővárosi hajléktalanok körében korábban is, és 2017-ben is a legnépszerűbb szerek az ecstasy és az amfetamin, majd ezeket követi kokain az LSD, valamint a heroin. Mindössze a heroin esetében becsülhetjük azt, hogy kétharmados biztonsággal növekedett a népszerűsége a kannabisz használók körében (2007 LTP:22,2 hiba: $\pm 10,2$; 2017 LTP:33,3 hiba: $\pm 11,6$;))

5.ábra: Droghasználati piramis a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban 2007-ben és 2017-ben (a kannabisz valaha használók %-ában)



A 2007-es adat forrása: Paksi és mtsai., 2010

A tendenciákat vizsgálva összességében tehát kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében 2007 és 2017 között növekedett azok aránya, akik az életük során kipróbáltak valamilyen tiltott drogot. Szintén kétharmados biztonsággal növekedtek a mindkét időpontban vizsgált szerek életprevalencia értékei is. A fővárosi ellátásban lévő hajléktalan populáció szerhasználatának kockázatos jellegére utaló mintázódások nem változtak: a mindkét kutatásban vizsgált (hagyományos) drogok struktúrája, illetve droghasználati piramis meredeksége nem változott számottevően.

A hajléktalan populáció drogfogyasztása Budapesten és országosan

Az hajléktalan populáció országos reprezentatív mintáján 2017-ben készült kutatás alapján (Paksi & Magi, 2017; Paksi és mtsai, 2021)⁹¹ – melynek fővárosra vonatkozó adatait eddig is használtuk – a tiltott drogok életprevalencia értéke a fővárosban élő hajléktalan emberek körében megegyezik az hajléktalan populációban országosan jellemző értékkel (5. táblázat). A közelmúltbeli (LYP), illetve aktuális (LMP) használat, valamint a folyamatos használók aránya azonban a fővárosban tendencia jelleggel magasabb, mint országosan.

A gyógyszerhasználat főbb mutatói tekintetében a fővárosi hajléktalan emberekre vonatkozó prevalencia értékek megegyeznek az országos adatokkal (5. táblázat).

⁹¹ A kutatás módszertani háttérének összefoglalása a tanulmány 1.mellékletében található.

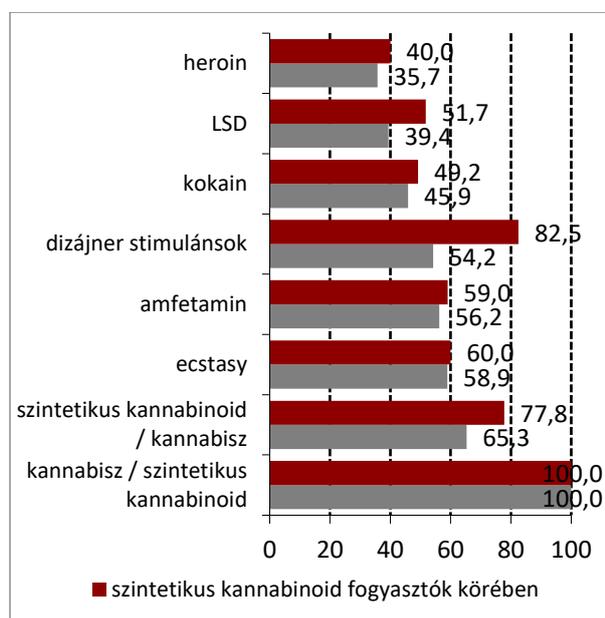
5.táblázat: A hajléktalan populáció drogérintettségének összefoglaló mutatói Budapesten és országosan (a válaszolók %-ában)

Mutatók	Budapesten			Országosan		
	N	%	CI	N	%	CI
Tiltott drogok						
Tiltott drogok életprevalencia (LTP) értéke	414	24,6	±4,1	1123	24,4	±2,3
Ebből Folyamatos használók	90	46,7	10,3	245	38,8	±6,0
Új belépők	90	26,7	±9,2	245	22,4	±5,1
Kilépők aránya	90	26,7	±9,2	245	38,8	±6,0
Tiltott drogok éves prevalencia (LYP) értéke	402	16,4	±3,6	1094	13,7	±1,9
Tiltott drogok havi prevalencia (LMP) értéke	404	11,6	±3,1	1098	9,2	±1,6
Gyógyszerhasználat						
Nyugtató/altató használat életprevalencia	462	37,7	±4,4	1241	39,6	±2,5
Nyugtató/altató használat éves prevalencia	462	34,8	±4,3	1241	34,5	±2,4
Nyugtató/altató használat havi prevalencia	467	28,5	±4,1	1254	28,8	±2,1
Az utolsó nyugtató/altató használat alkalmával orvosi rendelvény nélkül használók aránya	172	22,1	±6,2	484	26,3	±3,8
<i>Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum</i>						

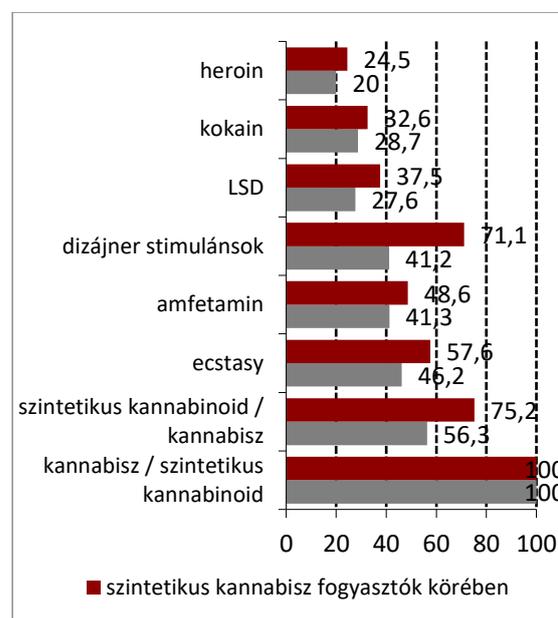
A tiltott drogok struktúrája alapvetően a fővárosban leképezi az országos prioritásokat (Paksi és mtsai, 2021), azzal a különbséggel, hogy országosan – elsősorban a nagyobb minta következtében kisebb hibával járó prevalencia becslések miatt – országosan az életprevalencia értékek tekintetében még megjeleni a marihuána/hasis domináns szerepe, de a közelmúltbeli fogyasztásban a fővároshoz hasonlóan országosan is a szintetikus kannabinoidok veszik át a vezető szerepet.

Amennyiben a fővárosi hajléktalan emberek körében kannabisz-használat valamint a szintetikus kannabinoid használat más droghasználó magatartásokkal való együttjárását kifejező droghasználati piramisokat hasonlítjuk össze és az országos felrajzolható piramisokkal (Paksi és mtsai, 2021), szintén nagyfokú hasonlóságot tapasztalunk: mindkét piramis jelzi egyrészt a kannabisz-használat, mind a szintetikus kannabinoidok használatának egymással és más tiltott fogok használatával való erős kapcsolódását, valamint az új pszichoaktív szerek használatának kiemelkedő együttjárását. Ugyanakkor a fővárosi piramisok alapján azt is láthatjuk, hogy a fővárosban ezek a kapcsolódások erősebbek (6. ábra)

6.ábra: Droghasználati piramis a hajléktalan populációban a fővárosban (bal oldali ábra) és országosan (jobb oldali ábra) (a kannabiszt, illetve szintetikus kannabinoidot valaha fogyasztók %-ában)



Saját számítás Paksi & Magi, 2017 alapján



Forrás: Paksi és mtsai, 2021

A fővárosi droghasználó hajléktalan emberek körében a drogfogyasztással összefüggő fizikai és/vagy lelki problémák, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataikban megmutatkozó következményes károsodások előfordulása hibahatáron belül megegyezik az országosan tapasztaltakkal (Paksi és mtsai, 2021). Hasonlóan nem találtunk különbséget a fővárosi és az országos adatokban a hajléktalan emberek társadalmi/demográfiai/helyhasználati mintázódása tekintetében sem: országosan is férfiak, a fiatal felnőttek, illetve akikre mondták már, a cigánynak mondott hajléktalan emberek magasabb életprevalencia érték mutatkozott meg, és országosan is legerősebb mintázódás az életkor mentén jelentkezett.

A fővárosi hajléktalan populáció drogfogyasztása az általános populáció kontextusában

Amennyiben a fővárosi hajléktalan populáció drogérintettségét a fővárosi 18-64 éves lakosság drogfogyasztási szokásainak vizsgálatára irányuló, 2019-ben készült Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2019) kutatás⁹² eredmények kontextusában értelmezzük⁹³, a jelentős eltérések mellett hasonlóságokat is tapasztalhatunk.

A tiltott drogfogyasztás életprevalencia értéke a 18-64 éves fővárosi hajléktalan populációban közel négyszerese a 18-64 éves fővárosi lakosság körében mért értéknek. A rövidebb idejű prevalencia értékek felé haladva még markánsabbá válik a különbség: a közelmúltbeli (LYP) és az aktuális (LMP) tiltott drog-használat a fővárosi hajléktalan népességben mintegy 14-szer gyakoribb, mint a budapesti lakónépességben. A nyugtató/altató használat tekintetében azonban – a kutatás adatai alapján – nem mutatkozik eltérés a fővárosi lakosság és a hajléktalan népesség között (6. táblázat).

6. táblázat: A fővárosi általános és a fővárosi hajléktalan populáció drogérintettségének összefoglaló mutatói (a 18-64 éves válaszolók %-ában)

Mutatók	Fővárosi hajléktalan populáció			Fővárosi általános populáció		
	N	%	CI	N	%	CI
Tiltott drogok életprevalencia (LTP) értéke	352	27,0	±4,6	225	7,2	±3,4
Tiltott drogok éves prevalencia (LYP) értéke	340	17,9	±4,1	224	1,3	±1,5 ⁹⁴
Tiltott drogok havi prevalencia (LMP) értéke	342	12,3	±3,5	224	0,9	±1,2
Nyugtató/altató használat életprevalencia	394	39,1	±4,8	225	5,0	±2,8
Nyugtató/altató használat éves prevalencia	394	36,3	±4,7	225	5,0	±2,8
Nyugtató/altató használat havi prevalencia	398	30,9	±4,5	227	4,1	±2,6

Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI: 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia intervallum
Forrás: számítás Paksi & Magi, 2017 alapján; Paksi és Pillók, 2021

A fővárosi hajléktalan populáció szerkezetében mutatkozó sajátosságokat a fővárosi általános népességre vonatkozó minta az alacsony esetszáma miatt nem tudjuk részleteiben vizsgálni, mindazonáltal néhány hasonlóság, illetve különbség így is megmutatkozik. A fővárosi hajléktalan populációhoz hasonlóan az általános népesség vonatkozásában is elmondhatjuk, hogy azok aránya, akik marihuánát/hasis- fogyasztottak eddig életük során (5,8%; ±3,1) hibahatáron belül megegyezik a kannabiszon kívül más tiltott drogokat is használók együttes arányával (3,6% ±2,4)⁹⁵. Azonban míg a fővárosi hajléktalan populációban a szintetikus kannabinoid életprevalencia értéke – hibahatáron belül azonos – a marihuána/hasis életprevalencia értékével, addig a budapesti lakosság körében az új pszichoaktív szerek

⁹² A kutatás részletes módszertani bemutatásától itt eltekintünk, azok megtalálható az felnőtt népesség droghasználatával foglalkozó fejezet mellékletében.

⁹³ Tekintettel arra, hogy a hajléktalan kutatás mintája a teljes (F3 kutatással elért) fővárosi hajléktalan populációt reprezentálja életkori megkötés nélkül (a legfiatalabb megkérdezett 18 éves, a legidősebb 78 éves), ezért az összehasonlítás során a fővárosi hajléktalan mintából az OLAAP kutatással való összehasonlítás során csak a 18-64 éves kor közöttiek (N=422 fő) szelektált mintáját használjuk.

⁹⁴ A konfidencia intervallum a fővárosi általános populáció mintájában a 1,8%-nál kisebb prevalenciaértékek esetében eléri a 0 értéket, így az 1,8 alatti mért értékek nagy óvatossággal kezelendők

⁹⁵ Lásd részletesen az fővárosi lakosság drogfogyasztásával foglalkozó fejezetben.

népszerűsége jóval elmarad a kannabisz származékétól, azaz az új szerek a hajléktalan populáció szerkezetében sokkal nagyobb jelentőséget kapnak.

A fővárosi hajléktalan populáció drogfogyasztása nemzetközi kontextusban

A 2007-ben készült első hazai drogepidemiológiai vizsgálatához (Paksi, Gurály, Arnold, Schmidt és Breitner, 2008; Paksi, Arnold, Schmidt, Gurály és Breitner, 2010) kapcsolódóan 2000-től 2006-ig az összes, az EMCDDA a REITOX hálózaton keresztül elérhető európai ország éves drogjelentése áttekintésre került. A 2017-es kutatás módszertani előkészítéseként, illetve a nemzetközi összehasonlítás lehetőségének vizsgálata érdekében pedig áttekintettük az ezt követő időszakban, azaz 2007-2014 között publikált, az EMCDDA számára az összes Európai Unió ország által készített, összesen 236 éves drogjelentést. A hajléktalanok drogérinthettségére vonatkozó nemzetközi irodalom áttekintése alapján azt mondhatjuk, hogy meglehetősen korlátozottan nyílik lehetőségünk összehasonlításokat végezni. Ennek részben a kutatások módszertani háttérével kapcsolatos, részben definíciós okai vannak (Paksi & Magi, 2017).

Erkkilä és Stenius-Ayoade (2009) felmérése, melynek fő kérdésköre a hajléktalanok egészségügyi és szociális helyzetére vonatkozott Finnországban, Helsinki és vonzaskörzetében, reprezentatív mintán készült kutatása a mintaválasztása alapján alkalmas lenne jelen kutatás Budapestre vonatkozó adataival való összehasonlítására, azonban a finn kutatásban a szerhasználat mérésére alkalmazott kérdésekről elérhető információk meglehetősen korlátozottak, így adatok összehasonlítása során feltételezésekkel kell élnünk. A kutatás a Helsinki és vonzaskörzetében élő hajléktalanok 82%-a esetében azonosított szerhasználattal kapcsolatos problémát (substance abuse problem), azonban a problémás használatnak a kutatásban alkalmazott definíciója nem tisztázott a rendelkezésre álló adatok alapján, s nem rendelkezünk információval ezen kérdések idői vonatkozásáról sem. Mindazonáltal az említett módszertani eltérések mellett is információs értékkel bír, hogy a 2017-es kutatásban a Budapesten élő hajléktalan populációban a szerhasználat (az alkohol és vagy tiltott drog-fogyasztás, nem specifikálva annak problémás, illetve visszaélészerű formáját) éves prevalencia-értéke 78%⁹⁶. Ennek alapján feltételezhető, hogy problémás, visszaélészerű szerfogyasztás aránya a budapesti hajléktalanok körében alacsonyabb, mint a Helsinki és környéki hajléktalanok körében. Erkkilä és Stenius-Ayoade (2009) kutatása szerint Helsinkiben és vonzaskörzetében a droghasználók (drug and polydrug users) aránya 15%. A budapesti hajléktalanok körében a tiltott drogok életprevalencia értéke 24,6%, az éves prevalencia pedig 16,4%. Amennyiben a finn kutatásban mért érték a tiltott szereket aktuálisan használókra vonatkozik, akkor a finn és a magyar fővárosban élő hajléktalanok érintettsége hasonló. Mivel azonban a finn kutatás esetében az droghasználat kategória tartalmi és idői vonatkozásai a hozzáférhető publikációkban nem specifikáltak, így az adatok összehasonlítás során óvatosan kell eljárunk.

O'Carroll és O'Reilly (2008) *Írországban, 2005 májusában Dublin északi részének átmeneti szállóinak és éjjeli menedékhelyeinek kliensei körében a teljes populációra kiterjedően készült kutatás során egy kétéhetes adatfelvételi időszakon belül összesen 363 főt (a célpopuláció 70%-át) kérdezett meg. Ugyan a kutatás elsődlegesen nem drogepidemiológiai fókusszal készült, több szerhasználattal kapcsolatos mutatót is vizsgáltak. A kutatás adatai szerint Dublin*

96 A hazai kutatásban az alkohol fogyasztásra vonatkozóan nem rendelkezünk életprevalenciára vonatkozó adatokkal, csak az éves prevalencia adatok állnak rendelkezésünkre.

északi részén az átmeneti szállóik és éjjeli menedékhelyeik kliensei körében a drogfogyasztás életprevalencia értéke 64% (N=354), ami mintegy háromszorosa a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban mért értéknek (21,7%). A vizsgálat egy korábbi, Dublin teljes területére vonatkozó 1997-es hasonló céltételezéssel rendelkező felmérés eszközével történt, így tendenciákat is tudtak vizsgálni. A megkérdezettek körében növekvő tendenciáról számoltak be a drogfogyasztás életprevalenciája tekintetében, a korábbi 32%-hoz képest (192 főből 61) 12 év alatt a megduplázódott a populáció érintettsége. A dublinban 12 év alatt megfigyelt intenzív növekedéshez képest a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan emberek körében készült vizsgálatok által lefedett 10 évben ennél jóval szerényebb növekedést mértünk.

Felhasznált irodalom

- Erkkilä, E. & Stenius-Ayoade, A. (2009). Asunnottomat vastaanottoyksiköissä. Asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalinen tilanne ja terveydentila ääkaupunkiseudulla. [The homeless in reception units. Social situation and health of clients of reception units for the homeless in the Helsinki Metropolitan Area.] Socca - The Centre of Expertise on Social Welfare in the Helsinki Metropolitan Area. Working Papers 2009:2. Helsinki: Socca.
- EMCDDA (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), Lisbon: EMCDDA, September 1999.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda_gps_expert_group_comp_report.pdf
- EMCDDA (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon: EMCDDA, August 2002.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf
- EMCDDA (2015). Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys. Lisbon: EMCDDA.
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_249891_EN_EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20\(NPS\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_249891_EN_EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20(NPS).pdf)
- O'Carroll, A. and O'Reilly, F. (2008). Health of the homeless in Dublin: has anything changed in the context of Ireland's economic boom? *European Journal of Public Health*, 18(5), 448–453.
- Paksi B. (2007). A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk.). *Az addiktológia alapjai I.* (229–253). Budapest: Eötvös Kiadó.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2). 55–85.
http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf

- Paksi B. & Pillók P. (2021). Drogfogyasztás In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk). *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I.* Budapest: ELTE PPK - L'Harmattan. 62-105.
- Paksi B., Gurály Z., Arnold P., Schmidt A. & Breitner P. (2008). A drogfogyasztás és hajléktalanság. *Addiktológia*. 2: 101-130.
- Paksi B., Arnold P., Schmidt A., Gurály Z. & Breitner P. (2010). Drogfogyasztás és hajléktalanság. In.: Győri P., Vida J.: *Otthonatlanul... Tégy az emberért!* Budapest: Menhely Alapítvány és BMSZKI, 49–76.
- Paksi B. & Magi A. (2017). *Hajléktalanság és droghasználat. A hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata.* Kutatási beszámoló, Budapest: EMMI.
- Paksi B., Magi A. & Gurály Z. (2021). A hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználatára. *Esély*. vol. 32. (2021) No. 1. pp. 62-91. DOI 10.48007/esely.2021.5
- Szécsi J., Bokányi Z., Gyorgyovics M., Kovács Sz., Máder M. & Pillók P. (2019). *Átfogó komplex vizsgálat a X. kerületben előforduló kábítószer-fogyasztásról.* Kutatási beszámoló.

Mellékletek

A hajléktalan populációban 2017-ben készült drogepidemiológiai vizsgálat főbb jellemzői

A prevalencia becslés, illetve az adatok időbeli és más populációk kontextusában való értelmezése miatt az adatfelvétel során alkalmazott metodika megválasztását a reprezentativitást biztosító mintavétel megvalósítására való törekvés, valamint a drogepidemiológiai kutatások során általában alkalmazott nemzetközi standardok és hazai hagyományok érvényesítése határozta meg.

A kutatás adatfelvétele – az egy évtizeddel korábbi, 2007-es kutatás során kimunkált (Paksi et al. 2008, 2010) módszertanhoz hasonlóan – omnibusz jelleggel a hajléktalan populáció legjobb becslését adó, nagy hazai hagyományokkal rendelkező, ún. Február Harmadika” (F3) kutatássorozat 2017. évi adatfelvételéhez kapcsolódott.

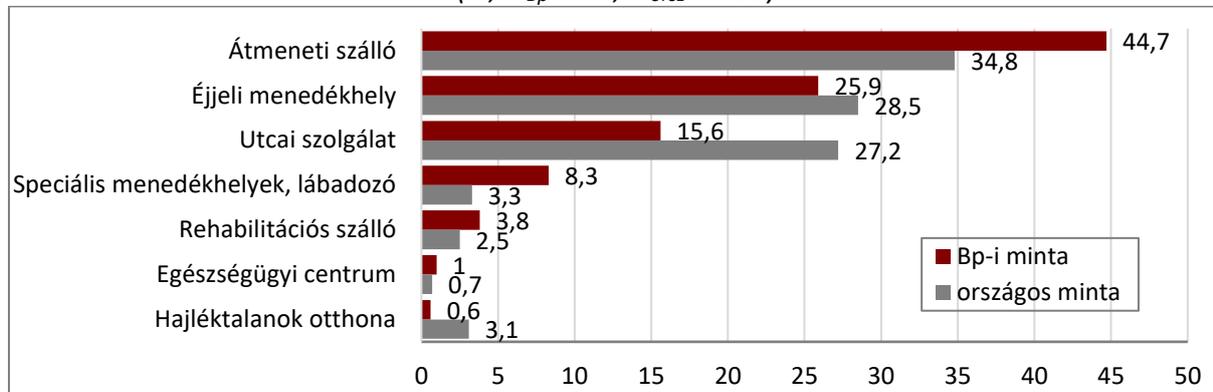
A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos kérdések felvétele a megkérdezetteknek külön zárható borítékban átadott önkitöltős kérdőívek alkalmazásával történt. A drogepidemiológiai adatfelvételi folyamatát a hajléktalan ellátásban dolgozó szociális munkások, illetve a nagyobb szálláshelyeken a helyszínrre delegált drogszakmai civil szervezetek munkatársai segítették.

1.táblázat: A hajléktalan populációban 2017-ben készült drogepidemiológiai kutatás főbb módszertani jellemzőinek összefoglalása

Az adatfelvétel ideje	Szállókon: 2017. február 3; Utcán: 2017. február 3-10
Területi lefedettség	országos
Célpopuláció	Magyarországi hajléktalan populáció
Mintakeret	F3 vizsgálattal elért hajléktalan emberek (8014 fő)
Mintaválasztás módja	Elérési helyenként rétegzett 1/6-os véletlen minta
Mintanagyság	Országosan bruttó:1335 fő Nettó:1302 fő; F3 kutatással egyesített, minta:1042 fő, ebből a budapesti minta: 499 fő
Elméleti hibahatár	Országos minta: $\pm 2,5\%$ (egyesített minta: $\pm 2,8\%$); Bp-i minta: $\pm 4,4\%$
Adatgyűjtési eljárás	kérdőíves adatfelvétel, önkitöltős technika
Adatfelvétel eszköze	EMCDDA minimumkérdések (EMCDDA, 2002, 2015), OLAAP 2015 (Paksi és mtsai, 2017) standard
Súlyozás	Az egyesített adatbázis esetében kor és nem szerinti mátrix-súlyozás

A fővárosi minta közel felét (44,7%) átmeneti szállókon, egynegyedét (25,9%) éjjeli menedékhelyeken kérdezték. Az adatfelvétel idején egyéb intézménytípusban a minta közel 15 százaléka (13,8%) tartózkodott, 15,6%-ukat pedig az utcai szolgálat érte el (1. ábra)

1. ábra: A hajléktalan populációban 2017-ben készült drogepidemiológiai kutatás mintájának intézménytípus szerinti eloszlása a fővárosban és országosan
(%, $N_{Bp}=494$; $N_{orsz}=1285$)



SZERHASZNÁLATI ÉS BESZERZÉSI SZOKÁSOK BUDAPESTI AKTÍV SZERHASZNÁLÓK KÖRÉBEN – AZ EURÓPAI ONLINE FELMÉRÉS A DROGHASZNÁLATRÓL 2021 EREDMÉNYEI TÜKRÉBEN⁹⁷

(Készítette: Péterfi Anna)

Bevezetés

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (továbbiakban EMCDDA) az utóbbi évtizedben számos új innovatív eszközt dolgozott ki és vezetett be az európai kábítószer-probléma pontosabb és több oldalról történő megragadása érdekében. Ezek a mérőeszközök, a nagy rutin adatgyűjtésektől eltérően, dinamikusabban képesek az új jelenségek, változó piaci helyzet és fogyasztási szokások megragadására. A lakosság szerhasználatának változását követik nyomon lokálisan a **szennyvízvizsgálatok** (wastewater analysis)⁹⁸, melyek különböző időpontokban mérik a szennyvízben a különböző kábítószeres és azok bomlástermékeinek mennyiségét Európa szerte több mint 70 városban. A nem halálos kimenetelű túladagolások monitorozására az Európa különböző pontjain működő **sürgősségi osztályok szentinel hálózatát**, az Euro-DEN hálózatot⁹⁹ alakította ki az EMCDDA, ahol a betegek toxikológiai eredményei alapján igyekeznek nyomon követni a magaskockázatú szerhasználati trendeket, továbbá azonosítani a fogyasztók számára kiemelt kockázatot jelentő szereket, jelenségeket. Az ESCAPE projekt¹⁰⁰ keretében az intravénás szerhasználók által használt szerekről gyűjtenek információt a **használt fecskendők maradvány-tartalmának elemzéséből**¹⁰¹. Az **anyagbevizsgálást** (drug checking)¹⁰² biztosító programok, az egyéni ártalomcsökkentő célzat mellett, értékes és friss információt nyújtanak a piacon aktuálisan elérhető termékek hatóanyagairól, hatóanyagtartalmáról, szennyeződésekről és a kábítószeres felütésre használt vegyületekről. Az EMCDDA közvetlen a szerhasználókat célzó **online felmérése** az EWSD (European Web Survey on Drugs – Európai Online Felmérés a Droghasználatról)¹⁰³ pedig viszonylag gyorsan, és kevés befektetéssel biztosít friss adatokat az új szerhasználati jelenségekről, és az aktív szerhasználók fogyasztási és beszerzési szokásairól.

⁹⁷ A vizsgálat és ez az elemzés nem jöhetett volna létre a válaszadók kérdőív kitöltésébe fektetett ideje és bizalma nélkül.

⁹⁸ https://www.emcdda.europa.eu/media-library/interactive-wastewater-analysis-and-drugs_en

⁹⁹ https://www.emcdda.europa.eu/topics/hospital-emergencies_en

¹⁰⁰ https://www.emcdda.europa.eu/topics/escape_en

¹⁰¹ Az ESCAPE projekt budapesti eredményeinek összefoglalása megtalálható a kötet 4. fejezetében.

¹⁰² https://www.emcdda.europa.eu/topics/drug-checking_en

¹⁰³ https://www.emcdda.europa.eu/topics/european-web-survey-on-drugs_en

Az európai drogmonitorozás új indikátorai



Forrás: EMCDDA Media Library

Az alábbiakban ez utóbbi adatgyűjtés, az EWSD magyarországi adataira támaszkodva mutatjuk be az válaszadók körében kirajzolódó szerhasználati és beszerzési mintázatokat a főváros vonatkozásában. Az EWSD 2021-es vizsgálati hulláma a harmadik volt, mely keretében EU tagállamok, és az EMCDDA-vel partnerségben dolgozó további országok közösen kialakított kérdőív és módszertan mentén végeztek online vizsgálatot aktívan (a kérdezést megelőző 12 hónapban) kábítószer használók körében. Két pilot vizsgálati hullámot követően a 2021-es vizsgálati hullám volt az első éles, időben is összehangolt vizsgálat, melybe Magyarország elsőként kapcsolódott be. Jelen elemzéshez a vizsgálat idején Magyarország területén tartózkodók, és azon belül a fővárosban élő összesen 1803 válaszadó adatait használtuk fel. A fővárosi mintába nagyobb arányban fiatal férfiak, jellemzően felsőfokú végzettséggel rendelkezők, vagy tanulmányaikat végzők kerültek, illetve olyan személyek, akik teljes munkaidőben dolgoznak és havi jövedelmük jellemzően 200 és 450 ezer forint között mozog (melléklet 1. táblázat). A vizsgálat módszerét a „Módszertan” alfejezetben részletezzük.

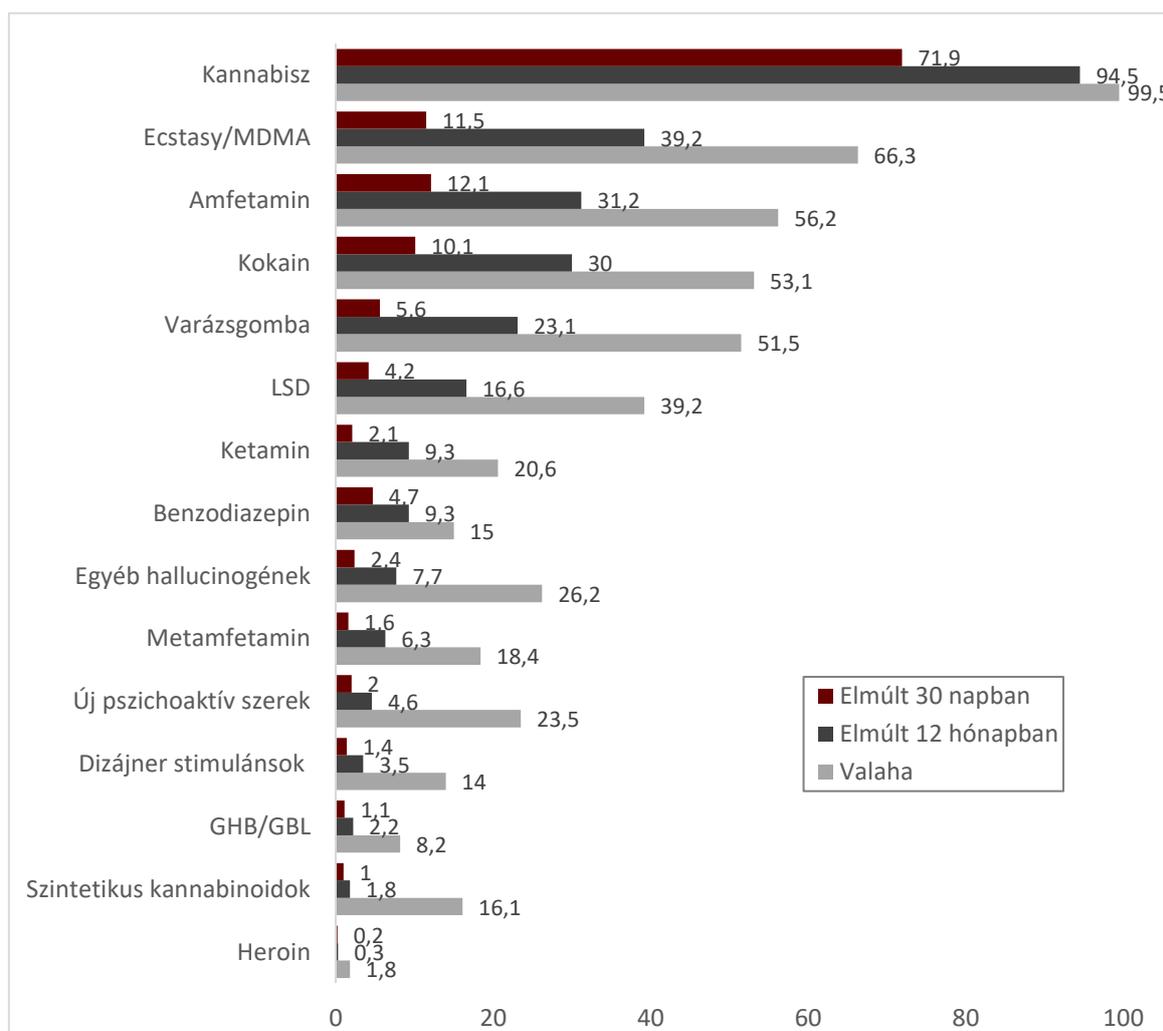
Szerhasználati mintázatok a fővárosi aktív szerhasználók körében

Tekintettel arra, hogy a vizsgálatba való bekerülés feltétele az elmúlt évi kábítószer-használat volt, a teljes minta fogyasztott már életében és a kérdezést megelőző 12 hónapban is valamilyen kábítószer. Viszonyításképpen, az elmúlt éves tiltott szerhasználat elterjedtsége a vizsgálat által is leginkább elért 18-34 közötti fiatal felnőtt lakosság körében Budapesten 5,5% volt a BLS (Budapest Longitudinális Vizsgálat) 2019-es eredményei alapján (Paksi & Pillók 2021).

Az egyes szerek preferencia sorrendje a valaha történt fogyasztás (életprevalencia) és elmúlt évi fogyasztás (éves prevalencia) alapján a vizsgálatban részt vevő fővárosi aktív drogfogyasztók között hasonlóan mintázódik és többnyire megfelel a fővárosi felnőtt, illetve fiatal felnőtt lakosság körében azonosított szerpreferencia sorrendhez (lásd: jelen kötet 1. fejezetét, továbbá Paksi & Pillók, 2021). A felnőtt lakossági felméréssel összehasonlítható szerkategóriák között eltérést a dizájner stimulánsok és a szintetikus kannabinoidok (utcai nevükön „bio”, „herbál”, „varázsdohány”) esetében láthatunk, melyek fogyasztásának elterjedtsége az általános populációs kutatási eredményekhez képest (Paksi és Pillók, 2021, és jelen kötet 1. fejezetét) lényegesen hátrébb kerül az EWSD kutatás során elért fővárosi fogyasztók körében.

A EWSD kutatás során elért fővárosi aktív szerhasználók között 10-ből 9 fő használt a kérdezést megelőző évben kannabiszt, 4 fő ecstasyt/MDMA-t, 3 fő amfetamint és 3 fő kokaint/cracket. Kiemelendő továbbá a felnőtt lakossági felmérésekben külön nem vizsgált ketamin és metamfetamin elterjedtsége a válaszadók körében (elmúlt évi használat sorrendben: 9,3% és 6,3%)¹⁰⁴.

1.ábra: Valaha történt (LTP), elmúlt évi (LYP) és elmúlt havi (LMP) használat szerenként az EWSD kutatás során elért fővárosi aktív szerhasználók körében (a válaszadók %-ában, az éves prevalencia a szerint sorba rendezve)



Folyamatos használat

EWSD kutatás során elért fővárosi aktív szerhasználók körében mért szerenkénti élet-, éves és havi prevalenciákat a fentiekben röviden bemutattuk. A szerhasználati prevalenciákat szemléltető diagram alapján is látható, hogy vannak szerek, melyek esetében nagyobb az eltérés az életprevalencia és a rövid távú prevalenciák között. Az alábbi ábrán ezt a jelenséget, a szerenkénti ún. folyamatos használatot próbáljuk megragadni, vagyis azt, hogy az egyes

¹⁰⁴ A ketamin Európa egyes országaiban problémát jelentő, alapvetően az állatgyógyászatban használt szer, míg a metamfetamin Európában még csak fókuszáltan egy-egy térségben jelenik meg, de egy olyan szer, melynek fogyasztása jelentős következményekkel jár (EMCDDA 2022).

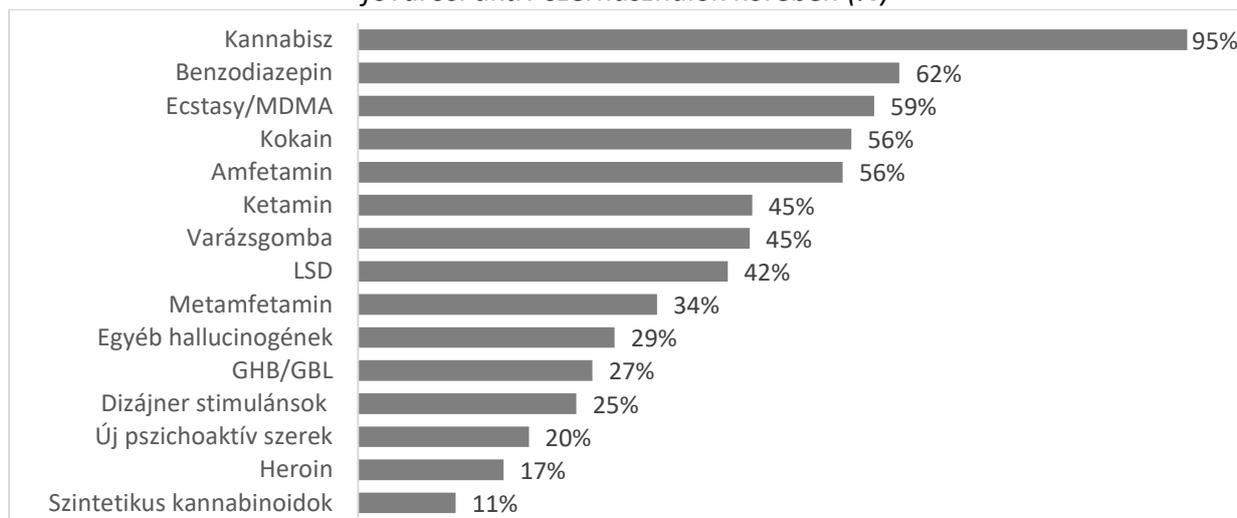
szereket kipróbálók között mekkora azok aránya, akik az adott szert az elmúlt évben is használták (az éves prevalencia életprevalenciához viszonyított aránya).

Láthatjuk, az EWSD kutatás során elért fővárosi kannabiszhasználók körében a legjellemzőbb a folyamatos használat, azaz, hogy a szert valaha kipróbálók jelenleg is fogyasztanak a kannabiszt. Őket az altató, nyugtató hatású benzodiazepin tartalmú gyógyszerek nem orvosi rendelvényre történő fogyasztása, az ecstasy/MDMA, a kokain és az amfetamin fogyasztása követi, vagyis aki valaha kipróbálta ezeket a szereket, viszonylag nagy arányban (minden szer esetében legalább a valaha kipróbálók fele esetében) az elmúlt évben is fogyasztotta azokat.

A diagram másik végén azokat a szereket látjuk, melyek kipróbálása kisebb arányban jár közelmúltbeli (elmúlt éves) fogyasztással is. A kipróbálók és az elmúlt évben fogyasztók száma közti eltérés arányaiban a legnagyobb a szintetikus kannabinoidok esetében. A lefoglalási adatok (Nemzeti Drog Fókuszpont 2021) alapján azt látjuk, hogy ezek a szerek 2009-től kezdtek el terjedni a hazai kábítószerpiacon, és 2014-2015-ben érték el a csúcst az elterjedtségben. Ezt követően visszaesett ezen anyagok piaci részesedése. A vizsgálat eredménye ezt tulajdonképpen megerősíti. E vegyületek esetében látható, hogy a múltban volt egy időszak, amikor sokan érintetté váltak a szintetikus kannabinoidok használatában (akár csak a kipróbálás erejéig), azonban 2020-2021-re ez az érintettség jelentősen visszaesett, vagyis nem maradt része életüknek ezen szerek fogyasztása. 10 kipróbálóból mindössze 1 fő fogyasztott a kérdezést megelőző évben is szintetikus kannabinoidokat, 9-en kiléptek. Ez a jelenség feltételezhető az „új pszichoaktív szerek” összesített kategória és az ugyancsak új szereket tartalmazó „dizájner stimulánsok” kategória értékei mögött is. Itt fontos megjegyeznünk, hogy amint korábban leírtuk a mintába került aktív szerhasználók körében jelentősen alacsonyabb az új pszichoaktív szerek használatának elterjedtsége, mint a lakossági felmérésekben, vagyis ezek az eredmények csak óvatossággal kezelendők.

Az új szerek mellett a heroin esetében láthatunk nagyobb eltérést a valaha fogyasztók, és az elmúlt évben is fogyasztók aránya között. Az elmúlt 13 év piaci folyamatainak ismeretében ez sem meglepetés. A lefoglalási, kezelési és túcsere adatok alapján megállapítható, hogy 2010-től jelentősen visszaesett a heroin hozzáférhetősége és fogyasztása Magyarországon (Nemzeti Drog Fókuszpont 2021). És bár ezen szerek fogyasztása rendkívül alacsony a lakosság körében (és a válaszadók körében is, ezért az adatokat csak óvatossággal kezelhetjük), mégis azt feltételezhetjük, hogy az elmúlt évi és a valaha történt fogyasztás közötti jelentős eltérés mögött a fent leírt okok állhatnak, vagyis hogy a 2010-es évekig a heroin fogyasztásban érintettek jelentős része – a heroin lecsökkent hozzáférhetősége és az új pszichoaktív szerek megjelenése és elterjedése következtében – kilépett a heroin fogyasztásból és más szerek fogyasztására állt át, így a vizsgálatot megelőző évben már csak nagyon alacsony mértékben volt jellemző az anyagot korábban fogyasztók körében a használat.

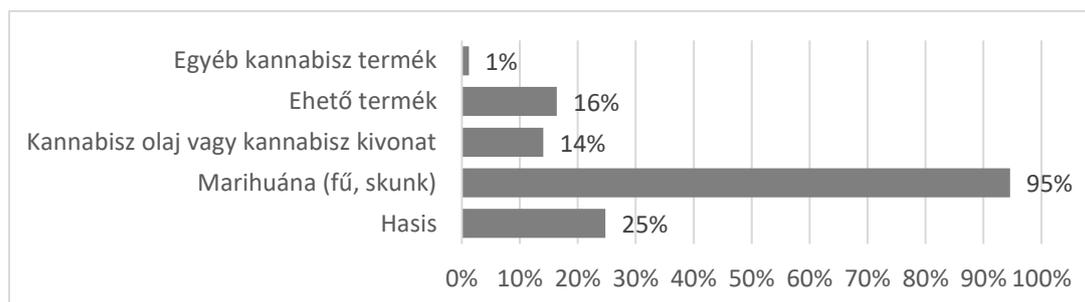
2.ábra: Folyamatos használók aránya (LYP/LTP) szerenként, az EWSD kutatás során elért fővárosi aktív szerhasználók körében (%)



Kannabiszhasználat jellemzői a fővárosi aktív szerhasználók körében

Az alábbiakban részletesebben megvizsgáljuk a kannabiszhasználat mintázódását, tekintettel arra, hogy ez a Magyarországon legelterjedtebb kábítószer. A EWSD kutatás során elért fővárosi aktív szerhasználók 99,5%-a használt életében kannabiszt, 95%-a az elmúlt 12 hónapban is és 72%-a az elmúlt 30 napban is. Ahogy minden hazai, kábítószer-fogyasztást és hozzáférhetőséget mérő indikátor, jelen vizsgálat is megerősíti, hogy ez a legelterjedtebb kábítószer hazánkban és a fővárosban is. Arról már viszonylag keveset tudunk, hogy az egyes kannabisz termékek elterjedtsége hogyan alakul. A vizsgálat kannabisz modulját megválaszolók 95%-a nyilatkozott úgy, hogy fogyasztott az elmúlt 1 évben marihuánát, 25% hasist, 16% valamilyen ehető kannabisz terméket, 14% kannabisz olajat vagy kannabisz kivonatot és 1% egyéb kannabisz terméket. A válaszadók átlagosan 1,5 féle kannabisz terméket fogyasztottak az elmúlt év során.

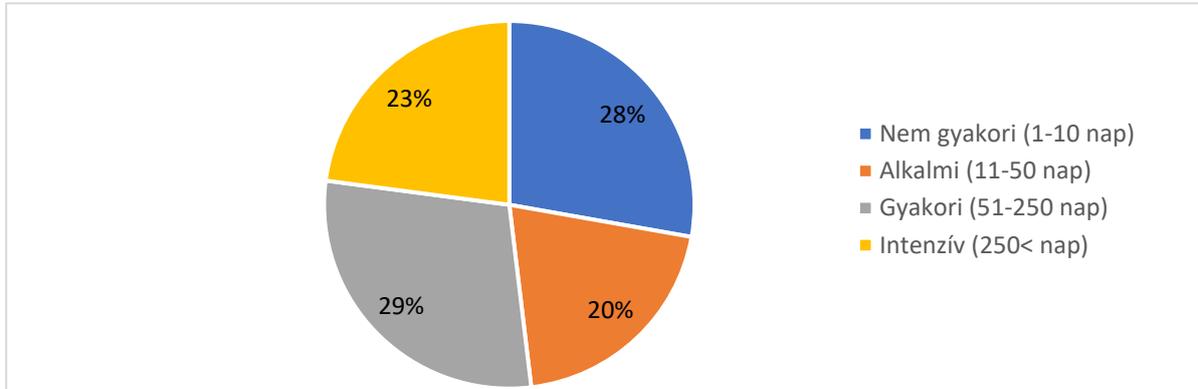
3.ábra: Az EWSD kutatás során elért fővárosi kannabiszhasználók által az elmúlt 12 hónapban használt termékek (a válaszadók %-ában; N=1658)



A vizsgálat kitért a pszichoaktív hatással nem rendelkező CBD/alacsony THC tartalmú termékek fogyasztására. Ilyet a fővárosi kannabiszhasználók 38%-a használt a kérdezést megelőző 1 évben.

A kannabiszhasználat gyakorisága¹⁰⁵ tekintetében a fővárosi válaszadók 28%-a nem gyakori használó (az elmúlt évben 1-10 napon használt) 20% alkalmi használó (11-50 napon használt) 29% gyakori használó (51-250 napon használt) és 23% intenzív használó (251+napon használt).

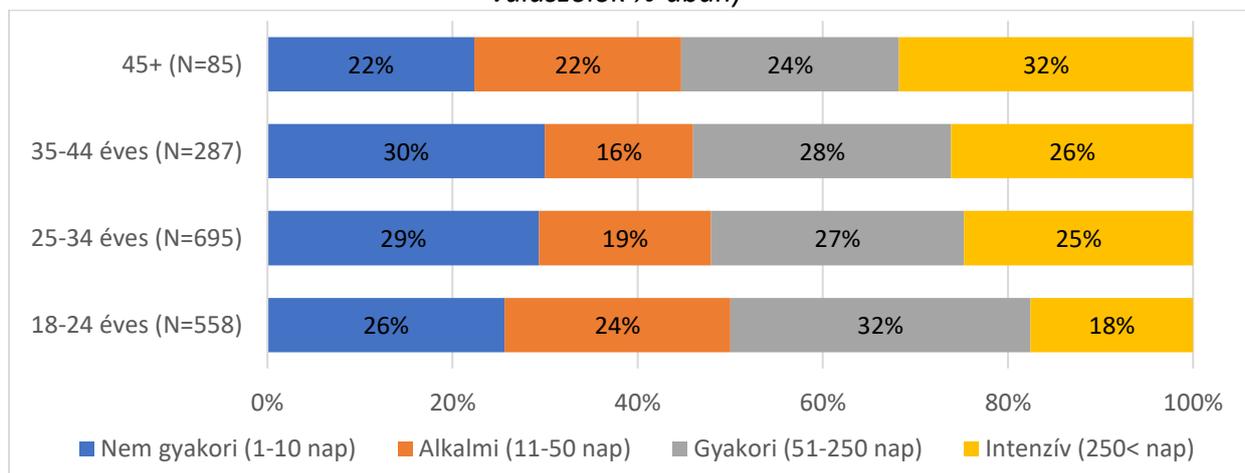
4.ábra: EWSD kutatás során elért fővárosi aktív kannabiszhasználók megoszlása a kannabiszfogyasztás gyakorisága szerint az elmúlt 12 hónapban (a válaszolók %-ában; N=1650)



A kannabiszhasználat gyakoriságának demográfiai mintázódása

Az EWSD kutatás során elért fővárosi kannabiszhasználók körében a szerhasználat gyakorisága és az életkor között szignifikáns összefüggés azonosítható ($p < 0,005$). A magasabb életkori csoportokba tartozók körében magasabb az intenzív használók aránya. A 45 felettek körében az elmúlt évben legalább 250 napon használók – vagyis egy héten átlagosan 4-5 napon fogyasztók – aránya 32% volt, a 35-44 év közötti válaszadók körében 26%, a 25-34 közöttiek körében 25% és a legfiatalabb, 18-24 év közötti korcsoportban 18%.

5.ábra: Az EWSD kutatás során elért fővárosi kannabiszhasználók kannabiszhasználat gyakorisága szerinti megoszlása, életkori csoportonként (az adott életkori csoportban válaszolók %-ában)

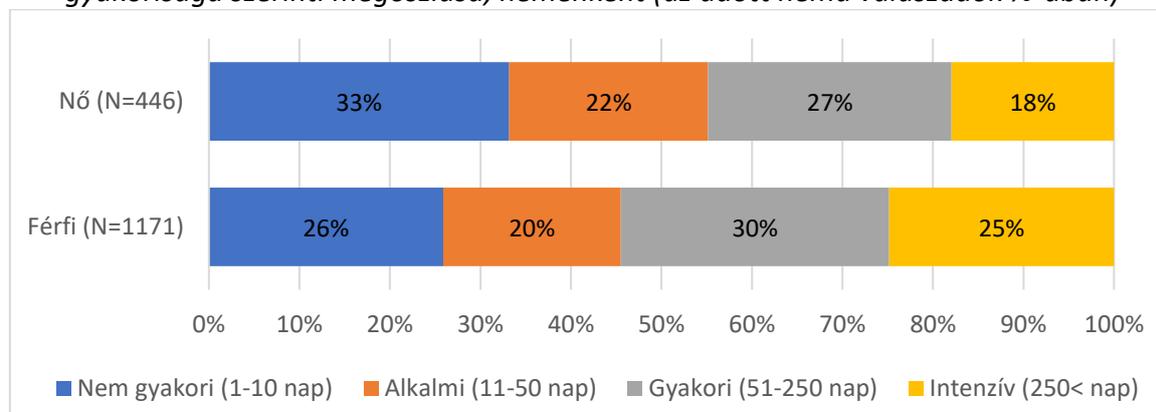


A szerhasználat gyakorisága és a kérdezettek biológiai neme között is szignifikáns az összefüggés ($p < 0,005$). A nők körében nagyobb arányban vannak az elmúlt év során alacsonyabb gyakorisággal fogyasztók (nem gyakori 33%; alkalmi 22%), mint a férfiak körében (nem gyakori 26%; alkalmi 20%), és a férfiak körében magasabb a nagyobb gyakorisággal

¹⁰⁵ Csak hasis használók esetében a hasis elmúlt 12 havi fogyasztása alapján, csak marihuána használók esetében a marihuána elmúlt 12 havi fogyasztása alapján, a hasist és marihuánát is fogyasztók esetében a hasis és marihuána használat összesített fogyasztása az elmúlt 12 hónapban.

fogyasztók aránya (gyakori 30%, intenzív 25%) a nőkhöz viszonyítva (gyakori 27%, intenzív 18%).

6. ábra: Az EWSD kutatás során elért fővárosi kannabiszhasználók kannabiszhasználat gyakorisága szerinti megoszlása, nemenként (az adott nemű válaszadók %-ában)



A kannabisz megoszlása

Az EWSD kutatás során elért fővárosi kannabiszhasználók közül az elmúlt évben hasis használók átlagosan 1,8 emberrel osztották meg a fogyasztásra kész anyagot (önmagukat nem kalkulálva) a legutóbbi fogyasztás alkalmával, míg a hasis fogyasztók átlagosan 2 emberrel. A másokkal való megosztás tekintetében szignifikáns az összefüggés ($p < 0,05$) az emberek száma (akikkel megosztotta az anyagot) és az életkori csoportok között a hasis megosztása esetében. A 18-24 közöttiek osztották meg átlagosan a legtöbb emberrel (2,5 fővel önmagukat nem kalkulálva) a használt szert a legutóbbi fogyasztási alkalommal. A 25-34 közöttiek átlagosan 2,0 fővel, a 35-45 közöttiek átlagosan 1,1 fővel, és a 45 fölöttiek átlagosan 1,6 fővel.

A marihuána megosztása esetében is szignifikáns az összefüggés az emberek száma és az életkori csoportok között ($p < 0,005$). Körükben is a 18-24 közöttiek osztották meg átlagosan a legtöbb emberrel, 2,1 fővel az anyagot a legutóbbi fogyasztás alkalmával, míg a 25-34 közöttiek átlagosan 1,8 fővel, a 35-45 közöttiek átlagosan 1,2 fővel, és a 45 fölöttiek átlagosan 1,5 fővel.

Beszerezési mintázatok a fővárosi aktív szerhasználók körében ¹⁰⁶

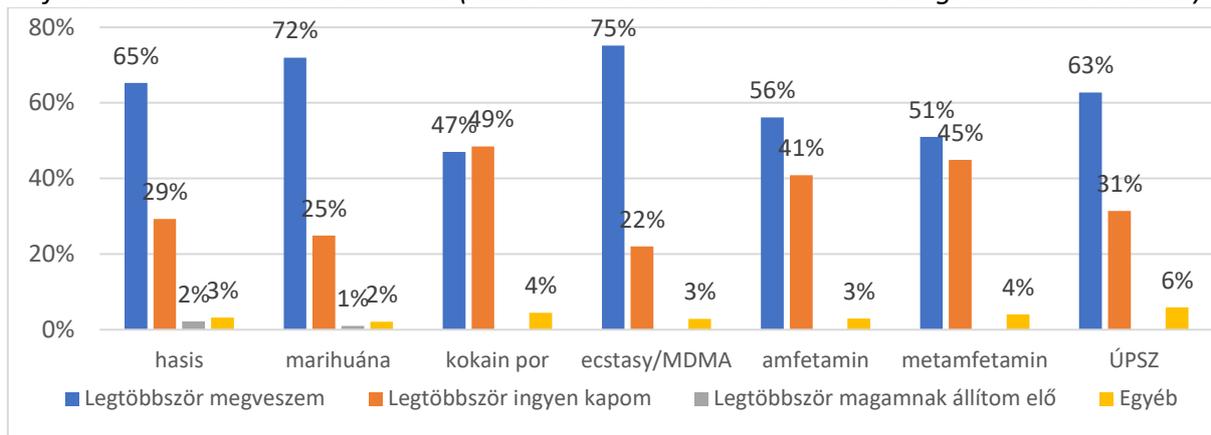
A szerhez való hozzájutás legjellemzőbb módja az EWSD kutatás során elért aktív szerhasználók körében – a kokain kivételével – minden az adott szert aktívan (az elmúlt évben is) használó csoport esetében a vásárlás volt a válaszadók körében. A kokain esetében a válaszadók hasonló mértékben jutottak vásárlás útján (47%), és ingyenesen a szerhez (49%). Emellett az amfetemin és a metamfetamin esetében volt kiegyenlítettebb az anyagot jellemzően vásárlók (sorrendben 56% és 51%), és ingyen kapók aránya (sorrendben 41% és 45%). A hasist fogyasztók 2%-a esetében és a marihuánafogyasztók 1%-a esetében a saját termesztés/előállítás volt a szerhez való hozzájutás módja.

¹⁰⁶ Az alábbiakban három kérdés segítségével járjuk körbe a fővárosi szerhasználók beszerzési szokásait:

- 1) Hogy jutsz hozzá általában a (drog neve)-hoz?
- 2) Az elmúlt 12 hónapban általában hogyan vettél (drog neve)-t?
- 3) Az elmúlt 12 hónapban általában hogyan kaptad meg a (drog neve)-t?

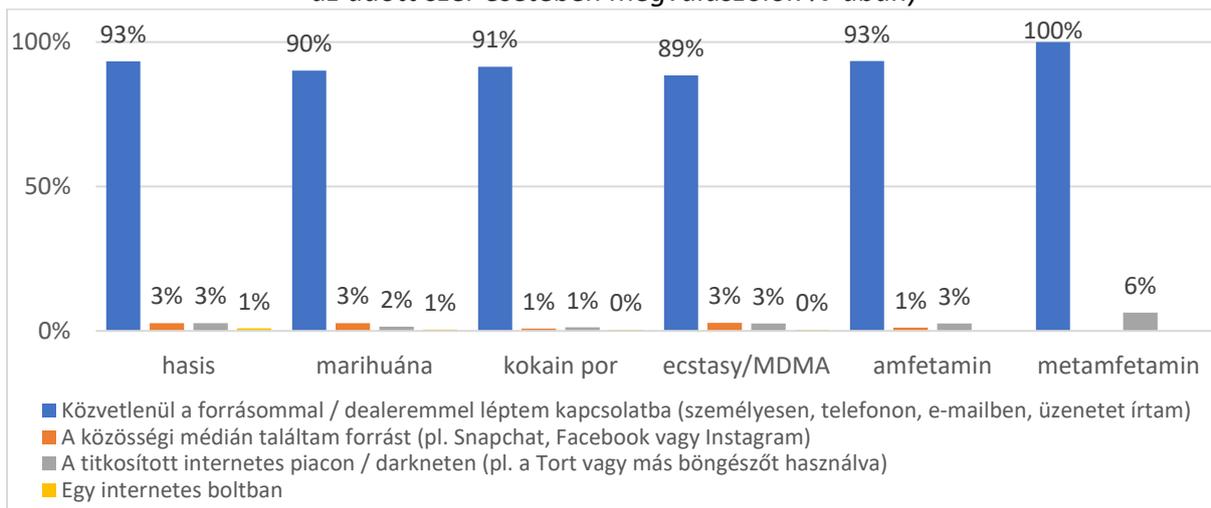
A kérdéseket minden szer esetében külön tette fel a kérdőív az adott szert az elmúlt 12 hónapban fogyasztók számára. A 2. és 3. kérdést kizárólag azok számára tette fel a kérdőív, akik beszámoltak az adott szer vásárlásáról az elmúlt 12 hónapban.

7.ábra: Hozzájutás a kábítószerhez az EWSD kutatás során elért különböző szereket használó fővárosi szerhasználók körében (a kérdést az adott szer esetében megválaszolók %-ában)



Az elmúlt 12 hónapban az adott szert vásárlók körében beszerzési forrás tekintetében a közvetlen, már ismert forrás megkeresése volt a legtöbbször által jelölt módja a vásárlásnak. Szerenként 10-ből 9-10 ember jelölte ezt a beszerzési forrást (ebben a kérdésben több válaszlehetőség volt jelölhető). A közösségi oldalakon keresztül kábítószerrel kereskedőktől a marihuánát, a hasist valamint az ecstasy/MDMA-t vásárlók 3-3%-a vásárolt drogot az elmúlt évben. A kokaint és amfetamint vásárlók 1%-a számolt be ilyen típusú beszerzésről. Titkosított internetes piacon (darkneten) keresztül a metamfetamint az elmúlt évben vásárlók 6%-a vásárolt, a hasist, ecstasy-t/MDMA-t valamint amfetamint vásárlók 3-3%-a vásárolt, a marihuánát vásárlók 2%-a, és a kokaint vásárlók 1%-a. Speciális böngészőt nem igénylő internetes boltban történő vásárlásról kizárólag a marihuána és hasis vásárlók számoltak be, 1-1%-ban az elmúlt év során.

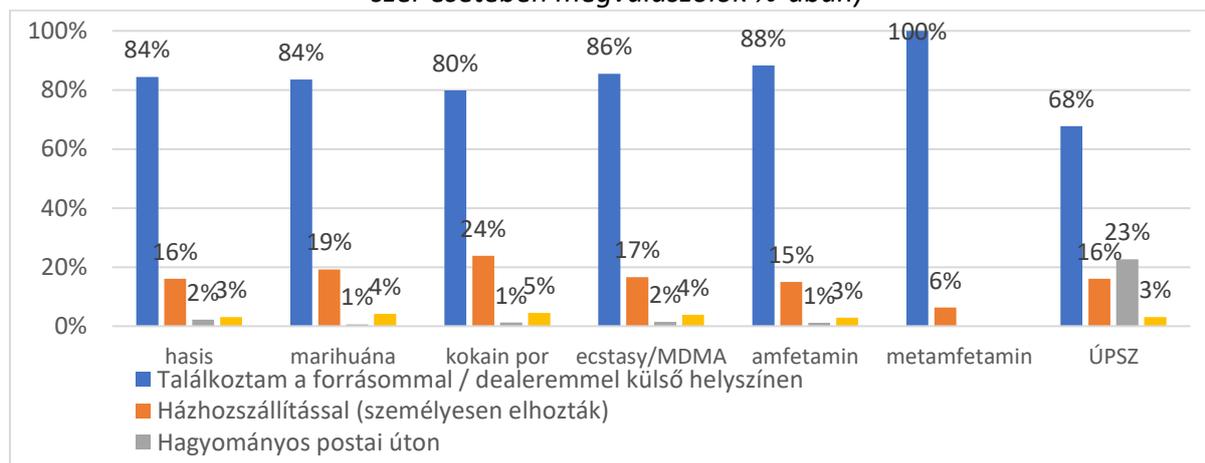
8.ábra: Beszerzési forrás előfordulása az EWSD kutatás során elért aktív szerhasználók körében, az adott szert az elmúlt 12 hónapban legalább egyszer vásárlók esetében (a kérdést az adott szer esetében megválaszolók %-ában)



A kábítószer kézhezvételének módja az EWSD kutatás során elért fővárosi aktív droghasználók körében legnagyobb arányban a külső helyszínen történő találkozás volt a beszerzési forrással (dealerrel). Az egyes szerek esetében a válaszadók 68-100% vette így át a kábítószerét az elmúlt 12 hónapban. Ezt követte a házhozszállítással történő átvétel, vagyis mikor a forrás/dealer személyesen elhozza az anyagot. Ilyen átvételről a válaszadók 15-24%-a számolt be, legnagyobb arányban a kokainhasználók körében volt rá alkalom, hogy a vásárló lakására

szállították ki az anyagot az elmúlt 12 hónap során. Személyes találkozás nélkül, egy megbeszélten történő átvételről az egyes szerek esetében a válaszadók 0% és 5%-a számolt be. Hagyományos postai úton pedig mindössze szerenként a válaszadók 0-2%-a vette át a drogot az elmúlt 12 hónapban, kivéve az új pszichoaktív szerek használóit, akik esetében ez az átvételi mód a válaszadók 23%-ánál előfordult a vizsgálatot megelőző év során.

9.ábra: A kábítószer átvételének jellemző módja az elmúlt 12 hónapban az EWSD kutatás során elért különböző szereket használó fővárosi szerhasználók körében (a kérdést az adott szer esetében megválaszolók %-ában)



Konklúziók

Az EWSD kutatás során elért különböző szereket használó szerhasználók vizsgálatára irányuló online vizsgálat fővárosi válaszadói nagyobb arányban fiatal férfiak voltak, jellemzően felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, vagy épp folyamatban vannak tanulmányaik, teljes munkaidőben dolgoznak és havi jövedelmük jellemzően 200 és 450 ezer forint között mozog.

Az EWSD kutatás során elért fővárosi aktív szerhasználók sajátossága a mért fogyasztási prevalenciák tekintetében – vagyis, hogy a különböző időtávokban (valaha /elmúlt évben / elmúlt hónapban) milyen elterjedt volt körükben az egyes szerek használata – a válaszadók alacsony érintettsége az új pszichoaktív szerek, azon belül is a szintetikus kannabinoidok használatában – összevetve ezen szerek jelentőségét (a szerek rangsorában) a lakossági felmérésekhez képest. Itt is fontos hangsúlyoznunk, hogy a vizsgálat nem reprezentálja a budapesti kábítószer-használókat. Az új típusú szerek esetében azt láttuk – az életprevalencia és az éves prevalencia összehasonlításából – hogy egy korábbi időszakban (véltetően elsősorban 2014-2015-ben, mikor ezen szerek piaci elterjedése meghaladta a klasszikus kábítószerét a lefoglalási adatok alapján – Nemzeti Drog Fókuszpont 2021) ugyan sokan kipróbálták, vagy fogyasztották ezeket a szereket, de ahhoz képest 2021-re már rendkívül alacsony arányban fogyasztották azokat. Kiemelendő még a ketamin és a metamfetamin fogyasztásában való érintettség, mely szerek fogyasztásának elterjedtségéről viszonylag keveset tudunk a lakosság körében, de válaszadóink körében minden 11. fogyasztott ketamint az elmúlt egy évben, és minden 15. fogyasztott metamfetamint. Ezen szerek monitorozása így indokolt lehet a jövőben a lakossági felmérésekben is.

Az EWSD kutatás során elért fővárosi kannabiszfogyasztók mélyrehatóbb vizsgálata rávilágított, hogy a legelterjedtebb marihuána mellett a hasis, és az egyéb kannabisz termékek fogyasztása is számottevő az elért aktív kannabiszhasználók körében, továbbá jelentős

mértékű CBD/alacsony-THC tartalmú termékek fogyasztását is mért a vizsgálat, mely megmutatta, hogy bár e szerek pszichoaktív hatással nem rendelkeznek, mégis egyéb hatásuk miatt vonzóak a kannabiszhasználók számára, így a jövőben érdemes lehet megvizsgálni ezen szerek kannabiszhasználat mellett betöltött szerepét.

A fogyasztásra kész formátumú anyag másokkal megosztott fogyasztásával és a beszerzéssel kapcsolatosan bemutatott eredmények kontextust adhatnak a büntető igazságszolgáltatás adatainak és joggyakorlatának értelmezéséhez.

Összességében elmondható, hogy az online, közvetlenül a fogyasztók megkeresésével történő kérdőíves vizsgálati módszer gyorsan és költséghatékonyan képes az aktív szerhasználók fogyasztási és beszerzési szokásairól, az esetleges új jelenségekről információt adni. Ugyanakkor a vizsgálat eredményei nem alkalmasak az egyes szerhasználati vagy beszerzési formák elterjedtségének meghatározására, tekintettel arra, hogy nem reprezentatív mintavétellel készült a felmérés.

Felhasznált irodalom

EMCDDA (2022): European Drug Report 2022: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDD (2021): European Web Survey on Drugs 2021: methodology. 2021.

https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-methodology_en

Nemzeti Drog Fókuszpont (2021): 2021-es éves jelentés az EMCDDA számára –

Magyarország. 2021. https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes2021_HU_2021_final.pdf

Paksi, B. (2020): OLAAP 2019 – GPS adatok elemzése. 2020. Kézirat

Paksi B. & Pillók P. (2021). Drogfogyasztás In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I.* Budapest: ELTE PPK - L'Harmattan. 62-105

Módszertan

A kutatás hét kábítószerrel kapcsolatban vizsgálta részletesen az egyes szereket használók fogyasztási és beszerzési szokásait, ezek a következők voltak: kannabisz, kokain, ecstasy/MDMA, amfetamin, metamfetamin, heroin és új pszichoaktív szerek.

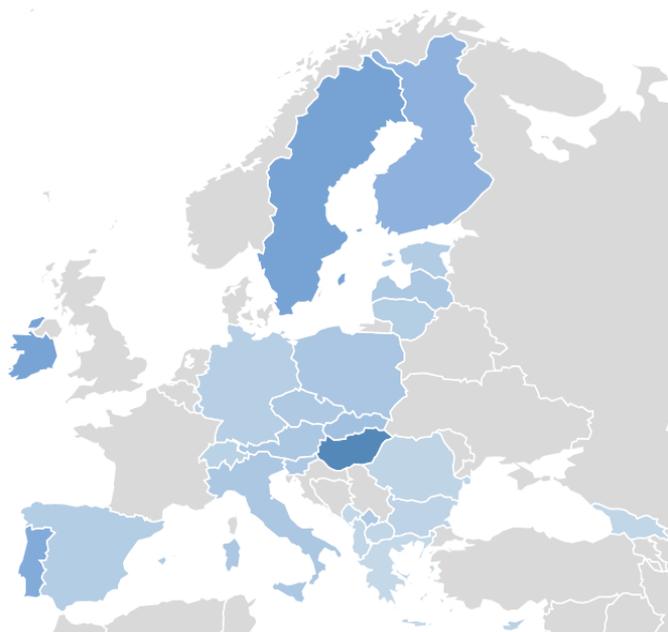
A vizsgálat kényelmi mintavétellel készült elsősorban a közösségi oldalakon és az uniós sajtóközlemények mentén született újságcikkek segítségével történő rekrutációval. Az adatfelvétel egy moduláris online önkitöltős kérdőív segítségével történt, mely biztosította a válaszadók anonimitását és visszakövethetlenségét, és melynek kitöltését a tájékoztató beleegyező nyilatkozat elfogadását követően kezdhették meg. A kérdőív minden résztvevő ország esetében egyező volt (a nemzeti modul kivételével), a Magyarországon élők magyar és angol nyelven tölthették ki azt. Az adatfelvételre 2021 március-áprilisában került sor.

Magyarországon¹⁰⁷ összesen 12.590 fő vállalta a részvételt a vizsgálatban, közülük 6.840-en feleltek meg a bekerülési feltételeknek, vagyis betöltötték a 18. életévüket és használtak

¹⁰⁷ Magyarországon élők alkotják a mintát és nem magyar állampolgárok vagy magyar nemzetiségűek.

legalább egy kábítószer a vizsgált hét szer közül a felmérést megelőző 12 hónapban, az itt bemutatott adatok rájuk vonatkoznak, ők képezik a magyar mintát.

10.ábra: A kérdőív kitöltését megkezdők száma a résztvevő országokban



Ország	A kérdőív kitöltését megkezdők száma	Ország	A kérdőív kitöltését megkezdők száma
Albánia	736	Litvánia	1.928
Ausztria	2.848	Luxembourg	1.423
Bulgária	997	Magyarország	12.590
Ciprus	1.291	Montenegró	602
Csehország	2.544	Németország	1.676
Észak Macedónia	674	Olaszország	2.844
Észtország	2.163	Portugália	6.888
Finnország	5.843	Románia	913
Görögország	438	Spanyolország	2.083
Grúzia	661	Svájc	1.344
Írország	8.104	Svédország	8.223
Koszovó	2.612	Szerbia	792
Lengyelország	2.980	Szlovákia	3.805
Lettország	2.753	Szlovénia	2.738
Libanon	573	Ukrajna	1.248

Forrás: EMCDD: European Web Survey on Drugs 2021: methodology

Jelen elemzéshez azokat tekintettük budapesti lakosnak, akik a „Melyik megyében élsz?” nyitott kérdésre Budapestet, vagy azon belül, egyértelműen Budapesthez köthető földrajzi nevet adtak meg (összesen 917 fő), kiegészítve azokkal, akik megyeként Pest megyét adták meg, és emellett a „Milyen településen élsz?” kérdésre az „50 ezer lakos feletti város” válaszkategóriát jelölték (összesen 886 fő), tekintettel arra, hogy kizárólag Érd rendelkezik Pest megyében 50 ezer fő feletti lakosszámmal, és vélhetően a fővárosban élők egy része adta meg tévesen Pest megyét lakhelyeként, nem pedig érdi lakosok töltötték ki hasonló létszámban a kérdőívet, mint a fővárosiak. E két csoportot – vagyis (1) a megye

vonatkozásában Budapestet megadó és (2) a megye vonatkozásában Pest megyét megadó, és emellett 50 ezer fő feletti várost jelölő válaszadókat – összevetve elmondható, hogy némileg eltér a két csoport egymástól. Mind az életkori kategóriák, mind a nem, mind pedig az iskolai végzettség tekintetében szignifikáns ($p < 0,005$) az eltérés közöttük. A (2) csoportban nagyobb arányban vannak a nők, a 25 év alattiak, és a legmagasabb iskolai végzettség szempontjából a felsőfokú végzettségénél (főiskolai vagy egyetemi diplomával) alacsonyabb végzettséggel rendelkezők, a válaszadók (1) csoportjával összevetve. A leírt eltérések ellenére feltételezzük, hogy a (2) csoportba tartozó válaszadók jelentős része is budapesti lakos, így az elemzés folyamán az (1) és (2) csoportot együttesen tekintjük a budapesti válaszadónak, budapesti lakosoknak.

A szerhasználati prevalenciák mellett vizsgált további szerhasználattal kapcsolatos kérdéseket csak azok a válaszadók töltötték ki, akik az adott szer fogyasztották a vizsgálatot megelőző 12 hónapban, és vállalkoztak az adott szer moduljának kitöltésére. A szerhasználati modulokba tartozó (fogyasztásra és beszerzésre vonatkozó) kérdések esetében a megoszlásokat az adott kérdésre választ adók körében vizsgáljuk.

Az adatok értelmezésekor fontos megjegyeznünk, hogy a kutatás által vizsgált időszakban (2021. március – áprilisát megelőző egy évre vonatkozik a kérdések zöme) számos európai ország lakosságához hasonlóan a Magyarországon élők is a COVID-19-hez kapcsolódó korlátozásokat tapasztaltak, mely kihathatott életmódjukra, és így beszerzési és szerhasználati szokásaikra.

Ez a felmérés nem reprezentálja a hazai ill. a fővárosi drogfogyasztókat, ugyanakkor betekintést nyújt nagyszámú, aktívan kábítószereket fogyasztó ember szerhasználati és beszerzési mintázataiba, kiegészítve a reprezentatív adatfelvételekkel szerzett tudásunkat a hazai és fővárosi szerhasználatról.

A vizsgálat által elért fővárosi populáció jellemzői

Az alábbiakban a vizsgálat által elért fővárosi válaszadókat szociodemográfiai jellemzőit mutatjuk be, illetve a körükben mérhető szerhasználati prevalenciákat. Az elért válaszadók (1803 fő) átlagéletkora 29,3 év volt. Legnagyobb arányban a 25-34 év közötti (43%), valamint a 18-25 közötti (34%) korcsoportba tartoztak a válaszadók. A 35 és 44 év közöttiek aránya 18%, a 45 éves vagy idősebbek aránya 6% volt. A válaszadók 28%-a nő volt, 71%-a férfi, és 1% az egyéb kategóriába sorolta magát, vagy nem kívánt nyilatkozni a biológiai neméről. A legmagasabb iskolai végzettségüket tekintve 7% legfeljebb 8 általánossal rendelkezett (beleértve azokat is, akik nem fejezték be a középiskolát), 22% fejezte be a középiskolát és nem kezdett meg felsőfokú tanulmányokat, 28% kezdte meg (de nem fejezte be) az egyetemi/főiskolai képzést, és 42% rendelkezett felsőfokú végzettséggel (egyetemi vagy főiskolai diplomával). A havi nettó jövedelem szempontjából a válaszadók 58%-a keresett 300.000 forint alatt, amiben közrejátszik, hogy a mintába kerültek nagyobb hányada fiatal felnőtt, és 16%-uk még nappali hallgató, tehát feltételezhetően nem, vagy csak keveset keres. Ha a válaszadók közül a teljes munkaidőben dolgozókat nézzük, 39%-uk keresett 300.000 Ft (vagyis az aktuális átlag nettó jövedelem, melynek értéke a vizsgálati időszakban 289.400 Ft volt¹⁰⁸) alatt és 61% felette.

¹⁰⁸ 2021. márciusi, kedvezmények nélkül számolt teljes munkaidőre kalkulált országos nettó átlagkereset. Forrás: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/ker/ker2103.html>

1. táblázat: A fővárosi minta szociodemográfiai jellemzői

Szociodemográfiai változók	Változóértékek	%
Biológiai nem (N=1801)	Nő	28%
	Férfi	71%
	Egyéb	0%
	Megtagadta a válaszadást	1%
Életkor (év) (N=1802)	18-24	34%
	25-34	43%
	35-44	18%
	45≤	6%
Legmagasabb iskolai végzettség (N=1802)	Befejezetlen középiskola, 8 általános vagy kevesebb	7%
	Befejezett középiskola (nem kezdett meg felsőfokú tanulmányokat)	22%
	Megkezdett felsőfokú (egyetemi/főiskolai) tanulmányok	28%
	Befejezett felsőfokú (egyetemi/főiskolai) tanulmányok	42%
Munkaügyi státusz (N=1801)	Teljes munkaidőben dolgozik	62%
	Részmunkaidőben dolgozik/munkát vállaló diák	16%
	Tanuló, hallgató nappali képzésben	16%
	Munkanélküli	2%
	Egyéb	3%
Havi nettó jövedelem (N=1792)	Kevesebb, mint 100.000 Ft	17%
	100.000 - 200.000 Ft	18%
	200.001 – 300.000 Ft	22%
	300.001 – 450.000 Ft	21%
	450.001 – 650.000 Ft	12%
	Több mint 650.000 Ft	9%

KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGŐ KEZELÉSI IGÉNY A FŐVÁROSBAN

(Készítette: Péterfi Anna)

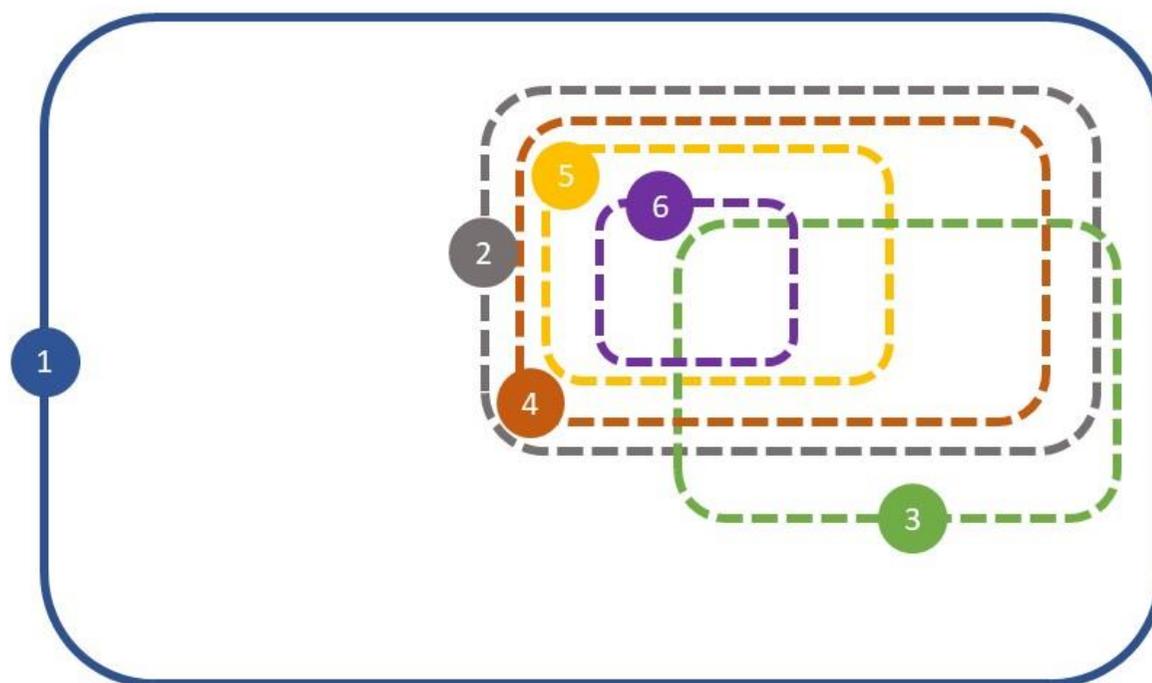
Bevezetés – fogalmi és értelmezési keretek

A TDI indikátor célja, a kifejezetten szerhasználati problémájuk miatt, vagyis a szerhasználatukat mérséklő vagy absztinenciára törekvő ellátásokat, kezeléseket igénylő populáció alakulásának és összetételének meghatározása.¹⁰⁹ Az indikátor megalkotásakor az a döntés született, hogy a kezelési folyamatot megkezdők monitorozására fókuszál, mely némileg eltér az adott időszakban kezelésben lévő populációtól. Fontos azt is megjegyezni, hogy természetesen az a kezelési igény, amely utat talál az ellátórendszerhez (vagyis, ahol valóban megtörténik egy kezelési folyamat megkezdése; lásd az 1. ábrán a 6-os halmazt) nem egyenlő azzal az igénnyel, ami megfogalmazódik a szerhasználati problémában érintettekben (4-es halmaz). Ez utóbbi kezelési igény abban az esetben vezet az ellátórendszerrel való kapcsolatba lépéshez és kezelésbe lépéshez, amennyiben az egyén számára hozzáférhető az igényeire szabott ellátás, vagyis a kezelési programok hozzáférhetősége jelentősen befolyásolhatja, hogy ki juthat kezelésbe. A kezelési programok hozzáférhetőségének számos aspektusa van. Az egyik ilyen aspektus az ellátások földrajzi lefedettsége, mely szempontból a fővárosban élők előnyben vannak, hiszen a jó tömegközlekedéssel és a kezelést, ellátást nyújtó szolgáltatók számával jelentősen jobb helyzetben vannak, mint az ország többi részén élő emberek. A hozzáférést befolyásoló további tényező lehet az érintettek szocio-demográfiai jellemzői, így többek között a nemük, életkoruk, családi helyzetük (pl. gyerek vagy gondozandó hozzátartozó mellett élő) és a számukra elérhető szolgáltatók profilja, célcsoportja. Így tehát a kezelési adatok értelmezésekor fontos szem előtt tartanunk, hogy azokat látjuk az adatokban, akik már hozzáfértek az ellátáshoz, a kielégítetlen ellátási igény, és annak mintázódása rejtve marad.

A TDI indikátor, az európai protokollnak megfelelően, az egy adott évben kezelésbe lépőkről biztosít adatokat. Az éves statisztikában minden kezelésbe lépő szerhasználó egyszer jelenik meg a duplikációnak egy anonim kóddal történő kiszűrése eredményeként. A hazai TDI adatgyűjtésben a szolgáltatók számára a részvétel jogszabályhoz kötött, de nem teljeskörű. Az adatoknak becsléseink szerint jó a lefedettsége a járó típusú ellátásba lépők esetében, míg a fekvő típusú ellátásoknál és bv. intézetben kezelték esetében mérsékelt. A hazai adatok sajátossága még a büntető igazságszolgáltatás felől érkező ún. elterelt esetek felülreprezentáltsága az adatokban, mely háttérben az elterelést – és ezen belül elsősorban a megelőző-felvilágosító szolgáltatást – nyújtók nagyobb motivációja áll a jelentés teljesítésére. Mindezek miatt az adatok nem alkalmasak a kezelési kapacitás vagy az igénybevétel volumenének meghatározására, hanem elsősorban a kezelési igény különböző jellemzőiben (pl. térbeli elhelyezkedés, szerhasználati összetétel) megfigyelhető mintázódások/tendenciák, illetve időbeni változások azonosítására használhatóak.

¹⁰⁹ A szerhasználat egyéb következményei miatt ellátást keresők (pl. HCV fertőzöttek vagy mérgezés miatt toxikológiai ellátásban részesülők) vizsgálata nem célja ezen indikátornak.

1. ábra: A szerhasználat és kezelés szempontjából érintett populációk egymáshoz való viszonya



1: Valaha kábítószer használók: beleértve az egyszeri kipróbálókat, a rekreációs céllal használókat, és a problémás szerhasználókat. **Indikátora: GPS**

2: Problémás szerhasználó: azok az ismétlődően kábítószer-használó egyének, akik esetében a droghasználat tényleges károkat (negatív következményeket) okoz a egyén számára (beleértve a függőséget, de más egészségügyi, pszichológiai vagy szociális problémákat is), vagy nagy kockázatnak teszi az egyént ilyen károsodások elszenvedésére (pl. függő használók, intravénás használók). **Indikátora: PDU**

3: Kockázatos használó: olyan valaha kábítószer használó, aki olyan szert vagy olyan módon használ, amivel nagy egészségügyi kockázatnak teszi ki önmagát, akár egyszeri szerhasználóként is (pl. új pszichoaktív szerek használói, intravénás szerhasználók, chemsex résztvevő szerhasználók). **Indikátora: DRID és DRD**

6: Kezelést kezdő szerhasználó: olyan problémás szerhasználó aki szerhasználati problémájával egészségügyi vagy szociális ellátást/kezelési folyamatot kezd. **Indikátora: TDI**

5: Kezelésben lévő szerhasználó: olyan problémás szerhasználó, aki szerhasználati problémájával egészségügyi vagy szociális ellátásban/kezelésben részesül

4: Kezelést igénylő szerhasználó: olyan problémás szerhasználó, aki szerhasználati és azok következményeinek mérséklése vagy megszüntetése érdekében egészségügyi vagy szociális ellátást venne igénybe

A továbbiakban tehát „kezeltekként” ill. „kezelésbe lépőként” hivatkozunk azokra, akik az adott évben kábítószer-használatuk miatt kezelésbe léptek, és akikről az őket ellátó szolgáltató jelentést küldött a TDI adatgyűjtésbe.

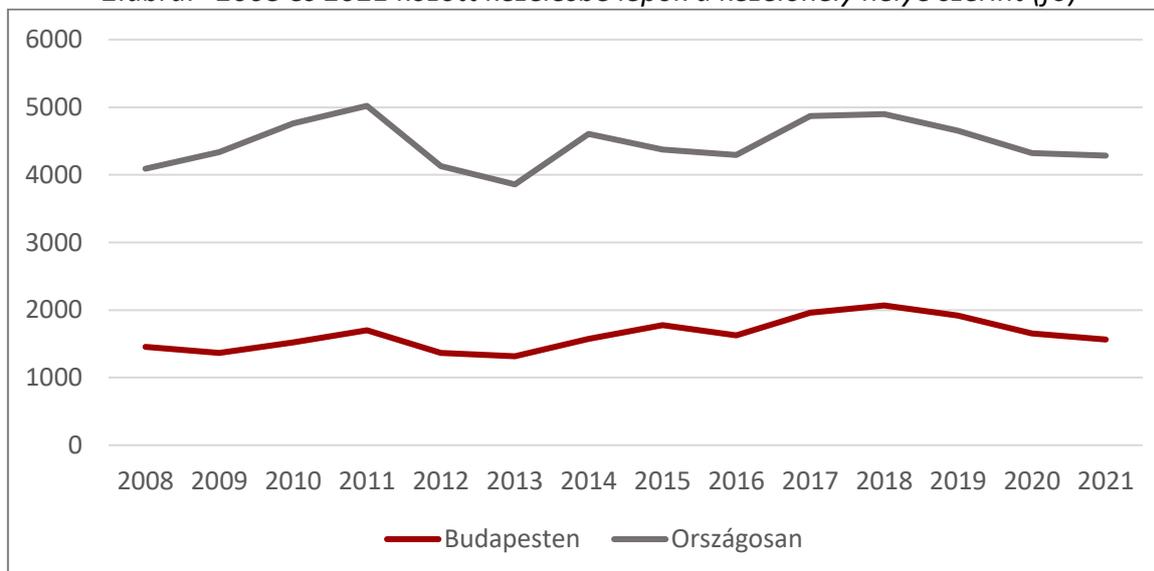
A fővárosban kezelésbe lépő populáció jellemzői

Az alábbiakban a 2008 és 2021 között kezelésbe lépőket vizsgáljuk. A budapesti adatokra a szolgáltató telephelye szerint van lehetőség szűrni, így az ellátás helye nem pedig az ellátott lakóhelye képezi a szelekció alapját. A nemzetközi kitekintés esetén az országos adatok összehasonlítására nyílik mód, melyet az Ausztriával kiegészített V4 országokra koncentrálunk.

Kezelésbe lépők létszámának alakulása Budapesten és országosan

Az TDI adatgyűjtésbe jelentett kezelésbe lépők száma 2008 és 2021 között évente országosan 3859 és 5021 között mozgott az elmúlt 14 évben, átlagosan évente 4465 fő kezelésbe lépéséről számoltak be a szolgáltatók. Összességében elmondható mind az országos, mind a budapesti kezelésbe lépők számáról, hogy az ingadozásuk mögött részben a jelentő egységek aktivitása, részben az elterelés révén kezelésbe jutók számának változása áll.

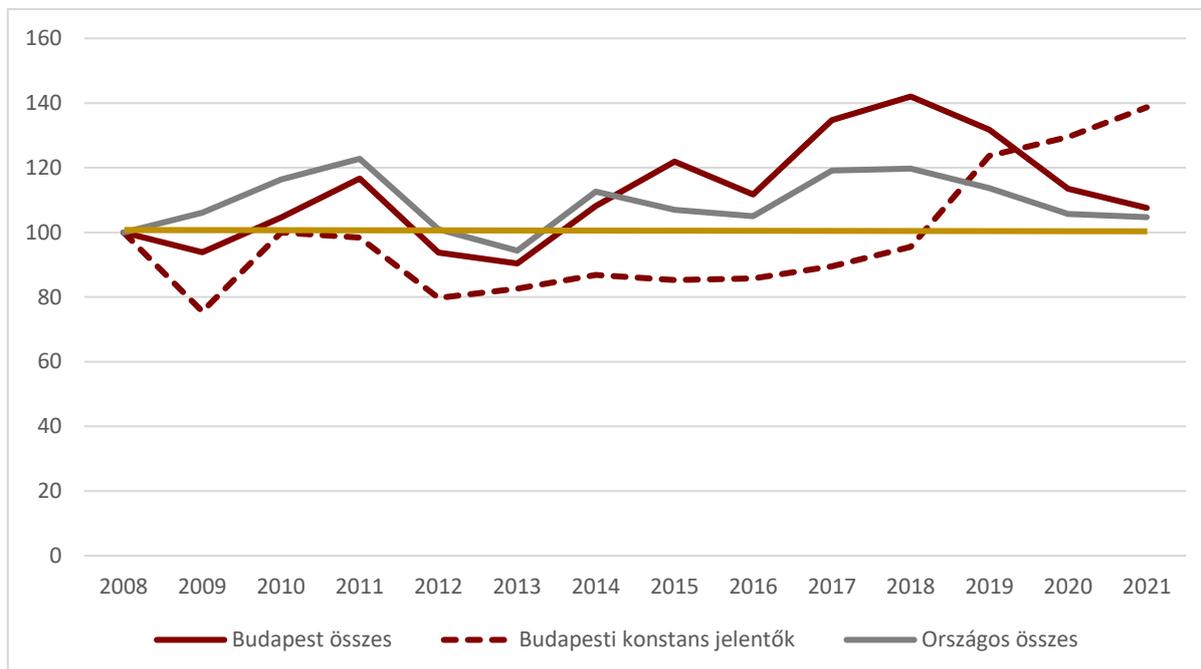
2.ábra: 2008 és 2021 között kezelésbe lépők a kezelőhely helye szerint (fő)



Annak érdekében, hogy megvizsgálhassuk a jelentési aktivitás adatokra gyakorolt hatása nélkül a tendenciákat, leválogattuk a vizsgált 14 évben stabilan jelentő kezelőegységeket¹¹⁰(továbbiakban “budapesti konstans jelentők”). A 3. ábrán látható, hogy az összesített országos és az összesített budapesti esetszám ingadozása nem mondható jelentősnek, és huzamosabb ideig egy irányba mutatnak, csak kismértékű elmozdulásokat láthatunk a vizsgált időszakban a 2008-as esetszámhoz képest (kivéve az összes budapesti eset 2018-as megugrását). A budapesti konstans jelentők esetében 2018-ig kismértékű elmozdulást, és az utolsó 4 évben növekvő tendenciát tapasztalhatunk az éves esetszámban, mely a fővárosi kezelési igény növekedésére utalhat a 2018-2021 közötti években.

¹¹⁰ A 14 év során összesen 41 budapesti telephelyű kezelőegység jelentett a TDI adatgyűjtésbe eseteket, közülük 14 egység jelentett legalább egy klienst mind a 14 évben. A stabil jelentők jelentették az esetek átlagosan 23%-át évente.

3.ábra: Indexált trendek az évente kezelésbe lépők számában (bázis: 2008. évi esetszám – sárgával jelölve)



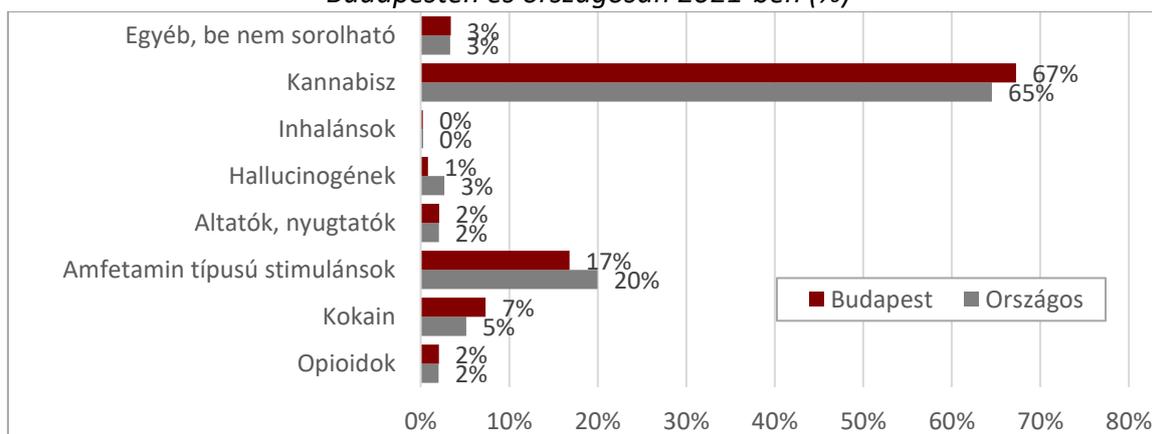
A fővárosban kezelésbe lépő populáció jellemzői az elsődleges szer szerint

Az aktuálisan kezelésebe lépők az elsődleges szer szerint a fővárosban és országosan

A kezelési folyamat megkezdése során a szociális és egészségügyi szolgáltatók felmérik a kliens állapotát, melyre alapozva készül majd a terápiás terv. A felmérés során meghatározzák, melyik az a szer elsődlegesen, amely a problémát jelenti a kliens számára. Az alábbiakban azt vizsgáljuk, hogyan időben hogyan alakult az egyes szerek szerepe a kezelést igénylő populációban, és milyen mintázódás figyelhető meg a különböző szerek esetében, illetve kik jelentkeznek az egyes szerekhez köthető problémával.

A TDI adatgyűjtésbe jelentő szolgáltatókhoz legnagyobb arányban a kannabiszhasználattal összefüggő probléma miatt fordulnak a kliensek. 2021-ben a Budapesten kezelésbe lépők 67%-a elsődlegesen kannabisz, 17%-a valamilyen amfetamin típusú stimuláns, 7%-a kokain, 3%-a egyéb szer, 2%-a opioidok, 2%-a altatók és nyugtatók és 1%-a hallucinogének miatt lépett kezelésbe. A budapesti adatok lényegében megfelelnek az országosan mért megoszlásnak, elhanyagolható különbséggel magasabb arányt mutatva a kannabisz és a kokain szerepében, illetve alacsonyabbat az amfetamin típusú stimulánsok és hallucinogének esetében az országos értékekhez képest (4. ábra).

4.ábra: Kezelésbe lépők elsődleges szer szerinti megoszlása
Budapesten és országosan 2021-ben (%)



A kezelésbe lépők az elsődleges szer szerinti összetételének alakulása a fővárosban 2008-2021 között

A fővárosban kezelést kezdők körében a vizsgált 14 év során végig kimagaslóan ehhez a kannabiszhasználathoz köthető a kezelési igény többsége (átlagosan évente 64%-a). A 14 év viszonylatában 2016 és 2018 között láthatunk egy emelkedést a kannabiszhoz köthető kezelési igény arányában, a többi időszakban viszonylag stabil marad szerepe a kezelésbe lépők körében. A kannabiszt követő második jelentősebb szercsoport az amfetamin típusú stimulánsok csoportja. Az ezen szerekhez köthető kezelési igény is viszonylag stabil maradt a vizsgált időszakban, az esetek átlagosan 16%-ával. Az európai szintű kezelési igény szempontjából rendkívül meghatározó opioidok csoportja Magyarországon is jelentősebb problémát jelentett 2009-ig, itthon elsősorban a heroin fogyasztásához kötődően. A lefoglalási adatok alapján 2009-től jelentősen visszaesett a heroin hozzáférhetősége az országban (Nemzeti Drog Fókuszpont 2021). Ez a visszaesés kevésbé határozottan, de érzékelhető a budapesti szolgáltatók adataiban is: míg 2009-ben a kezelési igény 20%-a kötődött ehhez a szercsoporthoz, addig jelentősége az ezt követő 5 évben látványosan visszaesett, és azóta 2% és 8% között ingadozik évente, összességében a vizsgált periódusban a kezelési igény átlagosan 8%-a volt köthető az opioidokhoz. Látványos az alábbi ábrán az egyéb (be nem sorolható) szerek csoportjának¹¹¹ 2014-2015-ös hirtelen megugrása, mely mögött az elmúlt 15 év legjelentősebb piaci átrendeződése, az új pszichoaktív szerek megjelenése és elterjedése áll (Péterfi et al., 2014; Nemzeti Drog Fókuszpont, 2021). Ezen szerek a 2009-2010-es években kezdnek megjelenni hazánkban a hatóságok, és a szakma látókörében, és elterjedésük csúcsa – mind a lefoglalási, mind a túcserre, mind a kezelési adatok alapján – 2014-2015-re tehető (Nemzeti Drog Fókuszpont 2021). Ezt követően vélhetően stabilizálódott használatuk – az elérhető kutatási eredmények alapján elsősorban a társadalom margóján élő csoportokban (szegregátumokban élők, hajléktalanok, állami gondozásban élő fiatalok) (Szécsi & Sík, 2016; Csák et al., 2017; Kaló et al., 2017; Paksi et al., 2021). Az új pszichoaktív szerek kezelési adatokban való megjelenése azonban jelentősen elmarad attól, amit az egyéb adatforrásaink alapján várhatnánk. A lefoglalási adatok alapján a 2014-2015-ös évben meghaladta az ÚPSZ lefoglalások esetszám az összes klasszikus szer lefoglalásának esetszámát (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2021). Továbbá az intravénás szerhasználókról elérhető adataink is e szerek

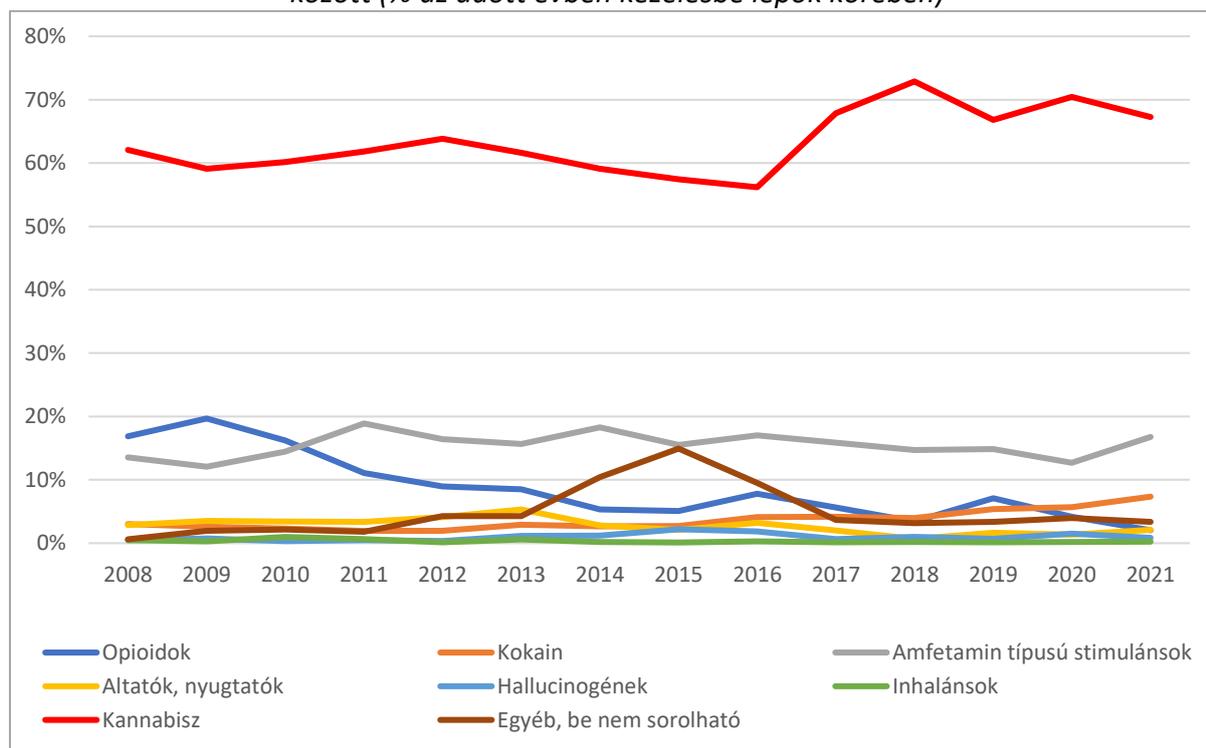
¹¹¹ A TDI adatgyűjtésben más, be nem kategorizálható szerek is kerülhetnek ebbe a kategóriába, de az idősoros adatok és a jelentésben érintett szolgáltatókkal folytatott konzultációk alapján az „egyéb” kategória elsősorban az új pszichoaktív szerek használóit tartalmazza.

abszolút dominanciáját mutatják 2014-től kezdődően ebben a populációban (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2021).

A kokainhoz köthető kezelési igény 2008 és 2015 között nem haladta meg a 3%-ot évente. 2015-től kezdődően egy lassú emelkedést láthatunk a szerhez köthető kezelési igény arányában (2021: 7%), mely így 2021-re a 3. legmeghatározóbb szercsoport lett a budapesti kezelési igény szempontjából.

Az altatókhoz és nyugatókhoz köthető kezelési igény 1% és 5% között, a hallucinogénekhez köthető kezelési igény 0% és 2% között, míg az inhalánsokhoz köthető kezelési igény 0% és 1% között ingadozott a fővárosi kezelőhelyeken a vizsgált periódusban.

5.ábra: A Budapesten kezelésbe lépők megoszlása elsődleges szer szerint 2008 és 2021 között (% az adott évben kezelésbe lépők körében)



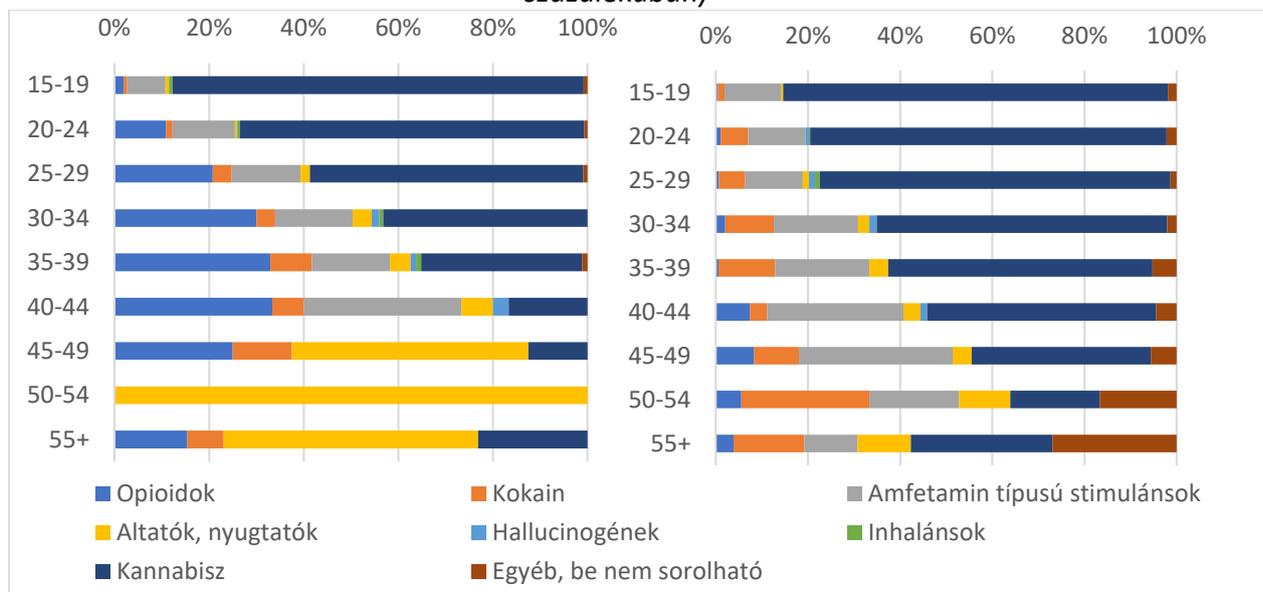
A kezelésbe lépők az elsődleges szer szerinti összetételének alakulása a fővárosban korcsoportonként 2008-ban és 2021-ben

Összevetve a 2008-ban kezelésbe lépők elsődleges szer szerinti összetételét a 2021-ben kezelésbe lépőkével életkori csoportonként a következő változások láthatóak:

- Mint fentebb láthattuk, az opioidok jelentősége 2009-től jelentősen lecsökkent. Vélhetően a 14 évvel ezelőtt is opioidokat használók azok, akik továbbra is az ellátórendszer látókörében vannak ezzel a problémával, mivel a 2021-ben a fiatalabb kezelésbe jelentkező csoportok már nem, vagy csak elhanyagolható mértékben érintettek ebben a problémában.
- A kannabisz jelentősége megnőtt a 20 év fölötti csoportokban a vizsgált 14 évben.
- Az altatók és nyugtatók szerepe jelentősen lecsökkent (vagy áttelődött más típusú ellátóegységekbe) a 14 év során az abban korábban jelentősen érintett 45 éves vagy idősebb csoportokban.

- Az amfetamin jelentősége viszonylag stabilnak mondható a 45 év alattiak kezelési igénye tekintetében, ugyanakkor 2021-re már a korábban nem érintett 45 év feletti csoportokban is szerepet kap.
- A 2008-ban egyáltalán nem jellemző „egyéb szerekhez” köthető kezelési igény 2021-ben elsősorban az idősebb (50 év feletti) korosztály körében számottevő.

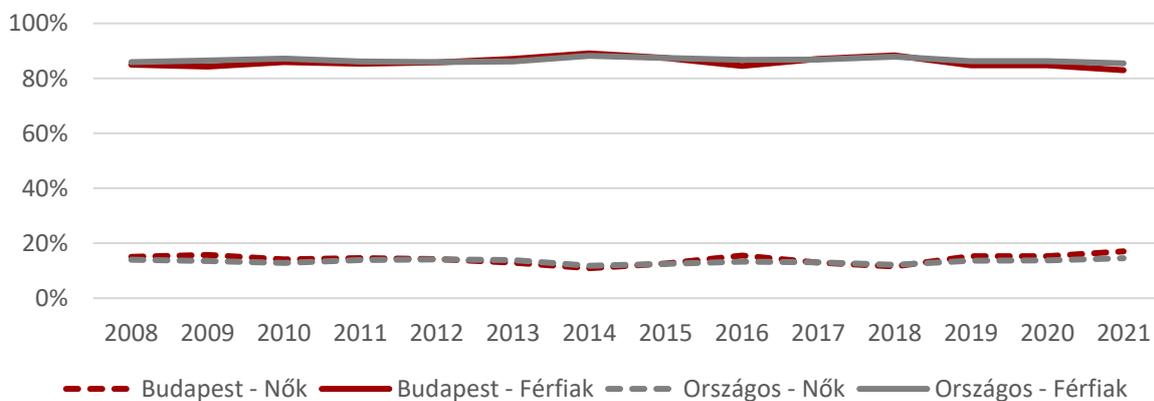
6.ábra: Elsődleges szer szerinti megoszlás az egyes életkori csoportokban a kezelésbe lépők körében Budapesten 2008-ban (bal) és 2021-ben (jobb) (%; az adott életkori csoport százalékában)



A kezelésbe lépő populáció jellemzői a kezeltek neme szerint a fővárosban és országosan

Az általános populációs vizsgálatokból tudjuk, hogy az illegális szerhasználat nagyobb arányban érinti a férfiakat, mint a nőket, ugyanakkor a nők körében magasabb az altatókat, nyugtatókat nem orvosi rendelvényre fogyasztók aránya (Paksi 2020). A kezelésben lévők között megfigyelhető nemi különbségek azonban általában jelentősebbek, mint az általános népesség szerhasználatában megfigyelhető különbségek. Így van ez a Magyarországon, illetve a fővárosban kezelésbe lépők esetében is. A vizsgálat tárgyát képező 14 év során a kezelésbe lépők nemi megoszlása nem változott sem a fővárosi, sem az országos adatokban sem.

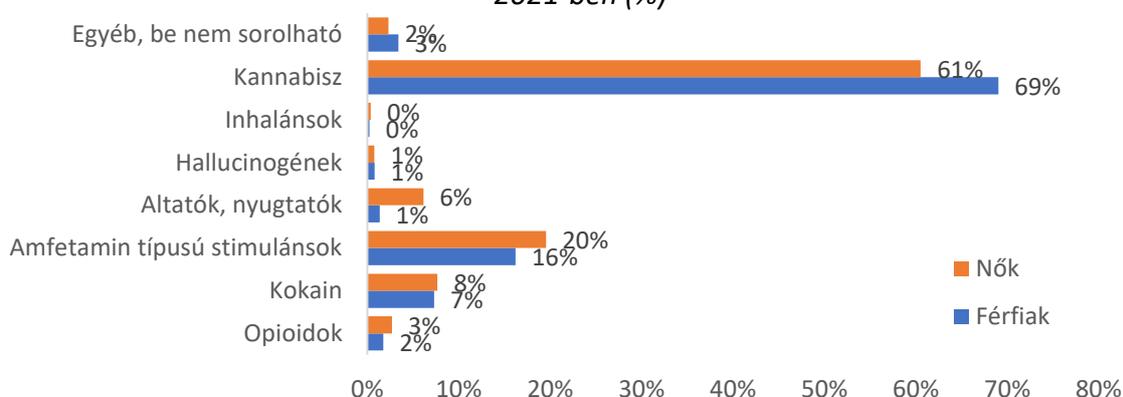
7.ábra: Nők és férfiak aránya a kezelésbe lépők körében 2008 és 2021 között (%)



A fővárosban a vizsgált 14 év folyamán átlagosan 14% volt a nők aránya, míg országosan átlagosan 13%, a férfiak aránya pedig 86% ill. 87%.

2021-ben a budapesti ellátóknál kezelésbe lépők között 17% volt a nők aránya, országosan 15%. Az egyes szerek szerinti nemi megoszlást vizsgálva a budapesti szerhasználók körében ugyanebben az évben, láthatjuk, hogy hasonló a nők és férfiak elsődleges szer szerinti mintázódása. A kannabisz miatt kezelésbe lépők aránya 8 százalékponttal magasabb a férfiak körében, mint a nőknél, de mindkét nem esetében ez a legjellemzőbb oka a kezelési igénynek. Érdekes, hogy a stimuláns típusú szerekhez (mind a kokain, mind az amfetamin tartalmú stimulánsok) köthető kezelési igény kis mértékben magasabb a nők körében, mint a férfiak esetében. Jelentős eltérés az alacsony arányban előforduló altatók és nyugtatók fogyasztásához köthető kliensek arányában van a két nem között (nők 6%; férfiak 1%).

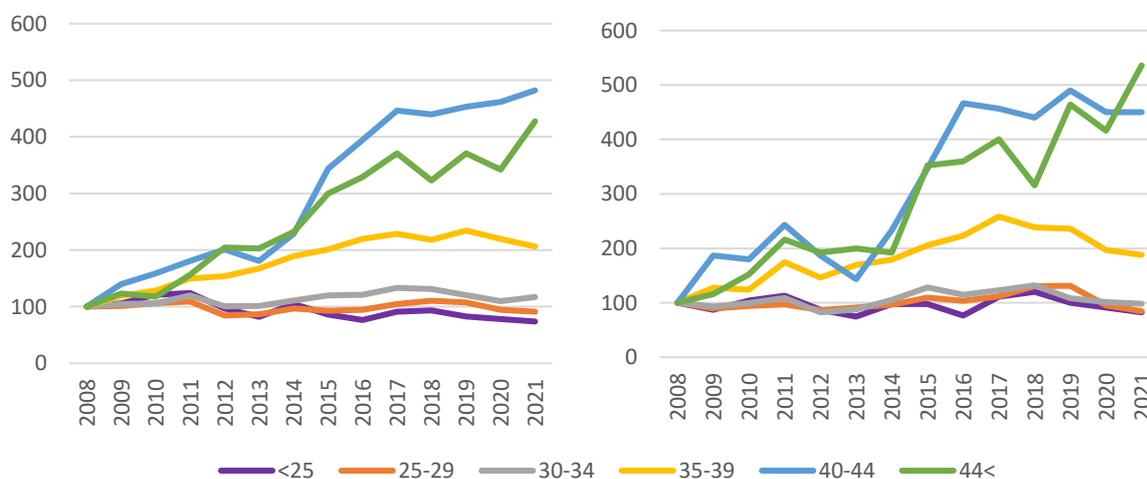
8.ábra: A kezelésbe lépő nők és férfiak megoszlása elsődleges szer szerint, Budapesten 2021-ben (%)



A kezelésbe lépő populáció jellemzői a kezelésbe lépők életkora szerint

A Magyarországon ill. a Budapesten kezelésbe lépők életkori csoportok szerinti indexált trendjei alapján elmondhatjuk, hogy itthon is az idősebb korcsoportok esetében láthatunk növekvő tendenciát, míg a 35 év alatti korcsoportokban a kezelési igény viszonylagos stabilitása látható.

9.ábra: Országosan (bal oldali ábra) és Budapesten (jobb oldali ábra) kezelésbe lépők számának indexált trendje életkori csoportok szerint 2008 és 2021 között (bázis: 2008 évi esetszámok)



Emellett fontos megjegyezni, hogy bár növekszik a az idősebb korcsoportba tartozó kezelésbe lépők száma, a országos adatok szerint a kezelésbe lépők 72%-a, míg a Budapesten kezelésbe lépők 75%-a volt 35 év alatti 2021-ben.

A kezelésbe lépő populáció jellemzői a kezelésbe kerülés módja szerint (eltereltek és nem eltereltek)

Eltereltek és nem eltereltek létszámának alakulása Budapesten és országosan

Ahogy a bevezetőben is utaltunk rá, a hazai rendszer sajátossága a büntetőeljárás alternatívájaként – vagyis elterelés keretében – kezelésbe lépők számának dominanciája a hazai ellátórendszerben a kábítószer-használók ellátása tekintetében.

ELTERELÉS

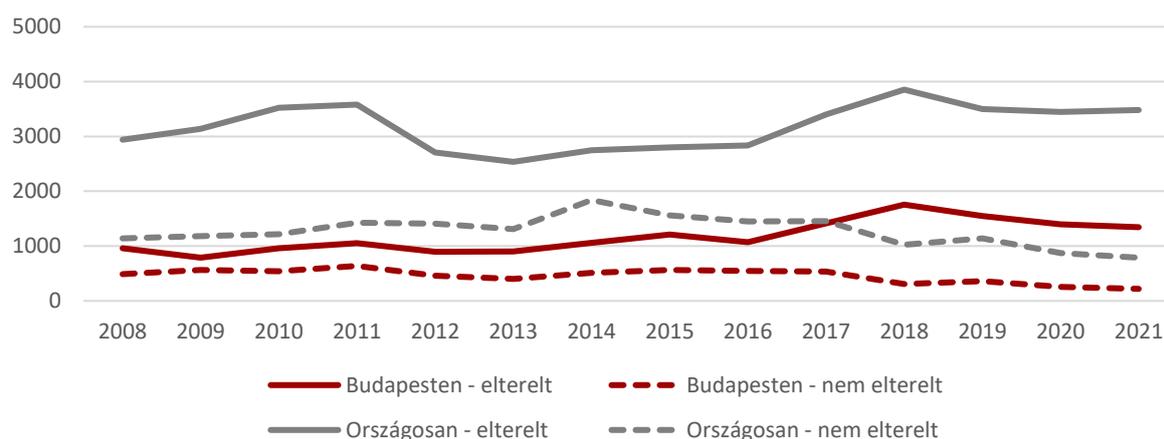
Bizonyos, kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van kezelési/megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni, amennyiben megfelel az alábbi feltételeknek:

- csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természet, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt;
- a bűncselekmény elkövetését beismeri;
- nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer birtoklás vagy -kereskedelem kapcsán a megelőző két évben;
- nem szüntettek meg büntethetőséget megszüntető ok címen a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül vele szemben eljárást – elterelésben való részvétel igazolására figyelemmel (Btk. 180. §).

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (továbbiakban MFSZ) – mely inkább javallott prevenció beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe. A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat a klasszikus járó- vagy fekvőbeteg kábítószer-kezelő programok keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához. Az elterelés minden típusa jelentésre kerül a TDI adatgyűjtésbe, mint a büntető igazságszolgáltatás által kezelésbe utalt kliensek.

Az elterelés keretében kezelésbe lépők aránya mind az országos, mind a budapesti szolgáltatók esetszámában jelentős. Az alábbi ábrán látható, hogy a kezelésbe lépők trendjei jelentősen eltérő képet mutatnak a beutalás eredete függvényében. A budapesti szolgáltatók esetében – hasonlóan az országos adatokhoz – 2008 és 2016 között némi ingadozás mellett, de viszonylag stabil maradt mind az elterelés, mind az egyéb módon kezelésbe kerülők száma. 2016-tól azonban (mind a budapesti, mind az országos adatokban) az elterelés révén kezelésbe kerülők száma összességében növekvő tendenciát, míg az egyéb módon kezelésbe kerülők száma csökkenő tendenciát mutat.

10.ábra: Indexált trendek az évente kezelésbe lépők számában (bázis: 2008. évi esetszám)

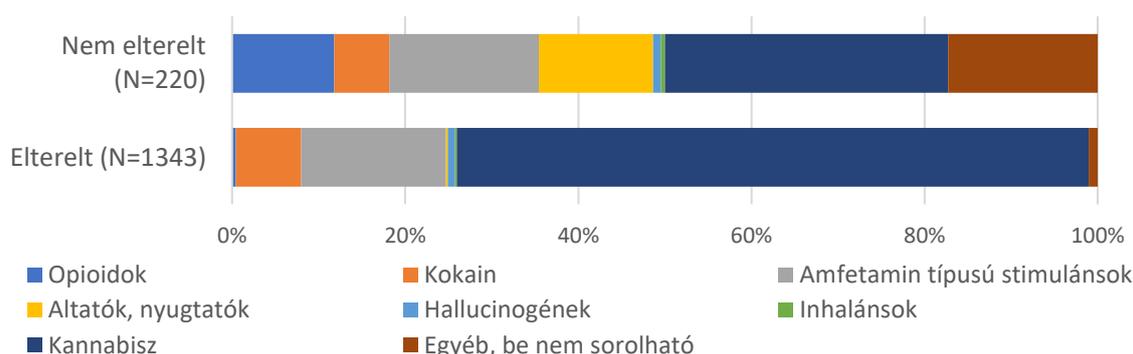


2021-ben a kezelésbe lépők 86%-a kezdte meg a kezelési folyamatot elterelés keretében a budapesti szolgáltatóknál, míg 82% az országos adatok alapján.

Eltereltek és nem eltereltek szerhasználati profilja Budapesten

A beutalás mentén vizsgálva a kezelésbe kerülő populációt a 2021. évi adatok alapján a Budapesti szolgáltatóknál, elmondható, hogy jelentősen eltér az ily módon kezelésbe kerülők szerhasználati profilja, az egyéb módon kezelésbe kerülőkéitől. Az elsődleges szer szerint vizsgálva az elterelés és egyéb módon kezelésbe kerülőket látható, hogy az eltereltek körében jelentős (73%) a kannabiszhasználat mint elsődleges probléma, mely mellett még jelentősebb arányban az amfetamin típusú stimulánsok (17%) és a kokain (8%) miatt lépnek ezen csoporton belül kezelésbe. Az egyéb módon kezelésbe jutók körében is a kannabisz miatt lépnek legtöbbször kezelésbe (33%), emellett jelentős még az egyéb (többi kategóriába nem sorolható) szerek, az amfetamin típusú stimulánsok (17%), az altatók, nyugtatók (13%) és az opioid típusú szerek miatt kezelésbe lépők aránya (12%). E csoporton belül mindössze 6% a kokainhoz köthető kezelési igény.

11.ábra: Elődleges szer szerinti megoszlás az eltereltek és nem eltereltek körében Budapesten 2021-ben (%)



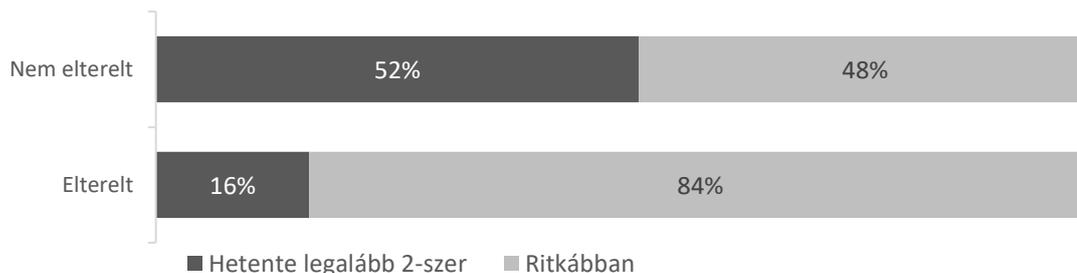
A szertípus szerinti megoszlás mellett egyéb szempontból is eltérő a két csoport szerhasználati profilja. Az intravénás szerhasználatban való érintettség tekintetében – mely többek között a fertőző betegségek (HBV, HCV, HIV) terjedése szempontjából jelentős kockázati tényező – a nem elterelés révén kezelésbe lépők egy nagyobb érintettségű csoport: 4%-uk jelenleg¹¹² is injektált, 10% életében injektált, de jelenleg nem injektált, és 86% soha nem

¹¹² A kezelésbe lépést megelőző 12 hónap során.

injektált. Az eltereltek esetében 0% a jelenleg injektálók aránya, 4% a valaha igen, de jelenleg nem injektálóké és 96% a soha nem injektálók aránya.

A szerhasználat gyakorisága (a kezelést megelőző 30 napban) szempontjából is az látható, hogy a nem elterelés révén kezelésbe kerülők egy problémásabb mintázódású szerhasználói csoport az eltereltekhez képest. Míg az eltereltek körében 16% azok aránya, akik legalább hetente 2 napon fogyasztották elsődleges szerüket a kezelést megelőzően, az egyéb módon kezelésbe kerülők között ez az arány 52%.

12. ábra: Fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás az eltereltek és a nem eltereltek körében Budapesten, 2021-ben (%)

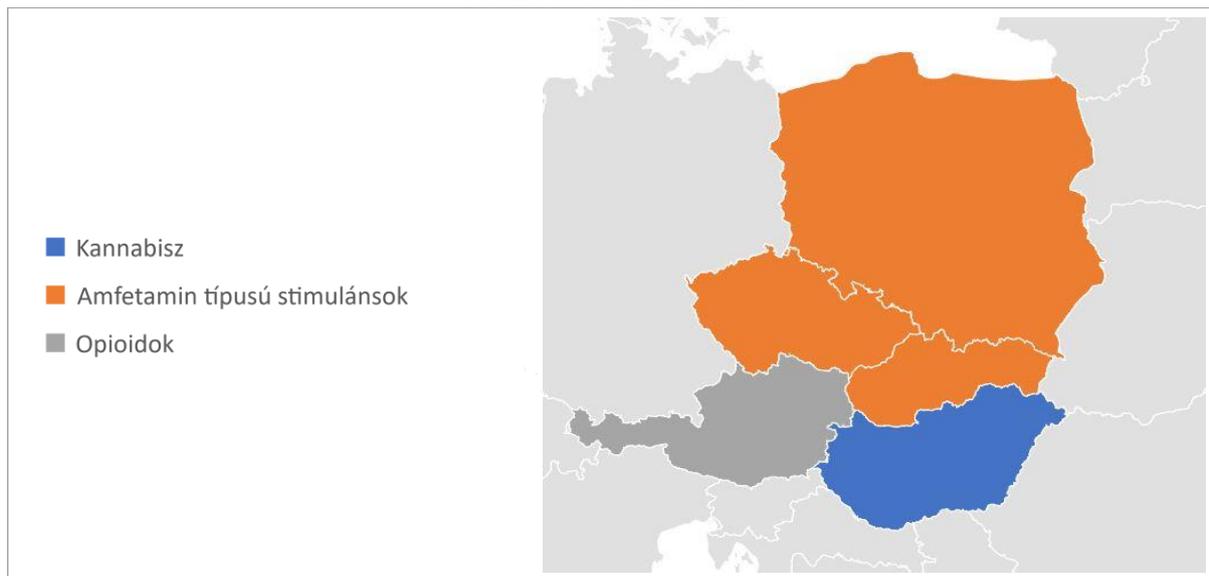


A magyarországi kezelésbe lépő populáció jellemzői nemzetközi kontextusban

Kezelésbe lépők szerhasználati profilja V4 országokban és Ausztriában

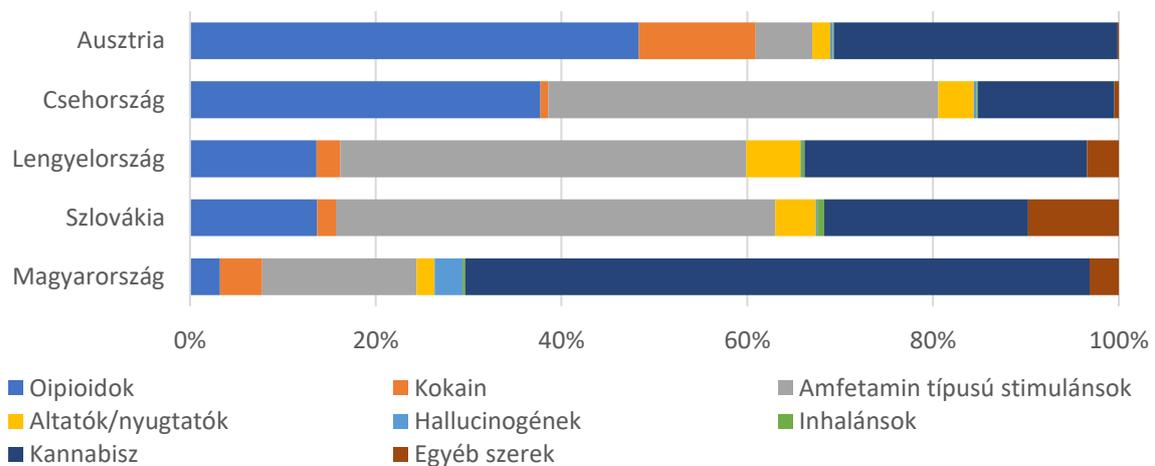
Az egyes kábítószer szerepét megvizsgálva a kezelési igény szempontjából a V4 országokban és Ausztriában látható, hogy az opioidok szerepe továbbra is jelentős Ausztriában és Csehországban, az amfetamin típusú stimulánsokhoz köthető a kezelési igény legnagyobb arányban Szlovákiában, Lengyelországban és Csehországban (ezek közül Csehországban és Szlovákiában a metamfetaminhoz, Lengyelországban az amfetaminhoz). A kannabisz jelentősége kiugró Magyarország esetében a vizsgált országok között, ugyanakkor az e szerhez köthető kezelési igény jelentősnek mondható a másik négy vizsgált országban is (15% és 30% közötti arányokkal). A kokainhoz köthető kezelési igény Ausztriában mutat jelentősebb arányt (11%), de ahogy a fent bemutatott időszoros adatok és az Európai Kábítószer-jelentés (EMCDDA 2022a) is beszámol róla, növekszik szerepe az európai piacon, és a fogyasztásával járó egészségügyi következmények is. Az egyéb szerekhez sorolt szerhasználati problémákról (vagyis, hogy pontosan mely szerekhez köthetőek) nem áll rendelkezésre adat ezen arányok értelmezéséhez.

13.ábra: A kezelési igény szempontjából domináns probléma a V4 országokban és Ausztriában 2020-ban



Forrás: EMCDDA Statistical Bulletin 2022, Treatment demand – saját szerkesztés

14.ábra: A kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők elsődleges szer szerinti megoszlása a V4 országokban (2020; %)

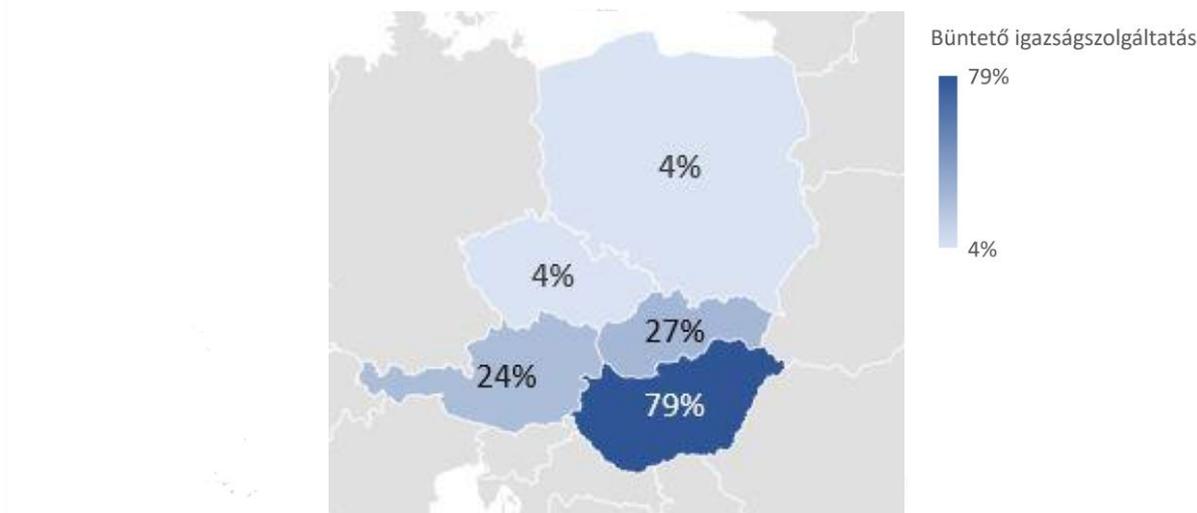


Forrás: EMCDDA Statistical Bulletin 2022, Treatment demand – saját szerkesztés

A kezelésbe lépő populáció jellemzői a kezelésbe kerülés módja szerint a V4 országokban és Ausztriában

A V4 országokat és Ausztriát figyelembe véve látható, hogy a térségben is jelentős különbségek tapasztalhatók a beutalás eredetét illetően az egyes országok között, melyet nagyban meghatároz az adott ország ellátórendszere és jogrendszere. A vizsgált országok közül Magyarországon volt legmagasabb a büntető igazságszolgáltatás által kezelésbe utaltak aránya, mely 2020-ban 79% volt, míg Csehországban és Lengyelországban mindössze 4-4%.

15.ábra: A büntető igazságszolgáltatásból kezelésbe utaltak aránya (%) a V4 országokban és Ausztriában a kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők körében (2020)



Forrás: EMCDDA Statistical Bulletin 2022, Treatment demand – saját szerkesztés

A kezelésbe lépő populáció jellemzői a kezeltek neme szerint V4 országokban és Ausztriában

Kábítószer-használat miatt Európa szerte jelentősen nagyobb arányban kerülnek kezelésbe férfiak mint nők (EMCDDA 2022). A V4 országokat és Ausztriát figyelembe véve elmondható, hogy a térségben Magyarországon volt a legalacsonyabb a kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők körében a nők aránya 2020-ban, 14%, míg legmagasabb Csehországban, ahol 33%.

16.ábra: Nők aránya (%) a V4 országokban és Ausztriában a kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők körében (2020)



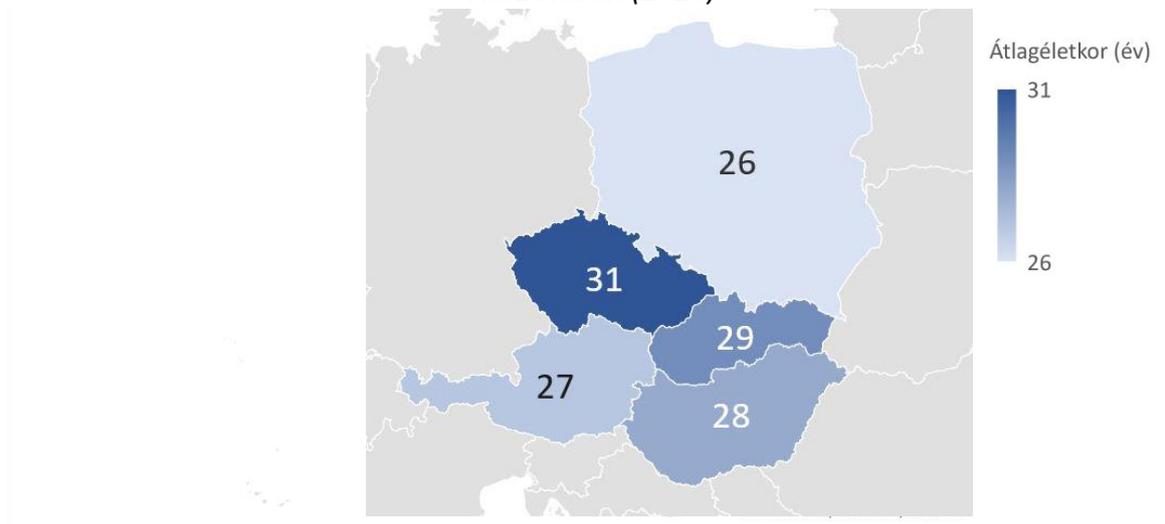
Forrás: EMCDDA Statistical Bulletin 2022, Treatment demand – saját szerkesztés

A kezelésbe lépő populáció jellemzői a kezelésbe lépők életkora szerint

Az európai adatokban a kábítószer-használat miatt kezelést igénylő populáció folyamatos öregedése jellemző. A V4 országokat és Ausztriát tekintve a hazai kezelésbe lépők átlagéletkora a középmezőnyben van. A részletes életkori bontás alapján láthatjuk, hogy Ausztriában, és ezt követően Lengyelországban a legnagyobb (50% körüli) a fiatalabb (25 év

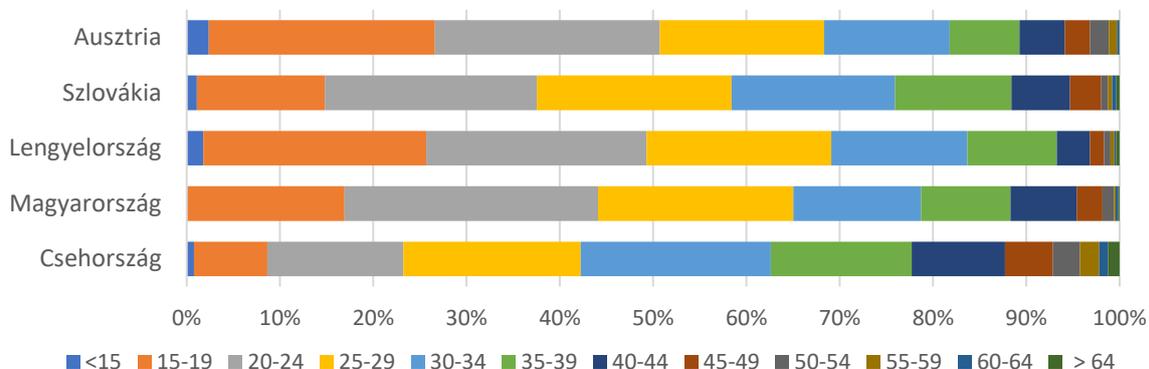
alatti) korcsoportok aránya a kezelésbe lépők körében, őket követi Magyarország (44%) és Szlovákia (38%), és Csehországban mindössze 23%. A idős szerhasználati problémával küzdők aránya (mely az EMCDDA definíciója szerint a 40. életévüket betöltötteket jelenti – EMCDDA 2017a) Csehországban a legmagasabb (22%), Magyarország, Szlovákia és Ausztria esetében hasonlóan 11-12% között mozog, míg Lengyelországban mindössze 7%.

17.ábra: A kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők átlagéletkora a V4 országokban és Ausztriában (2020)



Forrás: EMCDDA Statistical Bulletin 2022, Treatment demand – saját szerkesztés

18.ábra: A kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők életkor szerinti megoszlása a V4 országokban és Ausztriában (2020)



Forrás: EMCDDA Statistical Bulletin 2022, Treatment demand – saját szerkesztés

Konklúziók

Össességében azt láthatjuk, hogy a budapesti kezelőegységek látókörébe kerülő szerhasználati probléma mind tendenciájában, mind mintázódásában hasonló képet mutat, mint a teljes ország esetében. Budapest esetében is meghatározó a büntető igazságszolgáltatás által kezelésbe utaltak (eltereltek) száma, akik nagy része nem igényel kezelést, hanem célzott preventív beavatkozásban részesülnek. Az így kezelésbe kerülők többsége továbbra is fiatal, kannabiszhasználó férfi.

A kezelési adatok elemzésekor amellyel, amit az adatok mutatnak, arra is figyelemmel kell lennünk, amit adott esetben elfednek. A budapesti kezelésbe lépők között (és országosan is) rendkívül alacsony a nők aránya. Ez általában jellemző Európában, azonban Magyarországon

a régió belül is a legalacsonyabb a kezelésbe kerülő nők aránya. A nők ellátásokhoz való hozzáférést (és így arányát az adott ellátásban) befolyásolja, hogy a kábítószer-használók számára nyújtott beavatkozások alapvetően a férfiak igényeire szabottak (Kaló, 2020; EMCDDA, 2017b). Ha figyelembe vesszük a nők eltérő igényeit, a beavatkozások tervezésekor problémás, de az ellátást el nem érő szerhasználókat vonhatunk ellátásba (pl. Csere Csak Csajoknak – Drogrporter, 2011). A szakirodalom szerint a szerhasználó nők kezeléssel kapcsolatos eltérő igényeit meghatározza, hogy a férfiakhoz képest nagyobb a kitettségük a szerhasználatuk miatti stigmatizációnak, az anyagi függésnek, az alacsonyabb társas támogatásnak, a szerhasználó családdal vagy partnerrel való együttélésnek, a szerhasználattal összefüggő gyermekvállalási / gyermeknevelési gondoknak, a szexuális és fizikai abúzusnak és a szerhasználattal párhuzamosan megjelenő mentális problémáknak (EMCDDA Best practice portal – Women with drug problems¹¹³).

A kezelési adatokban megfigyelhettük a kannabiszhoz köthető kezelési igény dominanciáját, ugyanakkor láthattuk, hogy emellett a stimulánsok használatához köthető kezelési igény is jelentős, a kokain esetében növekvő tendenciát mutat. Tekintettel arra, hogy adataink nem fedik le a magán ellátásban megjelenő populációkat, feltételezhetjük, hogy a kokain használattal összefüggő kezelési igény a kezelési adatainkban azonosítható képest még jelentősebb. Az utóbbi 12 évben jelentős piaci átrendeződés eredményeként elterjedt új pszichoaktív szerekhez (utcai nevükön „dizájner drogok”, „bio”, „herbál”, „kristály”) köthető kezelési igény a várthoz képest kevésbé jelenik meg a kezelési adatokban. Tekintettel az ezen szerek fogyasztásával járó, a hasonló hatású klasszikus szerekhez képest akár jelentősebb ártalomra (Home Office 2015), és a társadalom margóján élő csoportok nagyobb érintettségére ezen szerek fogyasztásában, érdemes megvizsgálni, vajon miért nem kerülnek ezek az esetek nagyobb arányban a kezelő-, ellátórendszer látókörébe.

Az életkori bontásban bemutatott adatokból láthattuk, hogy a kezelésbe lépők jelentős része (Budapesten 4-ből 3 fő) továbbra is 35 év alatti. Az európai diskurzusban évek óta jelen lévő téma az öregedő szerhasználók ellátásának kérdése a bemutatott adatok alapján Magyarországon és Budapesten sem megkerülhető, tekintettel ezen életkori csoportok növekvő számára a kezelést igénylők között, és tekintettel az életkorukból adódó speciális igényekre (EMCDDA, 2017a; EMCDDA, 2010). A populációs és kezelési adatok egyaránt azt mutatják, hogy a szerhasználatból nem mindenki „öregszik” ki. A kezelésbe lépők 14 évvel ezelőtti összetétele alapján feltételezhetjük, hogy a ma kezelésben megjelenő idősebb szerhasználók egy jelentős része a korábbi, '90-es és 2000-es években opioidokat/ amfetamint injektáló kohorszból kerül ki, akik a fertőző betegségek (HIV, HCV) nagyobb kockázatának voltak kitéve. Ugyanakkor azt is látjuk – feltételezhetően a változó normák és a változó piaci környezet (lásd heroin visszaszorulása) következtében –, hogy változik az egyes kohorszok szerhasználati mintázata is – legalábbis az ellátórendszer látókörébe kerülők esetében.

Felhasznált források

Drogrporter (2011): Csere csak csajoknak. 2011 március 8. <https://drogrporter.hu/csere-csak-csajoknak/>

EMCDDA (2022a): European Drug Report 2022: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

¹¹³ https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/women-drug-problems_en

- EMCDDA (2022b): Statistical Bulletin 2022, Treatment demand. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/tdi_en
- EMCDDA (2000): Treatment demand indicator Standard protocol 2.0 <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/210/Treatment%20demand%20indicator-standard-protocol%202-EN.pdf>
- EMCDDA (2017a): Responding to the needs of ageing drug users. 2017. https://www.emcdda.europa.eu/document-library/responding-needs-ageing-drug-users_en
- EMCDDA (2017b): Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice. 2017. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf
- EMCDDA (2010): Treatment and care for older drug users. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/580/EMCDDA_SI10_Ageing_242756.pdf
- Home Office (2015): New Psychoactive Substances (NPS) Resource Pack for informal educators and practitioners. 2015. UK Home Office. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/544030/6_1845_HO_NPS_Resources_Booklet_June16_v10.pdf
- Kaló Zs. (2020): Bevezetés a szerhasználó nők világába. L'Harmattan. 2020. Budapest.
- Kaló Zs., Rácz A., Szécsi J., Hegedűs J. (2017): „Mi lesz a lányokkal?” Gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati mintázata és kezelésbe kerülésének jellemzői. Szakmai beszámoló. Akut Alapítvány. 2017. Kézirat.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2021): 2021-es éves jelentés az EMCDDA számára – Magyarország. 2021. https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes2021_HU_2021_final.pdf
- Paksi, B. (2020): OLAAP 2019 – GPS adatok elemzése. 2020. Kézirat
- Paksi, B., Magi, A., Gurály, Z. (2021): Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata. Esély Vol. 32. (2021) No. 1. pp. 62–91. DOI 10.48007/esely.2021.1.5
- Peterfi, A., Tarjan, A., Horvath, G. C., Csesztregi, T., & Nyirady, A. (2014). Changes in patterns of injecting drug use in Hungary: a shift to synthetic cathinones. Drug Test Anal, 6(7-8), 825-831. doi: 10.1002/dta.1625
- Szécsi, J., Sik, D. (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban, Esély 2016/2, 115-131. old.

KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS ÉS JOGI KERETEK

(Készítette: Bálint Réka)

Bevezető

A kábítószer-probléma leírására, értelmezésére szolgáló fogalmak körét és tartalmát a vonatkozó anyagok élvezeti célú használatával kapcsolatos és az abszinens kultúrán alapuló megközelítés határozza meg. Ennek alapján az orvosi indikáció és tudományos indok nélküli kábítószer-használat visszaélésként értékelendő. A megközelítés normatív szempontból visszavezethető az ENSZ egyezményekre (1961.; 1971 és 1988. évi ENSZ kábítószer-egyezmények)”, amelyek lényegében az abszinens kultúra termékei, egyúttal fenntartói is (Lévay & -Ritter, 2016). A fogalomnak vannak kínálati oldali és keresleti oldali összetevői, jelen fejezet elsősorban a probléma kínálati oldalával, ezen belül is a szabályozással, valamint a bűnözéssel, foglalkozik.

A fejezet célja, a budapesti kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos statisztikai adatok bemutatása, illetve annak országos és nemzetközi kontextusban való értelmezése. Azonban mivel ez az értelmezés a büntetőjogi szabályozás ismerete nélkül nem lehetséges, így a fejezet kitér ezekre a kérdésekre is.

A jogi szabályozások összehasonlítása a visegrádi országok (Csehország, Szlovákia, Lengyelország, Magyarország), valamint Ausztria vonatkozásában kerül sor kitérve a kábítószer-fogyasztás, kábítószer-birtoklása (saját használatra), valamint a kábítószer-kereskedelem nemzeti szabályozásainak legfontosabb különbségeire és hasonlóságaira. Emellett, bemutatásra kerülnek az érintett országok büntetési tételeit befolyásoló tényezők. Bevezetésként egy rövid fejezetben felvázolásra kerülnek azon kábítószer szabályozással kapcsolatos kriminálpolitikai elméletek, melyek képesek egy adott ország kábítószer-politikájának befolyásolására.

A fejezet legfontosabb része a budapesti kábítószer-bűnözési adatok vizsgálata, valamint a fővárosi eredmények összevetése az országos adatokkal. A fejezetben mind a regisztrált bűncselekményekkel, mind pedig az elkövetőkkel kapcsolatos adatok elemzésre kerülnek.

Kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos szakpolitika forgalmi kérdési

A kábítószerrel kapcsolatos bűnözés megelőzésében, a célok sorrendisége és a célok elérésének eszközei nagyban függenek az adott ország) kábítószer-politikájától. Elméleti síkon a kriminológia három alapvető drogpolitikai irányzatot különít el, név szerint a prohibicionista, az ártalomcsökkentő és a legalizációs drogpolitikát.

A *prohibicionista* drogpolitika szerint a kábítószerrel kapcsolatos tevékenységek kizárólag gyógyászati vagy kutatási célra engedélyezhetőek, minden más tevékenységet tiltani kell. A prohibicionista kábítószer-felfogás további két irányzatra a bontható: a radikális prohibicionizmus célja a „drogmentes” társadalom elérése, míg a racionális felfogás szerint a kereslet-kínálat csökkentése az elsődleges szempont, továbbá kiemeli a felvilágosítás és a terápia szerepét a keresletcsökkentésben. A legutolsó, 2020-ban lejárt drogstratégia is racionális prohibicionista elvek szerint készült.

Az *ártalomcsökkentő* drogpolitika célja a drogfogyasztás következményeinek enyhítése. Ezen felfogás szerint a kábítószer-fogyasztás nem bűnügyi, hanem elsősorban magatartási és egészségügyi probléma.

Végezetül, a *legalizációs* drogpolitika szerint a kábítószernek minősülő anyagok használatát nem kellene gyógyászati célokra korlátozni, mert a kábítószer-probléma negatív jelenségeinek többsége nem magából a fogyasztásból, hanem annak tilalmából fakad.

A fenti irányzatok egyes elemei együttesen, különböző arányban vannak jelen egy adott országban belül (pl. az Egyesült Államok egyes államaiban a kannabisz vonatkozásában legalizációs, míg máshol prohibicionista politika érvényesül) (Lévay-Ritter 2016, 544-5).

A kábítószerekkel elkövetett bűncselekményeket a Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) osztályozása szerint négy elkülönülő csoportba oszthatóak.

- Az első az úgynevezett *pszichofarmakológiai bűncselekmények*, melyek azon bűncselekmények, melyeket pszichoaktív anyag akut vagy krónikus fogyasztásának *hatása alatt követnek el*.
- A második a *gazdasági kényszerből elkövetett bűncselekmények*, melyek olyan büntethető magatartások összessége, melyek a *kábítószer megszerzéséhez, vásárlásához szükséges pénz* érdekében követnek el.
- Az úgynevezett *rendszerszintű bűncselekményeknek* az illegális drogpiacon működésével összefüggésben elkövetett bűncselekményeket nevezünk, ebbe a kategóriába tartoznak a kereskedők, disztribútorok, de maguk a fogyasztók is.
- Végezetül elkülöníthetők a *direkt kábítószer bűncselekmények*, melyek az adott ország büntető törvénykönyve által meghatározott cselekményeket jelentik.

Kriminológiai szempontból elkülönítjük a kínálati (kábitószer-kereskedelemmel összefüggő) cselekményeket, valamint a keresleti oldali bűncselekményeket, melyek alá tartoznak a direkt (Btk. szerinti) és indirekt (beszerző, jövedelemszerző) bűncselekmények, valamint a következménybűnözés (kábitószer hatása alatt elkövetett bűncselekmények) (Lévay-Ritter 2016, 536-7).

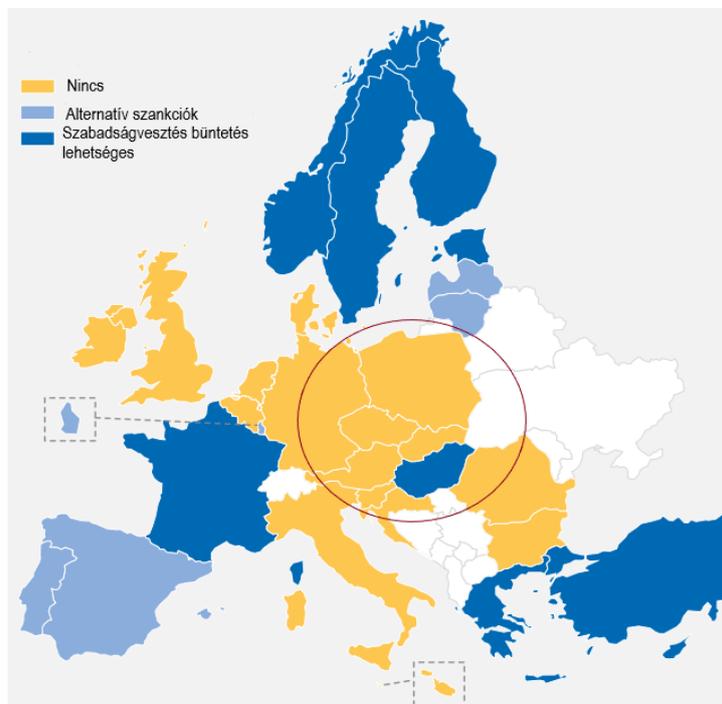
Kábítószer-bűnözés jogi szabályozásainak összehasonlítása (V4 országok és Ausztria)

Kábítószerekkel kapcsolatos jogi szabályozás jellemzői a V4 országokban és Ausztriában

Magyarországon a 2013 óta hatályos Büntető Törvénykönyv új struktúrában és a megváltozott kábítószer-helyzetet követve, új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozással kiegészülve határozza meg az ország kábítószerekkel kapcsolatos büntetőjogi rendszerét. A Btk. hat tényállásban szabályozza a kábítószerek és új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos cselekményeket, melyek az új pszichoaktív szerek csekély mennyiségének tartásán és megszerzésén kívül – mely szabálysértési kategória – büntetőjogi tételeknek minősülnek. A kiszabható büntetések értelmében, a kereskedelem alapesetben 2-8 évi, míg a kábítószer birtoklása 1-5 évi szabadságvesztéssel büntethető. Ez alól kivételt képez a csekély mennyiségre elkövetett birtoklás, mely esetben megszüntethető az eljárás vagy a kiszabott büntetés korlátlanul enyhíthető, ha az elkövető vállalja, hogy az elsőfokú ítélet meghozataláig elterelésen (kábitószer-használatot kezelő ellátás) vesz részt (Nemzeti Drog Fókuszpont 2021,

11-12). A többi vizsgált ország jogi szabályozása merőben eltér a fogyasztás megítélésében, tekintve, hogy Magyarországon kívül egyik ország sem tekinti azt sem büntetőjogi, sem pedig szabálysértési kategóriának, így elmondható, hogy a magyar szabályozás sokkal szigorúbb a régióban található országokéhoz képest.

1.ábra: Büntetőjogi szankciók kannabisz fogyasztása esetén Európában



Forrás: EMCDDA, 2017 (szerkesztett)

A kábítószer-birtoklása, valamint a kábítószer-kereskedelem cselekmények szankciói országonként eltérőek. Ausztriában a saját használatra történő birtoklás szabálysértési kategória, mely legfeljebb 6 hónapos szabadságvesztéssel vagy pénzbírsággal büntetendő. Kábítószer-kereskedelem esetében az osztrák szabályozás különbséget tesz aközött, hogy az adott szer kábítószernek („narcotic drug”) vagy pszichotróp anyagnak minősül. Általánosságban a pszichotróp anyagok kisebb büntetési tételeket vonnak maguk után. A kiszabható büntetések alapesetben kábítószeres esetekben maximum 5 év, míg pszichotróp anyagok esetében maximum 3 év szabadságvesztés. Az ausztriai szabályozás elkülöníti a csekély mennyiségre való kereskedelem eseteit, melyek legfeljebb 1 év szabadságvesztéssel büntethetőek, emellett lehetőség van arra, hogy az elkövetőt 1-2 évig terjedő próbaidőt kap, mely alatt elküldhetik kezelésre is. Amennyiben sikeres a próbaidő, megszüntetik az eljárást. Csehországban a csekély mennyiségű tartás szabálysértési kategóriába esik, csak a csekély mennyiségen felüli birtoklás bűncselekményi kategória mely kannabisz esetében legfeljebb 1 év, míg más szerek esetében legfeljebb két év szabadságvesztéssel büntethető. Kábítószer-kereskedelemért alapesetben 1-5 évig tartó börtönbüntetés szabható ki. Szlovákiában, mind a kábítószer-birtoklás, mind pedig a kereskedelem esetében különbséget tesznek a kannabisszal és az egyéb szerekkel elkövetett cselekmények között. A birtoklás alapesetben, kannabisz esetén 1-2 év, míg más szerek esetében 3-5 év szabadságvesztéssel büntethető. A kereskedelem Szlovákiában alapesetben kannabisszal 3-7 évig terjedő, míg más szerekkel 3-10 évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető. Végezetül, Lengyelországban legfeljebb három év börtönbüntetéssel sújtható a kábítószeres birtoklása (enyhébb súlyú esetekben max 1 év), illetve csekély mennyiségű tartás, valamint saját használat esetén az ügyészeknek

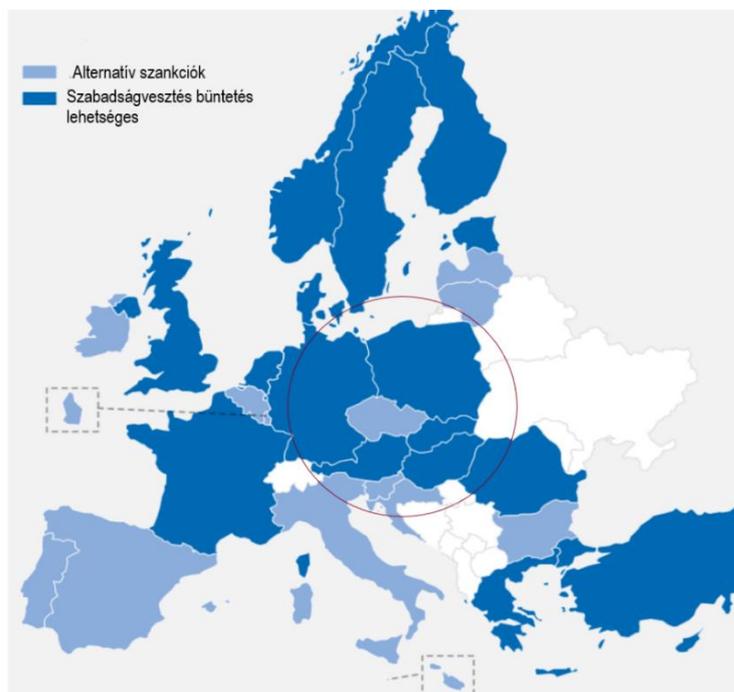
lehetősége van elállni az eljárás kezdeményezésétől. Kábítószer-kereskedelemért alapesetben 6 hónaptól 8 évig terjedő szabadságvesztés szabható ki, ez alól kivétel a kisebb mennyiségű termesztés vagy az előállítás, mely maximum 3 évvel büntethető. Továbbá, az 5 év szabadságvesztést el nem érő büntetéssel sújtható esetekben lehetőség van az eljárás felfüggesztésére abban az esetben, ha az elkövető elmegy kezelésre vagy megelőző felvilágosításra és eredményesen zárja az 1-2 év próbaidőt (EMCDDA 2022) (lásd még: 1. táblázat).

1.táblázat: Büntetőjogi szankciók kábítószer-birtoklás és kereskedelem esetén a V4 országokban és Ausztriában

	Magyarország	Ausztria	Csehország	Szlovákia	Lengyelország
birtoklás	1-5 év szabadságvesztés (alapesetben)	szabálysértési kategória (saját használatra)	csekély mennyiségre: szabálysértés max. 2 év / max. 1 év szabadságvesztés kannabisz esetében (alapesetben)	3-5 év / 1-2 év szabadságvesztés kannabisz esetében (alapesetben)	max. 3 év szabadságvesztés (enyhébb súlyú: max 1 év)
kereskedelem	2-8 év szabadságvesztés (alapesetben)	Kábítószeres: max. 5 év Pszichotróp anyagok: max 3év csekély mennyiségre: max 1 év szabadságvesztés	1-5 év szabadságvesztés (alapesetben)	3-10 év/ 3-7 év szabadságvesztés kannabisz esetében (alapesetben)	6 hónaptól 8 évig terjedő szabadságvesztés

Forrás: EMCDDA, 2022

2.ábra: Büntetőjogi szankciók saját használatra történő birtoklás esetén Európában



Forrás: EMCDDA, 2017 (szerkesztett)

Büntetési tételeket befolyásoló tényezők

A magyar szabályozás szerint, a Btk-ban szereplő bűncselekményekhez rendelt büntetési tételeket a bűncselekmény elkövetésének több körülménye is befolyásolhatja, beleértve a kábítószer mennyiségét, azonban a kábítószer típusa sem a jogszabály, sem a bírói gyakorlat szerint nem befolyásolja a büntetés mértékét. A minősítő körülmények között szerepel többek között a bűnszövetségben, hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként történő bűnelkövetés, valamint azon felnőtt korú személyek cselekménye, aki 18. életévét be nem töltött személynek kínál vagy ad át kábítószert, vagy az ilyen korú személy felhasználásával valósít meg más kábítószeres bűncselekményt. A bíróságnak lehetősége van arra, hogy más enyhítő és súlyosbító körülmények mellett a büntetés kiszabása során értékelje a terhelt esetleges szenvedélybetegségét is. A kábítószer-függőség jellemzően (hasonlóan az alkohol, gyógyszer stb. függőségekhez) a kóros elmeállapotot előidéző esetekben minősülhet enyhítő körülménynek (Nemzeti Drog Fókuszpont 2021, 12-13). A visegrádi országok és Ausztria esetében is a minősítő körülmények többségében megegyeznek a magyar szabályozásba foglaltakkal, annyi különbséggel, hogy Ausztriában, Csehországban és Szlovákiában is szigorúbb elbírálás alá esnek azon visszaeső elkövetők, akik korábban követtek már el kábítószeres bűncselekményt. Kábítószer-birtoklása cselekmények esetén a kábítószer-függőség nem jár enyhébb értékeléssel a többi vizsgált országban sem, azonban Ausztriában a kereskedelmi magatartásoknál a kiszabhatóbb enyhébb büntetéseket általában azon elkövetők kapják, akik maguk is kábítószer-függőségben szenvednek. Emellett Szlovákiában, ha az elkövető már kezelésbe lépett kliensnek ad el kábítószert az súlyosbító körülménynek számít. Magyarországgal ellentétben, a büntetés mértékét tekintve több ország is differenciál a kábítószer típusai között. Ausztriában a kábítószer listákon szereplő szerek a legtöbb magatartási típus esetében magasabb büntetési tétellel járnak, mint a pszichotróp listákon szereplő anyagok. Csehországban és Szlovákiában a kannabisz termékekkel elkövetett cselekmények járnak enyhébb büntetésekkkel (EMCDDA 2022).

Kábítószer-bűnözésre vonatkozó statisztikai adatok

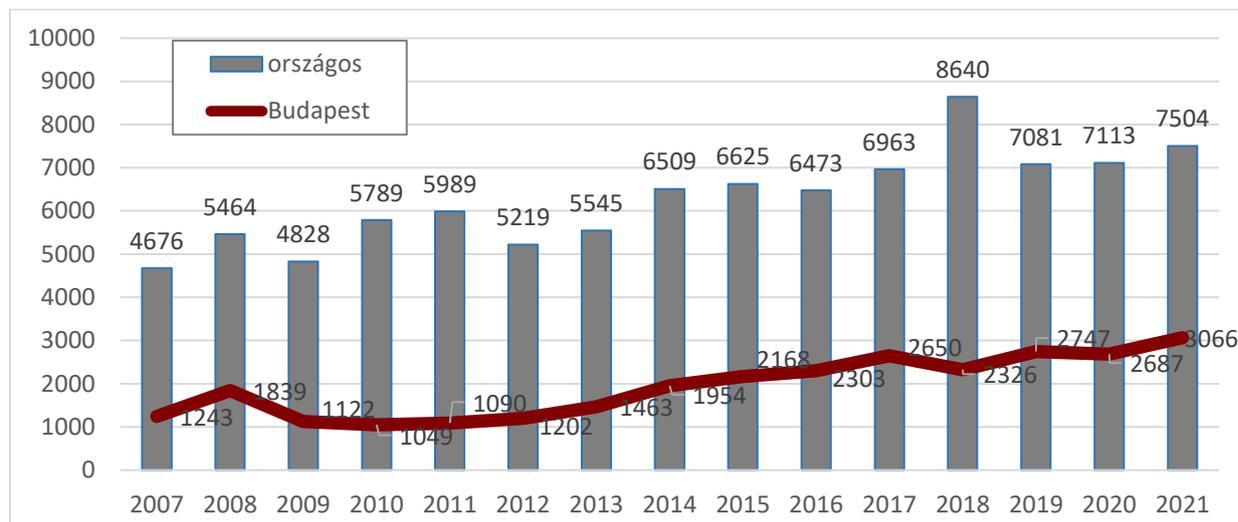
A kábítószer-bűncselekmények és az elkövetők számának 2007-től 2021-ig terjedő idősoros elemzése csak korlátozottan lehetséges, mivel az időszak alatt elkövetett bűncselekmények egy része a 2013. július előtt hatályos 1978. évi IV. törvény (régí Btk.), míg másik része a 2013. július 1-től hatályos 2012. évi C. törvény (új Btk.) hatálya alá tartozik. A kábítószer-bűnügyi statisztika szempontjából a régi és az új Btk. tényállásait lefedő kategóriák nem minden esetben feleltethetők meg egyértelműen egymásnak. A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények és a bűncselekmények elkövetőinek jellemzői a Legfőbb Ügyészség Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerében (ENYÜBS), a nyomozati szak lezárásakor rögzített adatok alapján kerülnek bemutatásra.

Regisztrált bűncselekmények

2007 és 2021 között összesen 94418 kábítószerhez vagy új pszichoaktív anyaghoz köthető regisztrált bűncselekmény miatt indított nyomozás lezárására került sor. Magyarország egészét tekintve a 14 év alatt általánosan elmondható, hogy Budapesten vagy a Szlovákiával határos (Győr-Moson-Sopron; Komárom-Esztergom) illetve Baranya megyékben követtek el a legtöbb kábítószerhez kapcsolódó bűncselekményt. Összességében a 14 év alatt az országosan regisztrált kábítószeres bűncselekmények 31%-át (28909 eset) követtek el Budapesten, mely arány általában igazodik az éves adatokhoz is, tehát általában a bűncselekmények évente

körülbelül 1/3-át követik el a fővárosban. Ez alól kivétel a 2010-es és 2011-es év melyekben a kábítószeres bűncselekmények mindösszesen 18%-át követték el Budapesten, valamint a 2021-es év, amikor a bűncselekmények 41%-át a fővárosban követték el (ENYÜBS 2022;).

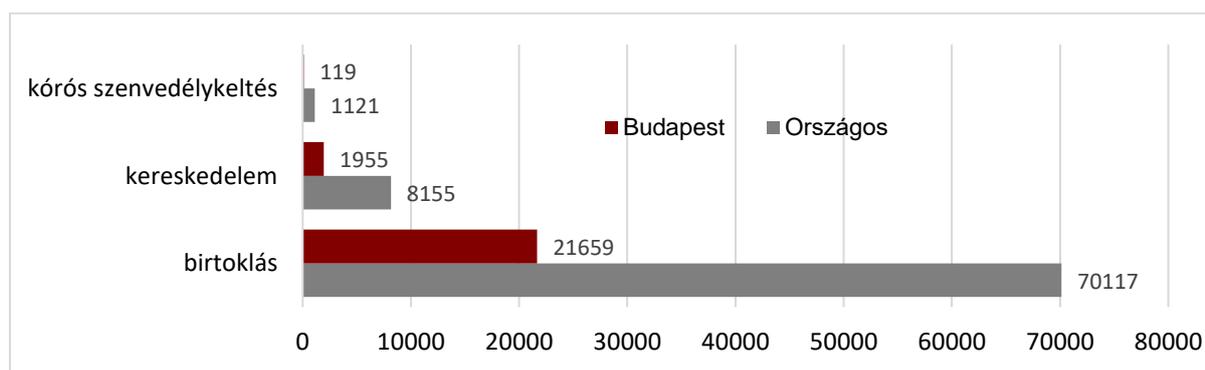
3.ábra: A Budapesten elkövetett kábítószerhez vagy új pszichoaktív szerhez kötődő regisztrált bűncselekmények száma az országosan regisztrált kábítószeres cselekményekhez képest (2007-2021)



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

Az országos adatokhoz viszonyítva a kábítószer-birtokláshoz köthető bűncselekmények 31%-át regisztrálták Budapesten. A kínálati típusba sorolható kábítószer-kereskedelemből kapcsolódó cselekmények 24%-át, míg a kóros szenvedélykeltésnek megfelelő cselekmények 11%-át követték el a fővárosban (ENYÜBS 2022).

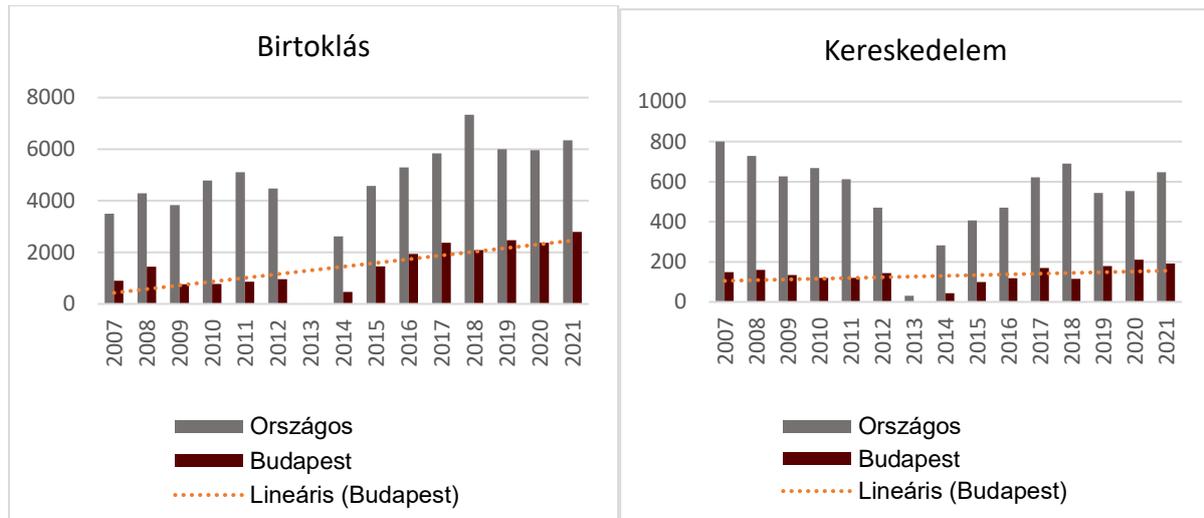
4.ábra: A Budapesten regisztrált bűncselekmények száma az országos adatokhoz képest elkövetői magatartások szerint



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

Évekre lebontva azt láthatjuk, hogy jellemzően az elmúlt években (2018 kivételével) növekedett meg Budapest részesedése a kábítószer-birtoklással összefüggésben, bár a kábítószer-kereskedelemben is megfigyelhető egy enyhe növekedés, ez kevésbé erőteljes, mint a birtoklás esetében.

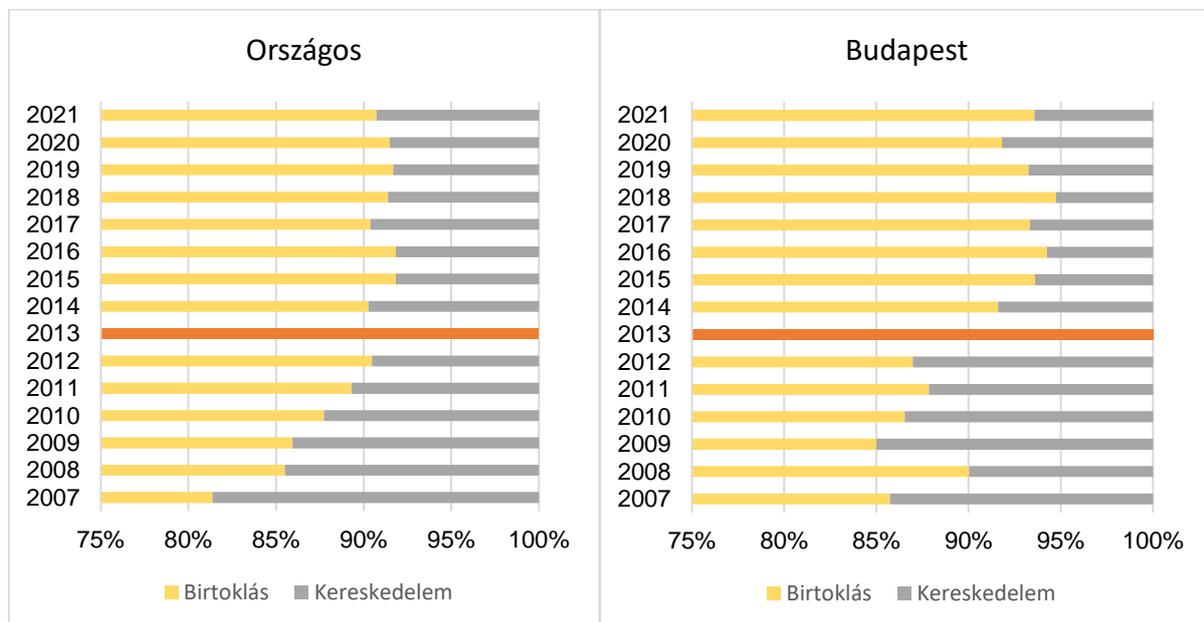
5.ábra: A kábítószer-kereskedelemhez és birtokláshoz kötődő bűncselekmények száma országosan és Budapesten (2007-2021)¹¹⁴



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

A fővárosban 2014-től növekedett meg jelentősen a regisztrált bűncselekmények száma, melynek nagy részét rendre a kábítószer-birtokláshoz kötődő bűncselekmények teszik ki. Ez a jelenség markánsabban figyelhető meg a budapesti adatokon, azonban - bár kevésbé számottevően - országosan is érvényes (ENYÜBS 2022).

6.ábra: A kábítószer-kereskedelemhez és birtokláshoz kötődő bűncselekmények megoszlása országosan és Budapesten (2007-2021)¹¹⁵



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

Szertípusok

A hivatalos ENYÜBS statisztikából nem lehetséges kinyerni a szertípusokra vonatkozó adatokat, azonban különbséget tudunk tenni a kábítószerrel elkövetett bűncselekmények,

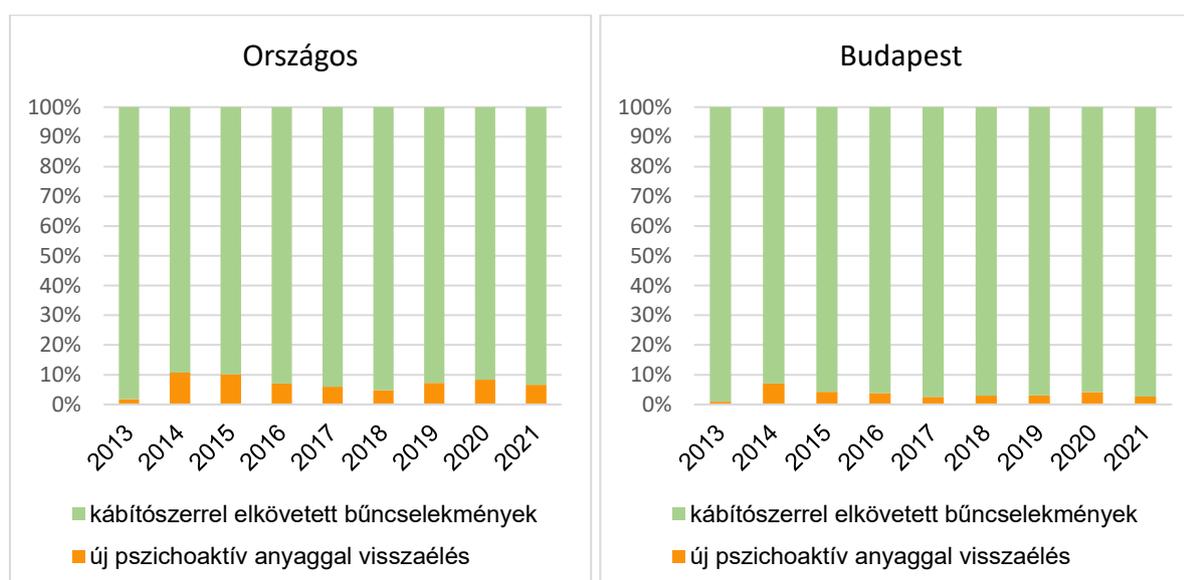
¹¹⁴ A 2013-as évre vonatkozóan nem áll rendelkezésre elég elemezhető adat.

¹¹⁵ A 2013-as évre vonatkozóan nem áll rendelkezésre elég elemezhető adat.

valamint az új pszichoaktív szerekkel elkövetett cselekmények között. Tekintettel arra, hogy az új pszichoaktív szerek fogyasztása különösen nagy kockázatot jelent, érdemes lehet kitérni arra, hogy országosan és Budapesten milyen arányban jelentek meg új pszichoaktív szerek a regisztrált bűncselekményekben. Fontos megjegyezni, hogy a bűnügyi statisztikákba nem kerül bele a csekély mennyiséget el nem érő új pszichoaktív szer tartása és birtoklása, ugyanis ez szabálysértési kategória. Budapestre vonatkozóan nem rendelkezünk külön szabálysértésre vonatkozó adatokkal, de az országos adatok alapján elmondható, hogy 2017 és 2021 között összesen 8891 új pszichoaktív szerekkel kapcsolatban indult szabálysértési eljárás, melyeknek több, mint 90%-a pénzbírság intézkedéssel zárult (ENYÜBS 2022).

A régi Btk. 2012. március 1.-től tartalmazta a „Visszaélés új pszichoaktív anyaggal” tényállást, melyet a 2010-es évektől megjelenő „dizájner drogok” rohamos elterjedése indokolt. Ennek megfelelően az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos elkövetési magatartások idősoros összehasonlítása csak 2012-től lehetséges. Tekintettel arra, hogy 2012-ben országosan mindösszesen 3 ilyen bűncselekmény regisztrált a statisztika, az elemzést a 2013-2021 közötti időszakra érdemes elvégezni.

7.ábra: Az új pszichoaktív szerekkel elkövetett bűncselekmények aránya a kábítószerrel elkövetett cselekményekhez képest országosan és Budapesten (2013-2021)



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

Az országos és fővárosi adatokat figyelembe véve az látható, hogy az új pszichoaktív szerekhez kapcsolódó regisztrált bűncselekmények száma, illeszkedik a kábítószer-piacon tapasztalt trendekhez, miszerint a legmagasabb arányuk 2014-ben (országosan: 12%; fővárosban: 8%) és 2015-ben (országosan: 11,3%; fővárosban: 4%) volt, amikor a rendőrségi lefoglalások 60%-át is ezek a szerek tették ki. Az adatokból továbbá az látszik, hogy a vizsgált időszakban országosan nagyobb az új pszichoaktív anyagokkal elkövetett regisztrált bűncselekmények aránya. Ebből az a következtetés vonható le, hogy vidéken jobban elterjedt az új pszichoaktív használat és ezáltal az azokkal kapcsolatos bűncselekmények, mint Budapesten (ENYÜBS 2022).

Elkövetési magatartások

A már ismertetett, az idősoros elemzésre vonatkozó nehézségek különösen vonatkoznak az elkövetési magatartásokra. Míg a régi Btk. összesen két tényállásban (282.§ (A, B, C) Visszaélés

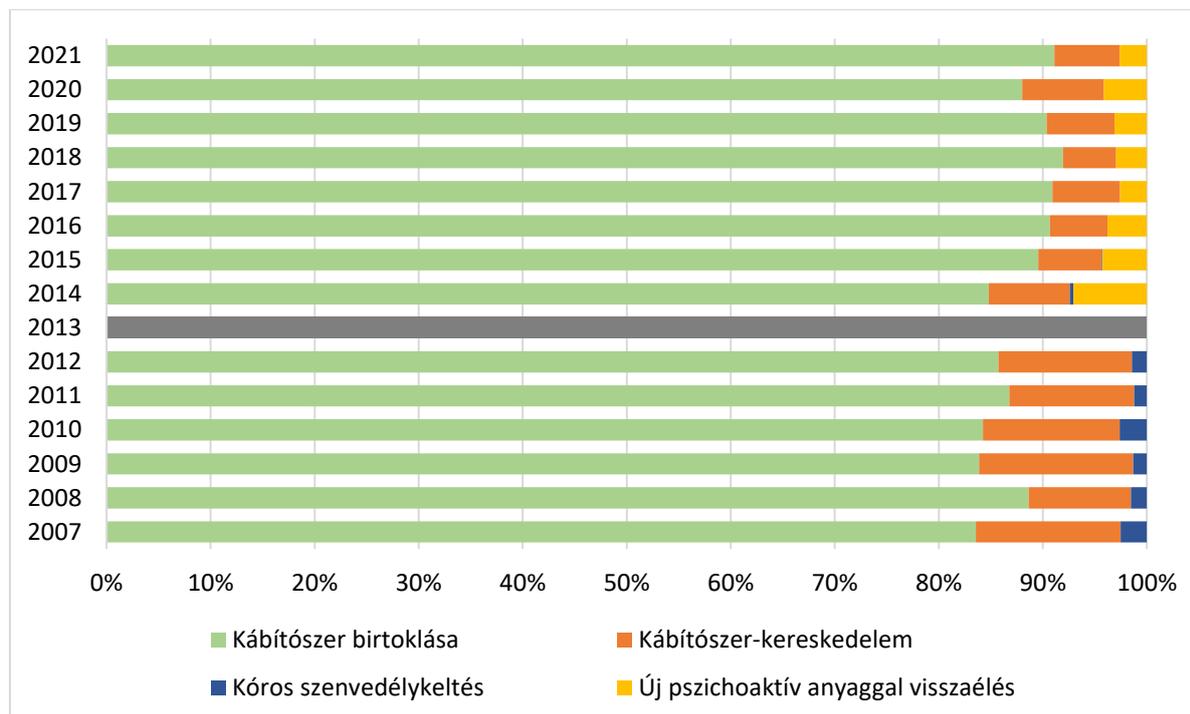
kábítószerrel; 283.§ Visszaélés új pszichoaktív anyaggal), addig az új Btk. hat tényállásban (176. § kábítószer-kereskedelem; 178. § kábítószer birtoklása; 181. § kóros szenvedélykeltés; 182. § kábítószer készítésének elősegítése; 183.§ kábítószer-prekurzorral visszaélés; 184. § új pszichoaktív anyaggal visszaélés) rendelkezik a kábítószerrel kapcsolatos cselekményekről. Ebből következik, hogy idősoros összehasonlítás a kábítószer-birtoklás; kábítószer-kereskedelem; valamint a kóros szenvedélykeltés bűncselekmények esetében lehetséges, bár a régi és új Btk. tényállásai nem feleltethetőek meg teljes mértékben egymásnak. A 2013-as évre vonatkozóan az új Btk. július 1-jei hatálybalépésére, valamint az ENYÜBS követő jellegére visszavehetően az esetek nagy része még a régi Btk. alkalmazása alá került¹¹⁶. Ebből kifolyólag nem rendelkezünk részletes adatokkal az elkövetési magatartásokra vonatkozóan, tekintettel, hogy az ezen évben regisztrált bűncselekmények már az új statisztikai rendszerbe kerültek integrálásra, „visszaélés kábítószerrel” címszó alatt összesítve az összes régi Btk-hoz tartozó cselekményt.

Az elkövetői adatok elemzésekor fontos megjegyezni, hogy egy elkövető több bűncselekményt is, illetve egy bűncselekményt több elkövető is elkövetett. Továbbá az elkövetőkre vonatkozó adatok nem tekinthetőek teljes körűnek, ugyanis az elkövetői adatok rögzítésekor csak a legsúlyosabb, illetve a gyermek-, vagy fiatalokként elkövetett bűncselekményt szükséges feltüntetni. Az elkövetőkre vonatkozó adatok elsősorban az elkövetés helye szerint kerülnek elemzésre.

A vizsgált időszakban, 2007 és 2021 között szigorúan kábítószer-birtokláshoz (saját használat céljából történő megszerzés vagy tartás) országosan az összes kábítószeres bűncselekmény 74%-a (70117 eset), Budapesten – hasonlóan az országos arányokhoz – 75%-a (21659 eset) tartozott. Országosan a kínálati típusba sorolható elkövetések, az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények 9%-át (8155 eset) tették ki, Budapesten pedig a 7%-át (1959 eset). Fontos megjegyezni, hogy valószínűsíthetően a kereskedelmi magatartások részesedése mind országosan, mind pedig Budapesten magasabb a statisztikában megjelentnél, mivel az új pszichoaktív szerekkel elkövetett cselekményeknél az ENYÜBS adatbázis alapján nem lehetséges elválasztani a csekély mennyiség feletti fogyasztást a kereskedelmi célzatú cselekményektől. Kóros szenvedélykeltés bűncselekményt Budapesten az összes kábítószeres bűncselekmény mindösszesen 0,4%-ában (119 eset) regisztráltak, míg új pszichoaktív szerekkel összefüggésben 2013-tól összesen 612 (2%) bűncselekményt követtek el (ENYÜBS 2022).

¹¹⁶ Az elkövetés pillanatában hatályban lévő jogszabály alapján kell megítélni az elkövetett cselekményeket, függetlenül a bűncselekmény regisztrációjának időpontjától.

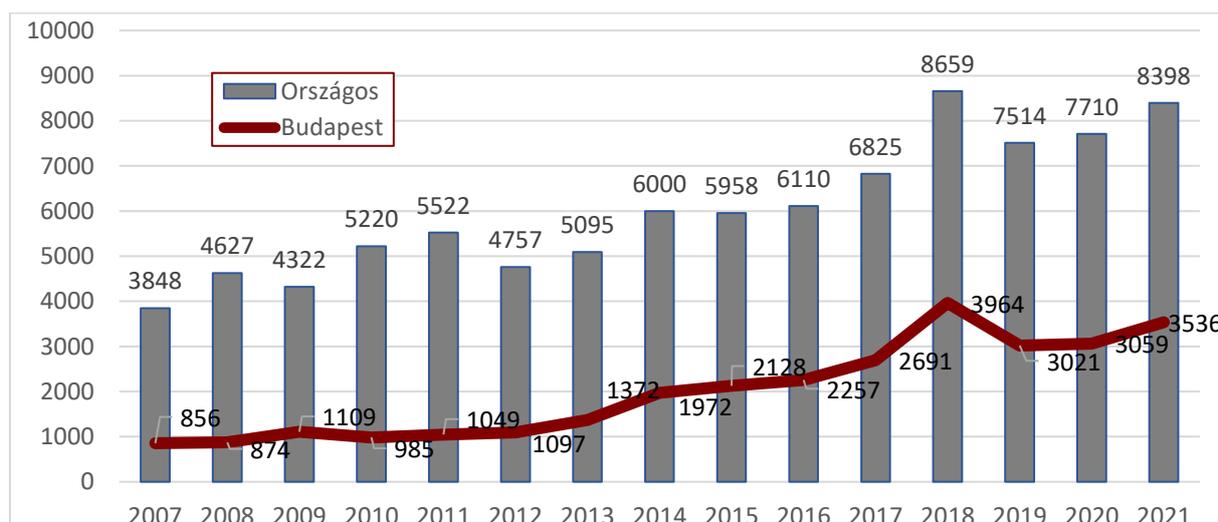
8.ábra: Ismertté vált kábítószer-bűncselekményt elkövetők megoszlása elkövetői magatartások szerint Budapesten (2007-2021)¹¹⁷



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

A vizsgált, 2007-től 2014-ig terjedő időszakban a 28909 Budapesten regisztrált bűncselekményhez kötődően 29970 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika. Az országosan regisztrált elkövetők (összesen 81978 fő) 34%-ánál lett megjelölve Budapest az elkövetés helyeként (ENYÜBS 2022).

9.ábra: Budapest, mint az elkövetés helye szerint regisztrált elkövetők aránya, az országosan összesen regisztrált elkövetőkéhez képest (2007-2021)



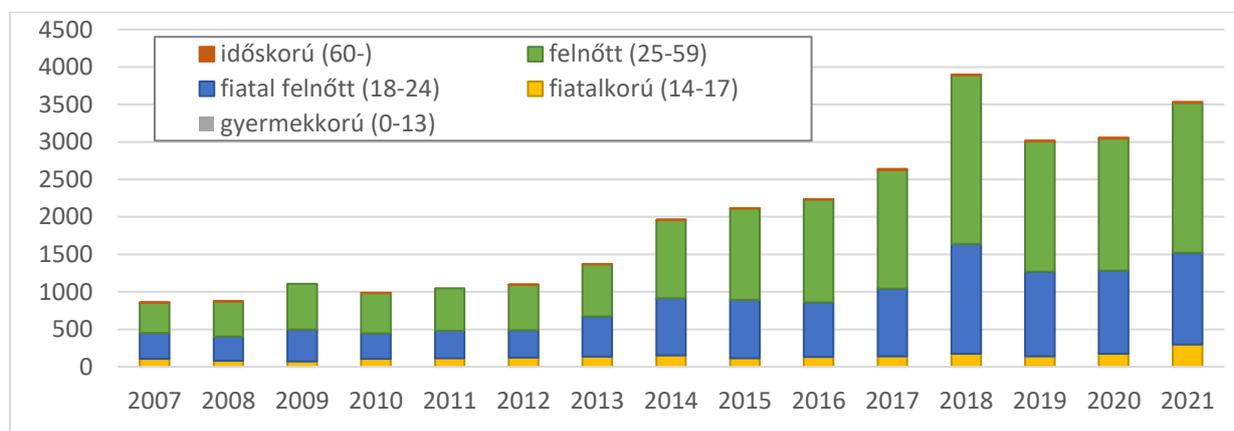
Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

¹¹⁷ A 2013-as évre vonatkozóan adatot annak a fentiekben részletezett bizonytalanságai miatt nem közöljük.

A kábítószer-bűncselekményeket elkövetők jellemzői

Az életkor szerinti megoszlást tekintve, a vizsgált 14 év alatt Budapesten az elkövetők 7,32%-a 18 év alatti (gyermekkorúak mindösszesen 8 esetben), 38,26%-a 19 és 24 év közötti fiatal, közel 60%-a 25-59 év közötti felnőtt volt. Az időssek aránya a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények között csak elenyésző arányban, 0,28%-ban jelenik meg. Összességében, elmondható azonban, hogy a kábítószer-bűncselekményt elkövetők túlnyomó része a fiatalabb korosztályból kerülnek ki, bár Budapestre vonatkozóan nem rendelkezünk külön adattal a 25-30 éves fiatal felnőttekről, a 20-24 évesek aránya hasonlóan alakul az országos adatokhoz, így valószínűsíthetően ez igaz a fővárosra is. Ezzel összefüggésben fontos megjegyeznünk, hogy míg 2015 és 2021 közötti időszakban az összes regisztrált bűnelkövető között a 20-24 évesek aránya mindösszesen 17% körül alakul, a kábítószeres esetekben országosan ez az arány 34% körüli, Budapesten pedig az években 37% körül alakult. Ezek alapján elmondható, hogy a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők az egyéb bűncselekmények elkövetőinél jóval fiatalabbak (ENYÜBS 2022).

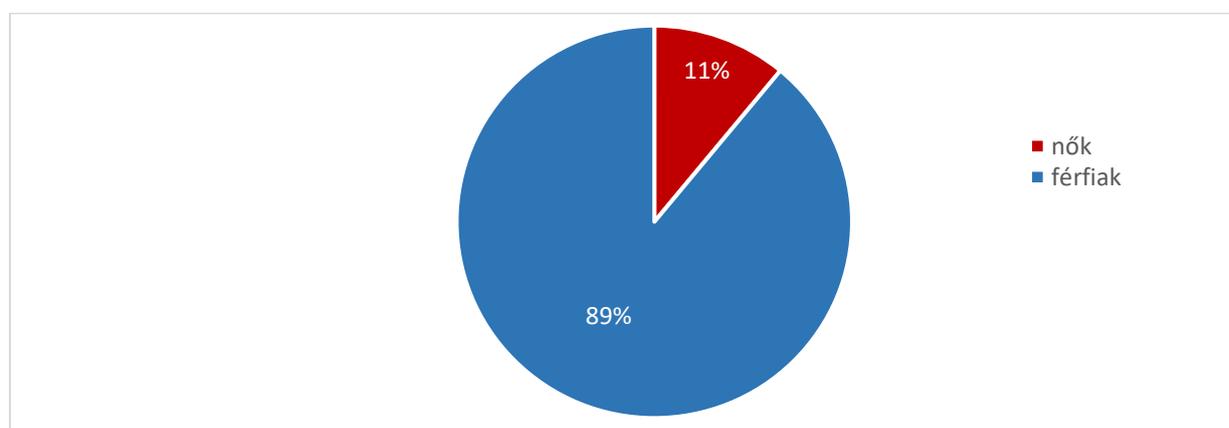
10.ábra: A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt elkövetők száma és kor szerinti eloszlása Budapesten (2007-2021)



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

A nemi eloszlást tekintve, nem tapasztalható eltérés Budapesten az országos arányokhoz képest. A 2007-2021-es időszak egészét tekintve a fővárosban (és országosan is) az elkövetők nagy többsége, körülbelül 90%-a férfi, míg 10%-a nő volt (ENYÜBS 2022).

11.ábra: A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményt elkövetők nem szerinti eloszlása Budapesten (2007-2021)



Forrás: ENYÜBS; elemezte: Bálint

Konklúziók

A budapesti kábítószer-bűnözés helyzetéről elérhető statisztikai adatok, valamint a hazai és nemzetközi kábítószerrel kapcsolatos büntető-igazságszolgáltatási rendszerek vizsgálata alapján a következő főbb megállapításokat tehetjük:

- A magyar szabályozás legmarkánsabban a fogyasztás büntetőjogi megítélésében különbözik a többi visegrádi országtól (és természetesen Ausztriáétól), tekintettel arra, hogy a fogyasztás csak hazánkban büntetőjogi kategória. A többi vizsgált országban a fogyasztás nem jár sem büntetőjogi, sem pedig szabálysértési szankcióval.
- A regisztrált bűncselekmények általában 1/3-át követik el a fővárosban évente.
- Az új Btk. bevezetése után, 2014-től nagyobb arányaiban növekedés figyelhető meg a kábítószer-birtoklással kapcsolatos esetek vonatkozásában Budapesten.
- Az új pszichoaktív szerekkel elkövetett bűncselekmények aránya Budapesten jóval alacsonyabb, mint országosan.
- A fővárosban regisztrált elkövetők statisztikai mutatói hasonlóan alakulnak az országos adatokhoz: a kábítószer-bűncselekmények elkövetői legtöbbször fiatal felnőtt férfiak.

Felhasznált források:

EMCDDA (2017). Cannabis Legislation in Europe. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4135/TD0217210ENN.pdf>

Letöltve:2022.09.29.

EMCDDA (2022). Penalties for Drug Law Offences in Europe at a Glance.

https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/content/drug-law-penalties-at-a-glance_en Letöltve: 2022.09.30.

ENYÜBS (2022). A Belügyminisztérium Egységes Nyomozóhatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszerének kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos 2013-2021. közötti időszakra vonatkozó fővárosi és országos adatai.

Lévay M., Ritter I. (2016). Az alkoholfogyasztás, a kábítószer-probléma és a bűnözés összefüggései. in: Borbíró A., Gönczöl K., Kerezsi K., Lévay M., 2016: Kriminológia, (Wolters Kluwer. Budapest. 2016) 530-545.o.

Nemzeti Drog Fókuszpont (2021). 2021-es éves jelentés az EMCDDA számára – Magyarország. 2021.

https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes2021_HU_2021_final.pdf Letöltve:2022.09.20

A PSZICHOAKTÍV SZERHASZNÁLATTAL ÉS SZERHASZNÁLÓKKAL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI VISZONYULÁSOK¹¹⁸

(KÉSZÍTETTE: Felvinczi Katalin & Paksi Borbála)

Bevezetés

A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos társadalmi attitűdök (értékelő viszonyulások) megismerése kiemelkedően fontos akkor, amikor szakmapolitikai dokumentumok készítése szerepel a napirenden, ugyanis azok a kezdeményezések, amelyek nem vetnek számot a társadalmi attitűdökkel, ellenállásba ütközhetnek és a szakmai kezdeményezés sikerét alapjaiban veszélyeztethetik. A szerhasználati problémák kezelése csak komplex rendszerben képzelhető el, s minthogy ezek a problémák az úgy nevezett „ördögi” (wicked)¹¹⁹ problémák körébe a sorolhatóak, más megközelítést és megoldási módokat igényelnek, mint a szokványos (Tame) problémák (Ritchey T. 2011), ez a körülmény különösen is indokoltá teszi a társadalmi attitűdök vizsgálatát.

Jelen tanulmány feladata, hogy a budapesti népesség attitűdállapotait mutassa be a későbbi stratégia alkotási folyamat megkönnyítése érdekében. A következő oldalakon szereplő elemzés az országos adatokat tekinti át és elemzi azokat (kitérve természetesen a Budapest – vidék dimenzióban tapasztalható különbségekre), azonban már ezen a ponton meg kell jegyezni, hogy kevés kivételtől eltekintve, a budapesti népesség és az ország többi részének lakossága nagyon hasonlóan vélekedik a pszichoaktív szerhasználókkal, a szerhasználat veszélyességével kapcsolatban. Tehát a budapesti népesség és az ország többi részének az attitűdjei nem mutatnak érdemi különbséget. Tanulmányunkban az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) kutatás¹²⁰ 2019-es adatfelvétele (Paksi és mtsai, 2021) során nyert információkra támaszkodunk. A budapesti minta viszonylag kis elemszáma (224 fő) önmagában csak korlátozott megbízhatóságú elemzéseket tesz lehetővé, azonban az attitűdök/társadalmi viszonyulások esetében az országos adatok, melyek a használókat/használatot körülvevő szélesebb társadalmi közegnek a jellemzését teszik lehetővé, alapvető jelentőséggel bírnak.

A pszichoaktív szerhasználókkal és szerhasználattal kapcsolatos egyes attitűddimenziók mentén nyert adatok

A szerhasználati magatartás kialakulása és fennmaradása szempontjából a jelenséggel kapcsolatos társadalmi attitűdök, azok mintázódása és tartalma nagy jelentőséggel bírhat, ahogy erre számos kutatás rámutatott (pl. Room, 2007). Jelen tanulmányban az OLAAP 2019-es adatfelvétele során vizsgált, a pszichoaktív szerhasználattal és szerhasználókkal (illegális szerek, alkohol, visszaélészerű gyógyszerhasználat) kapcsolatos társadalmi viszonyulások megismerésére irányuló kérdések közül a társadalmi távolsággal és a veszélyészleléssel

¹¹⁸ A fejezet egy korábbi írásunk (Felvinczi, Magi, Sárosi & Paksi, 2017) átdolgozásával készült.

¹¹⁹ Wicked problems are a variety of particularly complex, persistent and resistant problems in public policy, (Robert, J. S. 2008).

¹²⁰ Az OLAAP 2019 kutatás részletes módszertani bemutatásától itt eltekintünk, azok megtalálható a budapesti felnőtt népesség droghasználatával foglalkozó fejezet mellékletében.

kapcsolatos attitűdökkel foglalkozunk. Tanulmányunkban a 18-64 éves magyarországi népesség pszichoaktív szerhasználattal és szerhasználókkal kapcsolatos attitűdjeit, a különböző attitűddimenziók társadalmi mintázódását vizsgáljuk, először leíró statisztikai eszközökkel, majd kísérletet teszünk arra, hogy a társadalmi távolság skála mentén kapott adatok becslésére különböző szociodemográfiai háttérrel és szerhasználati előzményekkel kapcsolatos változók bevonásával magyarázó modellt alkossunk. Ezt követően bemutatjuk, hogy a társadalmi attitűdök alakulásában milyen változások zajlottak le az elmúlt közel két évtizedben (2001-2019 között). Végezetül pedig áttekintjük, hogy a nemzetközi térben megvalósított a droghasználattal és használókkal is foglalkozó attitűd kutatások milyen társadalomképet rajzolnak ki. Néhány esetben az adatfelvételi módszerek egyezősége lehetőséget teremt a nemzetközi és hazai tapasztalatok összevetésére is.

Szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi távolság

Az OLAAP 2019 kutatás keretében a pszichoaktív szerhasználattal/szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi attitűdök vizsgálata – többek között – a korábbi drogepidemiológiai vizsgálatokban is szokásosan alkalmazott Bogardus skála¹²¹ (Bogardus, 1927, 1967) segítségével történt. A vizsgálatunk során 14 társadalmi csoporttal kapcsolatosan vizsgáltuk a válaszadó által még elfogadható és/vagy preferált szociális távolság mértékét¹²².

A társadalmi távolsággal kapcsolatos eredmények alapján a fővárosi lakosság körében a vizsgált szerhasználó csoportok közül általában a kábítószer-használók, valamint az iszákosok elutasítottsága nem különbözik szignifikánsan¹²³ a vidéki népességre jellemző elutasítási arányoktól, így esetükben a magyarországi felnőtt népesség vonatkozásában bemutatott arányok, illetve mintázódások a fővárosra is érvényesek. A marihuána használókkal kapcsolatos társadalmi távolság esetében azonban tendencia jellegű különbség mutatkozik a fővárosi és vidéki népesség között: az elutasítók aránya a fővárosban 69,6%, vidéken 75,6¹²⁴% (melléklet 1. táblázat) és – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – a fővárosi népesség esetében majdnem feleakkora csak (OR=0,57) a kannabiszhasználók elutasítottsága, mint a vidéki lakosság körében. (lásd: melléklet 2. táblázat), mindazonáltal a fővárosi minta alacsony elemszáma miatt itt is az országos adatokat mutatjuk be, de ebben az esetben az adatok fővárosra való értelmezése során érdemes ezzel az eltéréssel kalkulálni.

Az OLAAP 2019-es adatfelvétel eredményei szerint a 18-64 éves magyarországi népesség több mint négyötöde elutasítón viszonyult ahhoz, hogy a szomszédjába kábítószerhasználó (84,0%; $\pm 1,9$) költözzön. Ennek alapján 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a magyarországi felnőtt népesség körében a leginkább elutasított társadalmi csoportot a kábítószerhasználók képezik. Ennél szignifikánsan kisebb, de a többi vizsgált társadalmi

¹²¹ A Bogardus-féle társadalmi távolság skála egy egydimenziós, hierarchikus skála, melynek egyes itemei egy kontinuum mentén helyezkednek el, melyek az attitűd tárgyjal kapcsolatban elfogadható intimitás mértékét mérik.

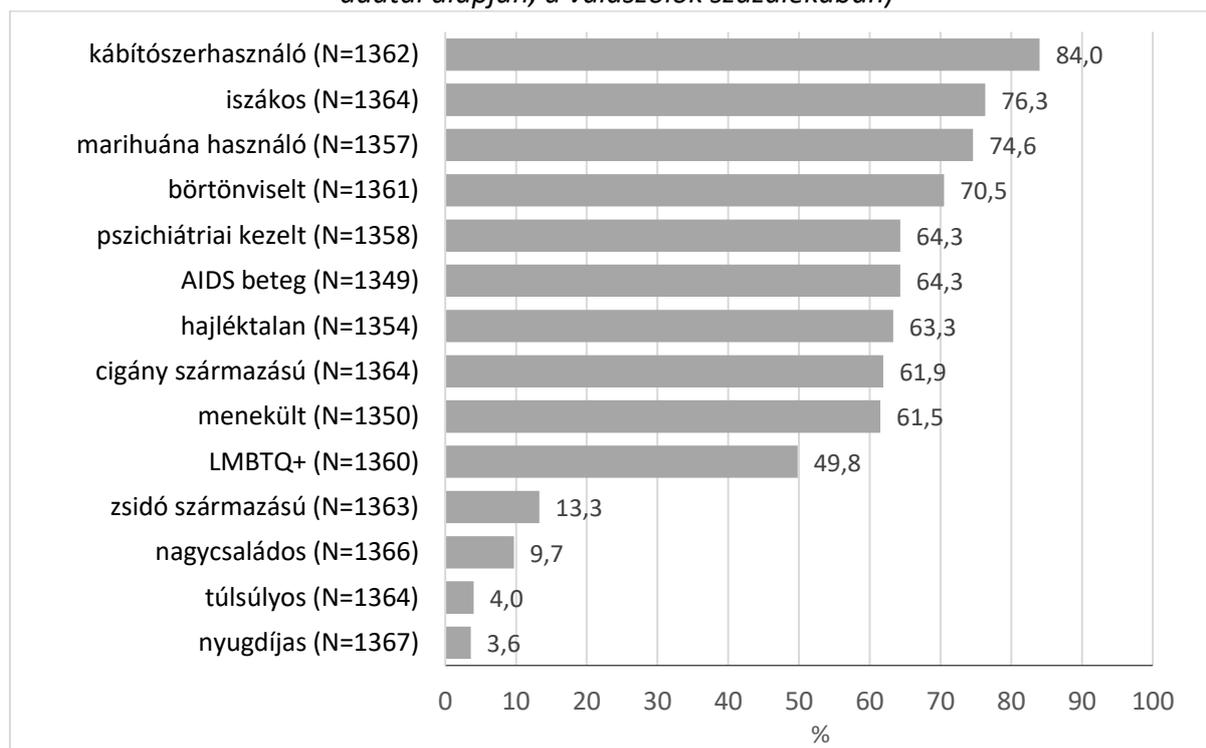
¹²² A Bogardus skála szomszédsági viszonyra vonatkozó itemét használtuk, összhangban a korábbi hazai drogepidemiológiai vizsgálatokkal (ADE 2001, ADE 2003, OLAAP 2007, OLAAP2015), illetve egyéb, nemzetközi kutatásokkal (EVS, Eurobarometer). A megkérdezettek egy ötfokú skála (1-ellenezné; 2-inkább nem; 3-attól függ 4-nem befolyásolná; 5-szívesen látná) segítségével adtak választ arra, hogy az adott társadalmi csoport reprezentánsát elfogadnák-e szomszédjuknak, vagy sem. Elemzéseink során a válaszkategóriákat összevontuk, az „ellenezné” és az „inkább nem” válaszokat az „elutasító”, az „attól függ”, „nem befolyásolná”, „szívesen látná” válaszokat pedig a „nem elutasító” kategóriába soroltuk.

¹²³ A többi jellemző kontroll alatt tartása mellett sem.

¹²⁴ $p=0,055$

csoport reprezentásaihoz képest szignifikánsan magasabb a más szerhasználó magatartásokkal jellemezhető személyek elutasítottsága is: a lakosság mintegy háromnegyede – hibahatáron belül azonos arányban – negatívan nyilatkozott az „iszákosok” (76,3%; $\pm 2,3$) és a marihuána használók (74,6%; $\pm 2,3$) feltételezett szomszédságáról. Más társadalmi csoportokhoz képest tehát a pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatban a magyarországi felnőtt népesség szignifikánsan nagyobb társadalmi távolságtartást jelzett. A szerhasználók elutasítottságánál 95%-os megbízhatósággal kisebb, egymással azonban hibahatáron belül megegyező a vizsgált társadalmi csoportok jelentős részével kapcsolatos lakossági vélekedés: a felnőtt népességben általában tízből 6-7 ember, ellenezné, vagy inkább nem fogadná el, ha szomszédságába börtönviselt (70,5% $\pm 2,4$), pszichiátriai kezelt ill. AIDS beteg (64,3%; $\pm 2,6$), hajléktalan (63,3%; $\pm 2,6$), cigány származású (61,9%; $\pm 2,6$) vagy menekült (61,5%; $\pm 2,6$) költözne. A vizsgálat idején (2019 tavaszán) az LMBTQ+ emberekkel kapcsolatos társadalmi viszonyulás az elutasítás és elfogadás határán billegett ötven százalék körüli (49,8% $\pm 2,7$) elutasítottsági aránnyal, s a vizsgált társadalmi csoportok közül a zsidó származásúak, nagycsaládosok, túlsúlyos emberek és a nyugdíjasok esetében a társadalom döntő többsége nem elutasító (1. ábra).

1. ábra: A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasító válaszok aránya a magyarországi 18-64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



A szerhasználói előzmények (marihuána használat és a tiltott drogok életprevalencia értéke, előző havi alkoholfogyasztás), valamint a vallásosság mentén mindhárom pszichoaktív szerhasználó csoport megítélése szignifikáns mintázódást mutat (lásd: melléklet 1. táblázat). Minden szerhasználati előzmény minden a megítélés tárgyát képező szerhasználó csoport esetében szignifikánsan kisebb mérvű elutasítással jár együtt, vagyis, akiknek van bármilyen legális vagy tiltott szerhasználati előzményük, azok kisebb arányban utasítják el a szerhasználókkal való feltételezett szomszédsági viszonyt, bár az alkoholfogyasztási előzmény esetében a kábítószeresek, ill. a kannabisz használók vonatkozásában csak nagyon alacsony

hatásméretű eltérés mutatkozik, míg a tiltott szerhasználati előzmény esetén ilyen különbségtétel nem azonosítható. A vallásosság mentén is mindhárom szerhasználói csoporttal kapcsolatos vélemény gyenge szignifikáns, s hasonló mintázódással leírható összefüggést mutat: a legnagyobb mértékű elutasítottság rendre a „maga módján vallásos” populációban jellemző, s a többi vallási irányultság között csak hibahatáron belüli eltérések tapasztalhatók. A nemi hovatartozás mentén csak a kábítószerhasználó és az „iszákos” emberek megítélésében mutatkozott nagyon enyhe, de szignifikáns mintázódás: a férfiak mindkét szerhasználó csoport esetében kevésbé elutasítóak, mint a nők. A várható legmagasabb iskolai végzettséggel összefüggésben pedig a kábítószerhasználók és a marihuánahasználók megítélésében mutatkoztak szignifikáns különbségek: mindkét szerhasználói csoporttal kapcsolatban az érettségivel rendelkezők, illetve nem rendelkezők között mutatkozik hibahatáron túli eltérés, de az utóbbi csoporton belül is a szakmunkás végzettséggel rendelkezők tendencia jelleggel nagyobb elutasítása jellemző. A fenti, szignifikáns mintázódások mentén azonban rendre alacsony vagy elhanyagolható hatásméretű különbségek rajzolódhatnak ki. Az életkor és – mint ahogy azt már említettük – a lakóhely urbanizációs státusa mentén pedig egyik szerhasználó csoport megítélése esetében sem tapasztalható szignifikáns mintázódás.

Annak vizsgálatára, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett kábítószerhasználókkal, az iszákosokkal és a marihuánahasználókkal kapcsolatos a társadalmi távolság milyen szociodemográfiai tényezőkkel és szerhasználati előzményekkel mutat összefüggést, bináris logisztikus regressziós modelleket hoztunk létre¹²⁵ (Melléklet 2. táblázat).

A *kábítószerhasználók* elutasítottságának becslésére létrehozott modellben a bevont magyarázó változók közül – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – mindössze három tényező, a családban előforduló deviáns minták, a vallásos beállítódás egyik típusa, illetve az egyéb tiltott drogfogyasztási előzmények kapnak szignifikáns szerepet (Melléklet 2. táblázat, 2. oszlop). Azok, akik használtak már életükben kannabiszon kívül más tiltott drogokat (is) – a nem használókhoz képest – 73%-kal kisebb arányban utasítják el a kábítószerhasználókkal való szomszédsági viszonyt. A családban előforduló deviáns magatartástípusok számának növekedésével kisebb mértékben (14%-kal), de szintén csökken az elutasító hozzáállás előfordulásának esélye. Ugyanakkor a „maga módján vallásos” népesség körében – a „vallásos, az egyház tanításait követő” lakossághoz képest – több mint két és félszer nagyobb (OR=2,68) a kábítószerhasználókkal való szomszédsági viszony elutasításának kockázata. Megjegyezzük ugyanakkor, hogy többi – a vallásosságuk tekintetében bizonytalan, illetve nem vallásos/ateista – vallási irányultság esetében az elutasítás kockázata nem különbözött

¹²⁵ Az ENTER módszerrel létrehozott modellek célváltozóját az különböző szerhasználó csoportokkal – iszákosokkal, marihuána-használókkal és kábítószerhasználókkal – kapcsolatos szomszédsági viszony elutasítását kifejező dichotóm (0-nem elutasító; 1-elutasító) változók képezték. Független változóként pedig a nemi hovatartozást, urbanizációs- és kulturális státuszt, vallási irányultságot, valamint szerhasználati előzményeket megjelenítő mutatókon kívül még bevontunk munkaerőpiaci- és anyagi státussal, társas integráltsággal, anómiával, deviáns családi mintákkal kapcsolatos, valamint különböző életdimenziókkal való elégedettséget kifejező változókat.

Mindhárom szerhasználói csoport elutasításának becslésére irányuló modell szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a kiindulási, prediktor változókat még nem tartalmazó modell (Kábítószerhasználók: $\chi^2=55,399$ (21), $p<0,001$; Iszákosok: $\chi^2=67,961$ (21), Nagelkerke $R^2=0,106$; $p<0,001$, Nagelkerke $R^2=0,102$; Marihuánahasználók: $\chi^2=99,692$ (21), $p<0,001$, Nagelkerke $R^2=0,149$), azonban a bevont változószett mindegyik modell esetében csak minimális mértékben növelte a besorolás pontosságát, tehát a modell elsősorban a mintázódások letisztázását segíti, mintsem a viszonyulások becslését.

szignifikánsan az egyház tanításait követő vallásos népességben mutatkozó elutasítási hajlandóságtól.

A *kannabiszhasználók* elutasítottságának becslésére – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – a kábítószerhasználók elutasítottságának becslése esetén kapott modellhez nagyon hasonló modellt sikerült létrehozni (Melléklet 2. táblázat 4. oszlop). Azzal a különbséggel, hogy a családban előforduló deviáns minták és a „maga módján vallásos” beállítódás mellett nem az egyéb tiltott drog, hanem a kannabisz-fogyasztási előzmények kapnak szerepet, valamint megjelenik még három további szignifikáns tényező is, a lakóhely, a társas integráció, valamint az anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség. A fővárosi népesség esetében majdnem fele (OR=0,57) akkora csak a kannabiszhasználók elutasítottsága, mint a vidéki lakosság körében. A társas integráció, valamint az anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség egységnyi növekedése esetén pedig – a több tényező kontroll alatt tartása mellett – mintegy háromnegyedére csökken a kábítószerhasználókkal való szomszédsági viszony elutasításának kockázata.

Az „iszákosok” elutasítottságának becslésére létrehozott modell esetében – a többi tényező kontroll alatt tartása mellett négy szignifikáns tényezőt sikerült azonosítani (Melléklet 2. táblázat 3. oszlop). Ezek közül három tényező megjelent a kannabisz-, illetve általában a kábítószerhasználó elutasítottságának becslésére létrehozott modellben is. A családban előforduló deviáns magatartástípusok számának, valamint a társas integrációnak¹²⁶ a növekedése esetén az iszákosokkal kapcsolatos szomszédsági viszony elutasítottsága is alacsonyabb. Hasonlóképpen a korábbi modellekhez, itt is megjelenik a „maga módján vallásosok” körében – az „egyház tanításait követő” vallásos népességhez képest – a nagyobb mértékű (OR=1,86) elutasítás. Új elem azonban az „iszákosok” elutasítottságának becslésére létrehozott modellben a kedvezőtlen anyagi státusz szerepe: a hátrányos anyagi helyzetet kifejező index egységnyi növekedése esetén 22%-kal csökken az „iszákosok” elutasításának kockázata.

A többváltozós elemzések megerősítették azt az összefüggést, hogy a legnagyobb mértékű elutasítottság rendre a „maga módján vallásos” populációban jellemző, s a többi vallási irányultság között csak hibahatáron belüli eltérések tapasztalhatunk. Hasonlóképpen megerősítették a többváltozós modellek azt is, hogy az életkor mentén a magyarországi felnőtt népességben nem tapasztalható szignifikáns mintázódás egyik szerhasználói csoport elutasítottságával kapcsolatban sem. Ugyanakkor míg a páronkénti elemzésekben azt láthattuk, hogy akiknek van bármilyen legális vagy tiltott szerhasználati előzményük, azok bármilyen szerhasználó csoporttal kevésbé elutasítóak, a többváltozós modellekben – a főbb szociodemográfiai jellemzők kontroll alatt tartása esetén – az alkoholfogyasztási előzmény elveszti szignifikáns szerepét, s az egyéb szerhasználati előzmények szerepe is csak a „saját csoport” elutasítottsága tekintetében tűnik ki. A többi tényező kontroll alatt tartása mellett a nemi hovatartozás, illetve a kulturális státusz szerepe sem jelenik meg. Emellett a többváltozós modellek alapján azt mondhatjuk, hogy egyik szerhasználó csoport elutasítottsága sem mutat szignifikáns mintázódást a magyarországi felnőtt népességben sem a munkaerőpiaci státussal, sem az anómiás érzületek előfordulásával, sem egészséggel, illetve társas kapcsolatokkal való elégedettséggel összefüggésben.

¹²⁶ Az összefüggés óvatos értelmezésére int bennünket, hogy a társas integráció esetén az esélyhányadoshoz kapcsolódó 95%-os konfidenciaintervallum magába foglalta a kapcsolat hiányát kifejező 1,00-ás értéket is.

A különböző szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos veszélyészlelés

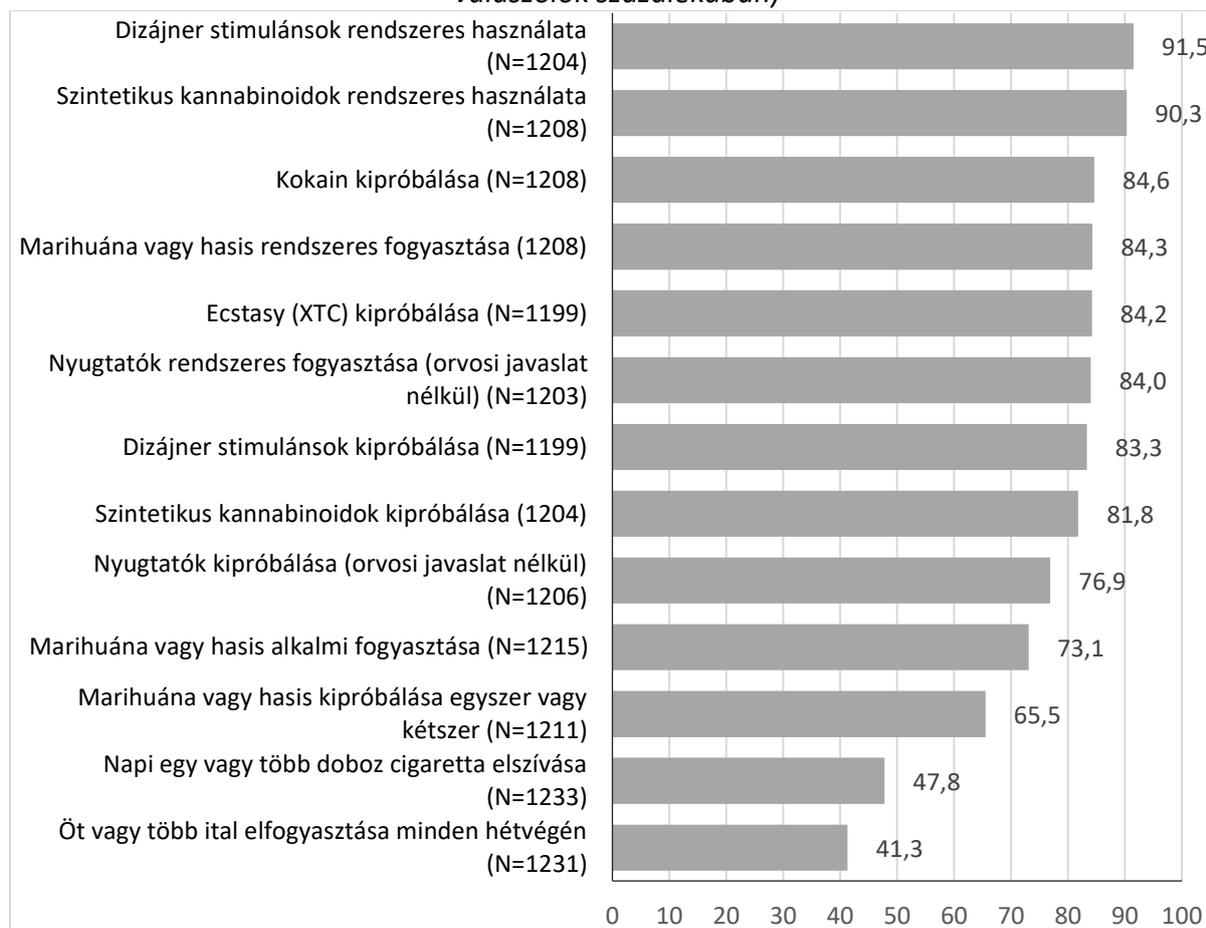
Mind a szerhasználat, mind pedig a szerhasználók megítélése szempontjából fontos tényezőnek tekinthető, hogy az emberek miként ítélik meg az egyes szerhasználói magatartások veszélyességét. A veszélyesség megítélésének szerepe lehet a szerek kipróbálásában, a szerhasználat fennmaradásában (Grevenstein et al, 2015, Salloum et al, 2018), a használt szerek választásában, illetve a különböző szerek együttes fogyasztásában (polidrog-használat). Az OLAAP 2019-es kutatás keretében 13 szerhasználó magatartás vonatkozásában vizsgáltuk, hogy a magyar társadalom (18-64 évesek) hogyan gondolkodik az egyes (legális és illegális) szerhasználói magatartások veszélyességéről¹²⁷.

A kutatási adatok alapján ez esetben is elmondhatjuk, hogy a vizsgált 13 szerhasználó magatartás többsége tekintetében – a napi egy vagy több doboz cigaretta elszívása kivételével (ahol a nagyon veszélyesnek tartók aránya a fővárosi lakosság körében 40%, vidéken 49,6%) – nem mutatkozik szignifikáns urbanizációs mintázódás, így a magyarországi felnőtt népesség vonatkozásában bemutatott adatok alapvetően a fővárosra is érvényesnek tekinthetők.

A magyarországi felnőtt népesség valamennyi illegális szer fogyasztását (tekintet nélkül a fogyasztási intenzitásra) nagyobb arányban tartja nagyon veszélyesnek, mint a rendszeres nagymennyiségű alkoholfogyasztást (öt vagy több ital elfogyasztása minden hétvégén), illetve dohányzást (1-2 doboz cigaretta elszívása naponta). A rendszeres nagyívás az egyetlen vizsgált magatartás, ahol a „nagyon veszélyes” véleményt képviselők kisebbségbe kerülnek (41,3 (±2,8), a lakosság egyharmada (33,8%; ±2,6) közepesen, egynegyede (24,9; ±2,6) pedig nem, vagy csak kismértékben tartja veszélyesnek a minden hétvégén legalább öt vagy több ital elfogyasztását. A dohányzás esetében ennél valamelyest szigorúbb lakossági hozzáállás tapasztalható, a felnőtt népesség közel fele (47,8%; ±2,8) tartja nagyon veszélyesnek a napi 1-2 doboz cigaretta elszívását, ami 95%-os megbízhatósági szinten magasabb, mint a rendszeres nagyívás esetében kapott érték. A dohányzással kapcsolatos veszélyészlelést a marihuána/hasis kipróbálás megítélése követi, amit a felnőtt népesség szignifikánsan nagyobb hányada, 65,5%-a (±2,7) tart nagyon veszélyesnek. Majd a lakosság által percipiált veszélyességi rangsorban a marihuána/hasis kipróbálásával kapcsolatos veszélyészleléshez képest 95%-os megbízhatósági szinten magasabb értékkel – a mérés standard hibáját figyelembe véve – holtversenyben a marihuána/hasis alkalmi fogyasztása (73,1%; ±2,5), illetve a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli kipróbálása (76,9%; ±2,5) következik. A szintetikus kannabinoidok, a dizájner stimulánsok, az extasy és a kokain kipróbálását, valamint a marihuána/hasis, illetve a nyugtatók orvosi rendelvény nélküli rendszeres használatát a társadalom 80-85%-a tartja nagyon veszélyesnek, s ezen szerhasználó magatartások veszélyessége tekintetében, 95%-os megbízhatósági szinten nem regisztráltunk hibahatáron túli (±2,2-1,6) különbségeket. A lakosság körében a két legveszélyesebbnek érzékelt szerhasználó magatartás a szintetikus kannabinoidok (90,3%; ±1,7), valamint a dizájner stimulánsok rendszeres használata (91,5%; ±1,6) (2. ábra).

¹²⁷ A válaszolók az egyes szerhasználó magatartásokkal kapcsolatban egy 4 fokú skálán (1- nem veszélyes; 2-kicsit veszélyes; 3-közepesen veszélyes; 4-nagyon veszélyes) tudták a véleményüket megjeleníteni.

2. ábra: A különböző szerhasználó magatartásokat nagyon veszélyesnek tartók aránya a magyarországi 18-64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)



A tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés társadalmi/demográfiai mintázódását két mutató mentén elemeztük, egyrészt a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelést általában megjelenítő index¹²⁸ segítségével, másrészt a kannabisz kipróbálásának veszélyeivel kapcsolatos válaszok vonatkozásában.

Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek (kivéve a kannabisz kipróbálása) fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés esetében a nem, a vallásosság, valamint a kannabisz-, illetve az egyéb tiltott drogfogyasztási előzmény mentén tudunk gyenge hatásméretű, de szignifikáns mintázódásokat azonosítani (Melléklet 3. táblázat bal oldali oszlopok). Általában a tiltott szerekkel kapcsolatos veszélyészlelés esetében – a már említett urbanizációs mintázat hiánya mellett – nem jelentkezett szignifikáns kapcsolat az életkorral, a kulturális státussal, valamint az aktuális alkoholfogyasztással sem. Szignifikánsan kisebb veszélyészlelés jellemzi a férfiakat, illetve azokat, akik rendelkeznek kannabisz-, vagy egyéb tiltott szer-használata terén valamilyen tapasztalattal. Ez a kisebb veszélyészlelés nem csak a nőkhöz, illetve a szerhasználati tapasztalattal nem rendelkező populációhoz képest jelenik

¹²⁸ A veszélyészlelésre vonatkozó válaszok erős multikollinearitást jeleztek (KMO=0,903). Emiatt a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerekkel (kivéve a marihuána/hasis kipróbálást) kapcsolatos veszélyészlelésre vonatkozó változókon főkomponens elemzéssel egy 0 átlagú, 1 szórású, a kannabisz kipróbálás kivételével általában a lakosság egyéb tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelését összességében kifejező, a bevitt változók információtartalmának 73,2%-át megőrző indexet hoztunk létre.

meg: a negatív indexérték a társadalmi átlaghoz képest is mérsékeltebb veszélyészlelést jelez. Emellett a vallásosság mentén azonosítható szignifikáns mintázódás általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásához kapcsolódó veszélyészlelés tekintetében, melynek alapján a legkisebb veszélyészlelés a vallásosságuk tekintetében bizonytalan populáció körében, a legmagasabb pedig a vallásos, az egyház tanításait követő népességben mutatkozott.

A kannabisz kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés tekintetében a vizsgált háttérváltozók közül mindössze a – már említett – lakóhely vonatkozásában nem találtunk szignifikáns mintázódást, minden más esetében – a nem, a korcsoport, a kulturális státusz, a vallásosság és a szerhasználati előzmények mentén – rendre szignifikáns különbségek figyelhetők meg. Ezek közül a korcsoport és a kannabisz használattal kapcsolatos előzmények mentén közepes, a többi tényező esetében gyenge, vagy elenyésző hatásméretű különbség azonosítható. Leginkább markáns mintázat a kannabisz-használati előzmények mentén rajzolódik ki: a kannabisz-használati tapasztalatokkal nem rendelkező népességben 7,5-ször nagyobb a kannabisz kipróbálását nagyon veszélyesnek tartók aránya, mint azok körében, akik fogyasztottak már az életük során valaha marihuánát/hasist. Más szerhasználati előzmény esetében szintén szignifikáns, de kevésbé markáns különbségek mutatkoznak: az egyéb tiltott drog-használati tapasztalat esetében ez az eltérés csak mintegy négyszeres, az aktuálisan (is) alkoholt fogyasztók esetében azonban csak elenyésző hatásméret melletti különbség mutatkozott. A kannabisz-használati előzmény mellett a korcsoportok mentén mutatkozott markáns, közepes hatásméretű mintázódás. A különböző életkori csoportok közül a leginkább kiemelkedő veszélyészlelés a kannabisz kipróbálása tekintetében a legidősebb vizsgált korcsoport esetében tapasztalható: 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a kannabisz kipróbálásával kapcsolatban az 55-64 évesek körében minden más korcsoportéhoz képest felfokozott veszélyérzet jellemző. Emellett tendencia jelleggel a 35-44 éves korosztály veszélyészlelése is magasabb, mint az ennél fiatalabbaké. A legmagasabb iskolai végzettség alapján tapasztalható gyenge szignifikáns különbség elsősorban a szélső kulturális státusok eltérő vélekedésében mutatkozik meg: az érettségivel nem rendelkezők körében 95%-os megbízhatósági szinten magasabb a kannabisz fogyasztást nagyon veszélyesnek tartók aránya, mint a felsőfokú végzettségűek körében. Emellett tendencia jelleggel az érettségizettek veszélyészlelése is magasabb, mint diplomásoké. A vallásosság mentén mutatkozó gyenge szignifikáns mintázódás alapján a vallásosságuk tekintetében bizonytalanok, vagy a nem vallásos/ateista lakosság és az egyház tanításait követő vagy maguk módján vallásos népesség közötti, 95%-os megbízhatósági szinten az utóbbiak fokozott veszélyérzetével leírható mintázódást kell kiemelnünk. Ugyanakkor tendencia jelleggel a vallásosokon belül is megjelenik a „maga módján vallásos” csoport kisebb, illetve a másik oldalon a vallásosságuk tekintetében bizonytalanok kiemelkedően alacsony veszélyészlelése. A fenti összefüggések mellett a férfiak körében azonosítható szignifikánsan alacsonyabb veszélyészlelés.

[A pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások változása a magyarországi felnőtt népesség körében](#)

A pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások vonatkozásában közel 20 éves időszak tendenciáit tudjuk felvázolni a Bogardus skálán mért adatok segítségével. Ezen

mérőeszköz valamennyi korábbi hazai lakossági drogepidemiológiai adatfelvételben¹²⁹ is felvételre került¹³⁰.

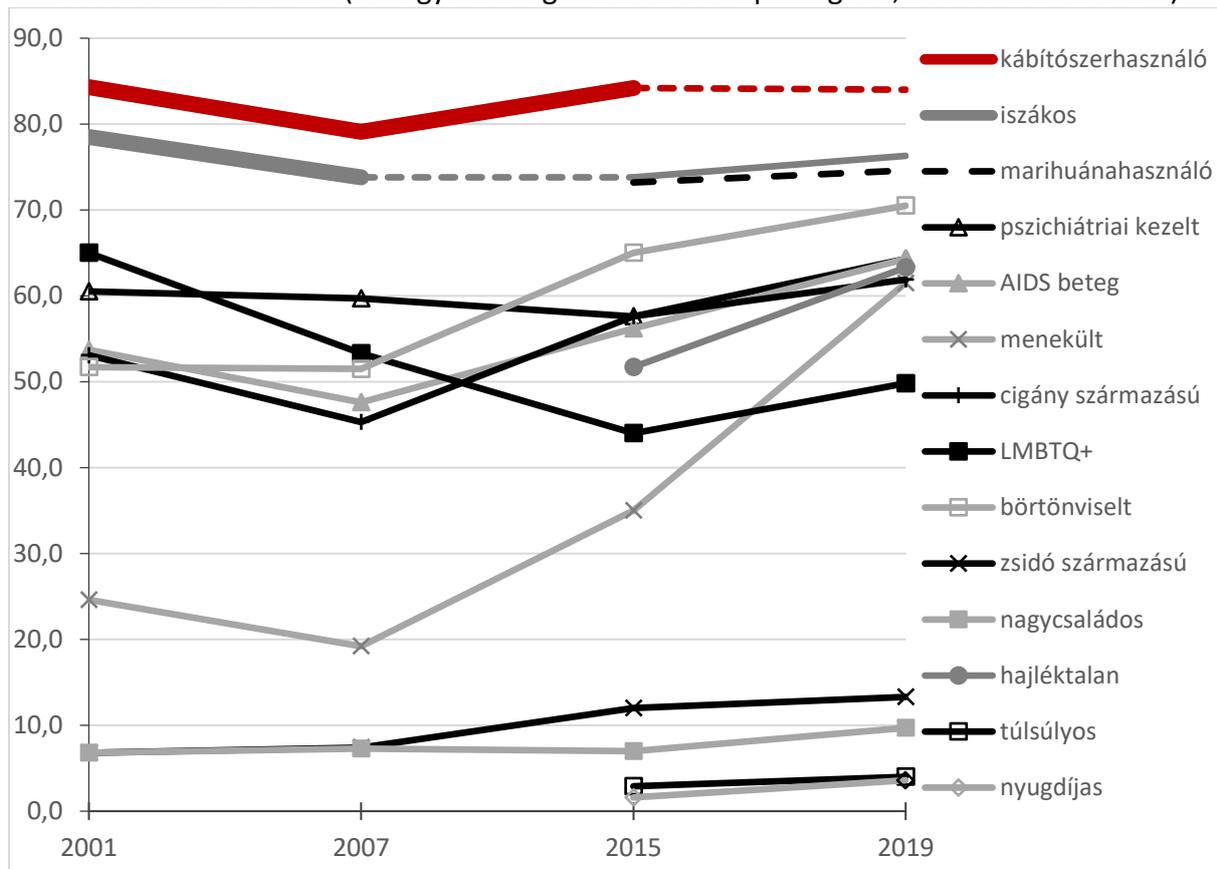
Ahogy azt korábban bemutattuk, az aktuálisan a magyar társadalom a pszichoaktív szerhasználókkal (iszákosok, marihuána használók, kábítószeresek) kapcsolatban – más társadalmi csoportokhoz képest – kiemelkedően nagy társadalmi távolságtartást jelzett: a magyarországi felnőtt népességben nyolcból hat-hét ember elutasító pozíciót foglal el a pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos szomszédsági viszony esetén.

Az alábbiakban a 2001 és 2019 között készült adatfelvételek valamelyikében vizsgált 14 társadalmi csoporttal kapcsolatosan kinyilvánított elutasítás mértékét mutatjuk be négy adatfelvételi év (2001, 2007, 2015, 2019) adatai alapján (3. ábra). A 2001 és 2007 közötti időszakban az akkor vizsgált 10 különböző társadalmi csoport közül hat esetben tapasztalhattunk 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli enyhülést a szomszédsági viszony elutasítása tekintetében, beleértve és a kábítószerhasználókat (esetükben 84,3%-ról ($\pm 1,5$) 79,1%-re ($\pm 1,5$) csökkent az elutasítók aránya) és az iszákosokat (ahol 78,5%-ról ($\pm 1,7$) 73,8%-ra ($\pm 1,7$) mérséklődött az arány) is. Ebben az időszakban elutasítás mértékének hibahatáron túli enyhülését tapasztaltuk még az AIDS betegek, a menekültek, a cigány származásúak, az LMBTQ emberek vonatkozásában is. Ez a tendencia 2015-re megfordult. A kábítószerhasználók esetében 95%-os megbízhatósági szinten az elutasítás arányának fokozódását jelezték az adatok (79,1%-ról ($\pm 1,5$) 84,2%-re ($\pm 1,9$) emelkedett), majd az elutasítás 2019-re ezen a magasabb, a 2001-ben mért értékkel megegyező szinten stabilizálódott. Az iszákosok elutasítása tekintetében a 2007-es enyhébb fokú elutasítás volt jellemző még 2015-ben is, azonban 2019-re tendencia jelleggel ezen társadalmi csoport esetében is növekedett a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya (73,8%-ról ($\pm 2,3$) 76,3%-ra ($\pm 2,3$)). Az elutasítás mértéke 2007 és 2015 között összességében hat társadalmi csoport esetében fokozódott 95%-os megbízhatósággal, és csak egy olyan társadalmi csoport volt, ahol az elutasítás mértékének csökkenését jelezték az adatok: az LMBTQ+ emberek esetében 95%-os megbízhatósági szinten (53,3%-ról ($\pm 1,9$) 44,0%-ra ($\pm 2,6$) mérséklődött az elutasítók aránya. A 2015-2019-es periódusban a szomszédsági viszony elutasításának mértéke tovább növekedett, az ezen években vizsgált 14 társadalmi csoport közül hét társadalmi csoport esetében jeleztek a válaszadók 95%-os megbízhatósági szinten növekvő társadalmi távolságot, s további négy csoport esetében az elutasítás mértékének tendencia jellegű fokozódása mutatkozott.

¹²⁹ A korábbi vizsgálatok a következők: ADE 2001: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003); ADE 2003: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes & Paksi, 2004); OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2007 (Paksi mtsai, 2009); OLAAP 2015: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2015 (Paksi mtsai, 2017)

¹³⁰ Az elmúlt két adatfelvételi körben bővült a vizsgált társadalmi csoportok köre: míg 2001 és 2007 között csak kilenc csoporttal kapcsolatban (börtönviselt, kábítószeres, iszákos, LMBTQ+, cigány származású, AIDS beteg, pszichiátriai kezelt, menekült, zsidó származású, nagycsaládos) került felvételre a skála, addig az utolsó két adatfelvételben a hajléktalan, a túlsúlyos, a nyugdíjas és a marihuána használókkal kapcsolatban is.

3.ábra: Az egyes társadalmi csoportokat elutasítók aránya 2001 és 2019 között az egyes adatfelvételi éveken (a magyarországi 18-64 éves népességben, a válaszolók %-ában)



Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Paksi, 2009; Paksi et al., 2017

Jelölések az iszákosok, kábítószerhasználók és a marihuánahasználók esetében:
 Vastag folyamatos vonal: 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás
 Vékony folyamatos vonal: 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás
 Szaggatott vonal: nem történt hibahatáron túli elmozdulás

Összességében elmondhatjuk, hogy a magyar felnőtt népesség körében 2001 és 2007 között a vizsgált társadalmi csoportok többsége esetében mérséklődött, majd 2007 és 2015 között – az LGBTQ+ emberek kivételével – ismét növekedett a velük szemben tartott társadalmi távolság. A 2007 és 2015 közötti, jellemzően a társadalmi távolság növekedésével leírható folyamat 2015 és 2019 között tovább erősödött, még olyan társadalmi csoportok vonatkozásában is, melyekkel kapcsolatban a többség nem elutasító, azaz nem tartoznak a stigmatizált csoportok körébe (pl. a nyugdíjasok, nagycsaládosok). A fenti változásokkal együtt azt is láthatjuk, hogy a magyar társadalom mindvégig a kábítószeresekkel és egyéb pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatban tartott legnagyobb társadalmi távolságot.

A magyarországi felnőtt népesség pszichoaktív szerhasználattal/szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulásai nemzetközi kontextusban

Mint azt a korábbi fejezetekben láttuk a szerhasználókkal/szerhasználattal kapcsolatos társadalmi viszonyulások tekintetében nem, vagy csak nagyon kis mértékben azonosítható szignifikáns különbség a lakhely (Budapest – vidék) tekintetében, tehát érvényesnek tekinthető az a megállapítás, hogy a magyarországi felnőtt népesség általában markánsan elutasító a kábítószerhasználókkal kapcsolatban (ettől eltérő vélekedés a többdimenziós modellek tanúsága szerint csak a marihuánahasználók megítélése tekintetében azonosítható). Tehát a budapesti népesség és az ország többi részének az attitűdjei nem mutatnak érdemi különbséget. A fentiek alapján indokolt bemutatni a pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások nemzetközi kontextusát, valamint annak időbeli alakulását.

Az e helyütt nem terjedelmi okok nem részletezett módszertani nehézségek okán az alábbiakban a hazai attitűdállapotok nemzetközi kontextusát és szintén a nemzetközi kontextus időbeni trendjeinek elemzése érdekében két nemzetközi összehasonlító vizsgálat adatait használjuk fel, az Európai Érték Vizsgálatét (European Value Survey (<https://europeanvaluesstudy.eu/>), melyben rendszeresen minden hullámban felvételre kerülnek a jelen érdeklődésünk fókuszában szereplő kérdések is, valamint az Eurobarometer (<https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/hu/be-heard/eurobarometer>) adatait, mely esetenként – legutóbb 2014-ben (Flash Eurobarometer 401, 2014) – speciális vizsgálatokat is végez a drogokkal és drogpolitikával kapcsolatos attitűdök mérésére.

A pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos hazai társadalmi távolság nemzetközi kontextusa - az Európai értékvizsgálat alapján

Az Európai értékvizsgálat¹³¹ (European Value Study -EVS) keretében – sok egyéb kérdéskör mellett – rendszeresen vizsgálják a különböző társadalmi csoportokkal kapcsolatos attitűdöket is, a társadalmi távolság skála (Bogardus 1967) szomszédsági viszony megítélésére vonatkozó itemének segítségével, hasonlóan a hazai drogepidemiológiai vizsgálatok keretében is alkalmazott eljáráshoz¹³². A hazai társadalmi távolságra vonatkozó adatok nemzetközi kontextusba helyezése során alkalmazott eljárást lásd a tanulmány mellékletében.

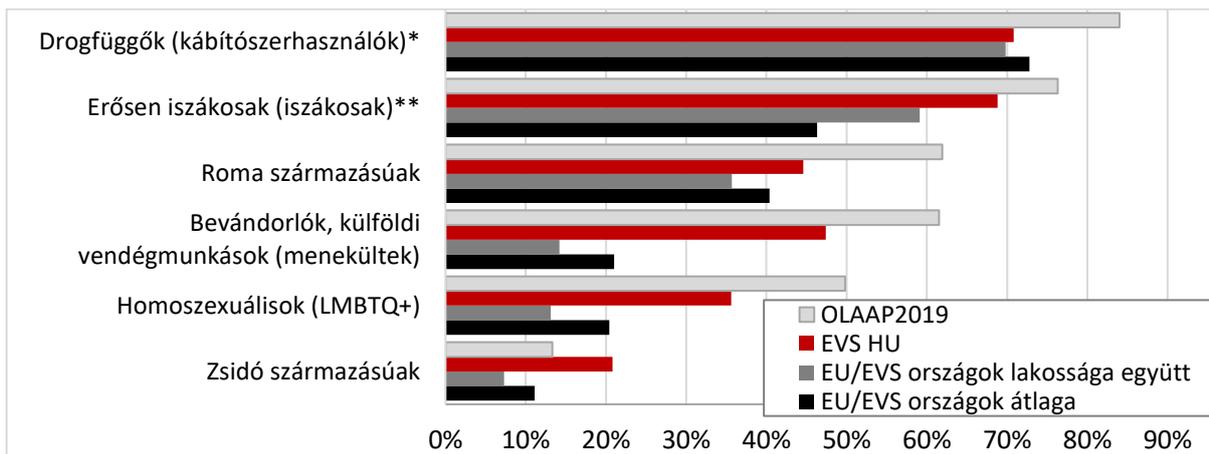
Az EVS 2017 adatai alapján megállapítható, hogy – a különböző társadalmi csoportok egymáshoz viszonyított elutasítási arányainak magyarországi alakulása tekintetében leírtakkal összhangban – más európai országokban, illetve általában az európai lakosság körében is a pszichoaktív szerhasználók, ezen belül is drogfüggők jelentik a leginkább elutasított társadalmi csoportot (4. ábra). A magyar népességben hibahatáron belül azonos arányú a drogfüggők

¹³¹ Az EVS vizsgálat adatfelvételi hullámai 1981 óta 9 évenként ismétlődnek. Az egyes adatfelvételek a résztvevő országok lakosságának 18 év feletti, véletlen módon kiválasztott (kivéve az első hullámot, ahol a kvótás kiválasztás is megengedett volt) országos reprezentatív mintáján készülnek. Eddig öt hullám készült, az utolsó, 5. hullám az EVS 2017, melynek adatfelvétele a résztvevő országokban 2017-2020 között zajlott. <https://europeanvaluesstudy.eu/>

¹³² Az EVS kutatás során a következő kérdésfeltevést alkalmazzák: „Ezen a listán különböző típusú emberek vannak. Ki tudná választani azokat, akiket Ön nem szeretne szomszédainak, ha vannak ilyenek?” (1-ementette, 2-nem említette) A 2017-es vizsgálatban a listában a következő társadalmi csoportok kerültek felsorolásra: Más fajhoz tartozó emberek; Erősen iszákosak; Bevándorlók/külföldi vendégmunkások; Kábítószeresek; Homoszexuálisok; Keresztények; Muzulmánok; Zsidók; Cigányok. A magyarországi EVS kutatásban ezeken a csoportokon kívül még a következő csoportok megítélését is vizsgálták: Büntetett előéletűek; Szélsőbaloldaliak; Szélsőjobbaldaliak; Nagycsaládosok, Érzelmileg bizonytalan emberek; AIDS-esek.

elutasítási aránya, mint az Unió vizsgált országaiban élő lakosság körében (EVS HU: 70,8 ±2,3; EU/EVS lakosság: 69,8 ±0,5). Hasonló megállapítást tehetünk akkor is, ha a magyarországi EVS adatot a résztvevő Uniós országokban kapott elutasítási arány átlagával hasonlítjuk össze (EU/EVS országok átlaga: 72,8 ±2,0). Azaz a drogfüggők elutasítása általában az unió lakossága körében, illetve átlagosan más uniós országokban is hasonló mértékű, mint Magyarországon.

4.ábra: A különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya az EVS 2017 kutatásban a résztvevő EU országok (valamint Norvégia és Svájc) lakossága körében, az egyes országokban átlagosan, a magyarországi EVS mintában, valamint az OLAAP2019 kutatásban (18-64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2020) adatok alapján (a számítás módját lásd a 4.1 alfejezet elején lévő keretes részben).

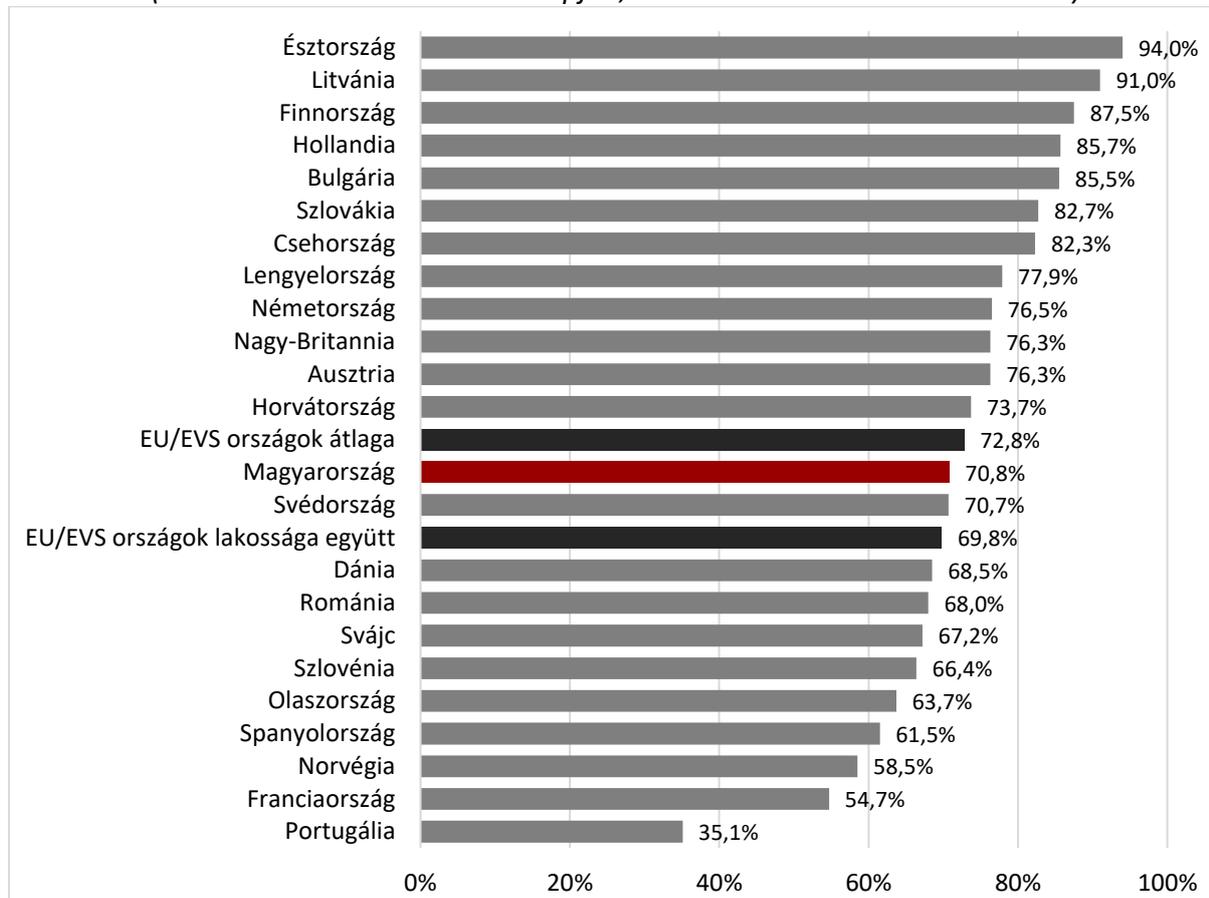
*Az EVS vizsgálatban általában a függőkre (drug addicts) vonatkozott a kérdés, a magyarországi EVS kérdőívben azonban az OLAAP 2019 kérdéssel megegyezően kábitószerhasználók szerepeltek.

** Az EVS vizsgálatban az erősen iszákosokra vonatkozott a kérdés, míg az OLAAP 2019 vizsgálatban az iszákosokra.

Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy amennyiben az OLAAP 2019 vizsgálatban mért elutasítás mértékét összehasonlítjuk az EVS 2017 Magyarországra vonatkozó adataival akkor – vélhetően az OLAAP és az EVS kutatások eltérő kérdésfeltevése, illetve egyéb adatfelvételi sajátosságai, kérdezési kontextusa miatt – azt láthatjuk, hogy az OLAAP 2019 kutatásban a vizsgált magatartások többsége esetében – a zsidó származásúak kivételével – az elutasítók aránya rendre a mérés hibahatárát meghaladó mértékben magasabb (4. ábra). Emiatt a hazai társadalmi távolságra vonatkozó adatok nemzetközi kontextusba helyezése során a továbbiakban a magyarországi helyzet jellemzésére is az EVS adatokat használjuk.

Mint azt a 4. ábrán szereplő összesített adatok alapján láthattuk, a drogfüggők elutasítása általában az unió lakossága körében, illetve átlagosan más uniós országokban is hasonló mértékű, mint Magyarországon. Amennyiben az országokat sorba rendezzük a drogfüggőket elutasítók aránya alapján (5. ábra), akkor láthatjuk, hogy a legnagyobb elutasítási aránnyal jellemezhető ország Észtország, ahol 23,2 százalékponttal nagyobb a drogfüggőket elutasítók aránya, mint hazánkban, és a legkisebb pedig Portugáliában, ahol 35,7 százalékponttal kisebb. A vizsgált 23 ország közül – a mérés hibahatárát figyelembe véve – 11 országban nagyobb a drogfüggőket elutasítók aránya, mint Magyarországon, és 5 olyan országot találunk, ahol kisebb. Magyarország a drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság alapján Horvátországgal, Svédországgal, Dániával, Romániával, Svájjal és Szlovéniával szerepel egy blokkban.

5.ábra: A drogfüggők esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók aránya az EVS 2017 kutatásban a résztvevő EU országokban (valamint Norvégiában és Svájcban), valamint a vizsgált országok népessége körében együttesen, és a vizsgált országokban átlagosan, (az EVS 2017 kutatás adatai alapján, a 18-64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2020) adatok alapján (a számítás módját lásd a tanulmány mellékletében).
A vizsgált országokra, illetve azok lakosságára összesített, valamint a magyarországi adatok kiemelésével.

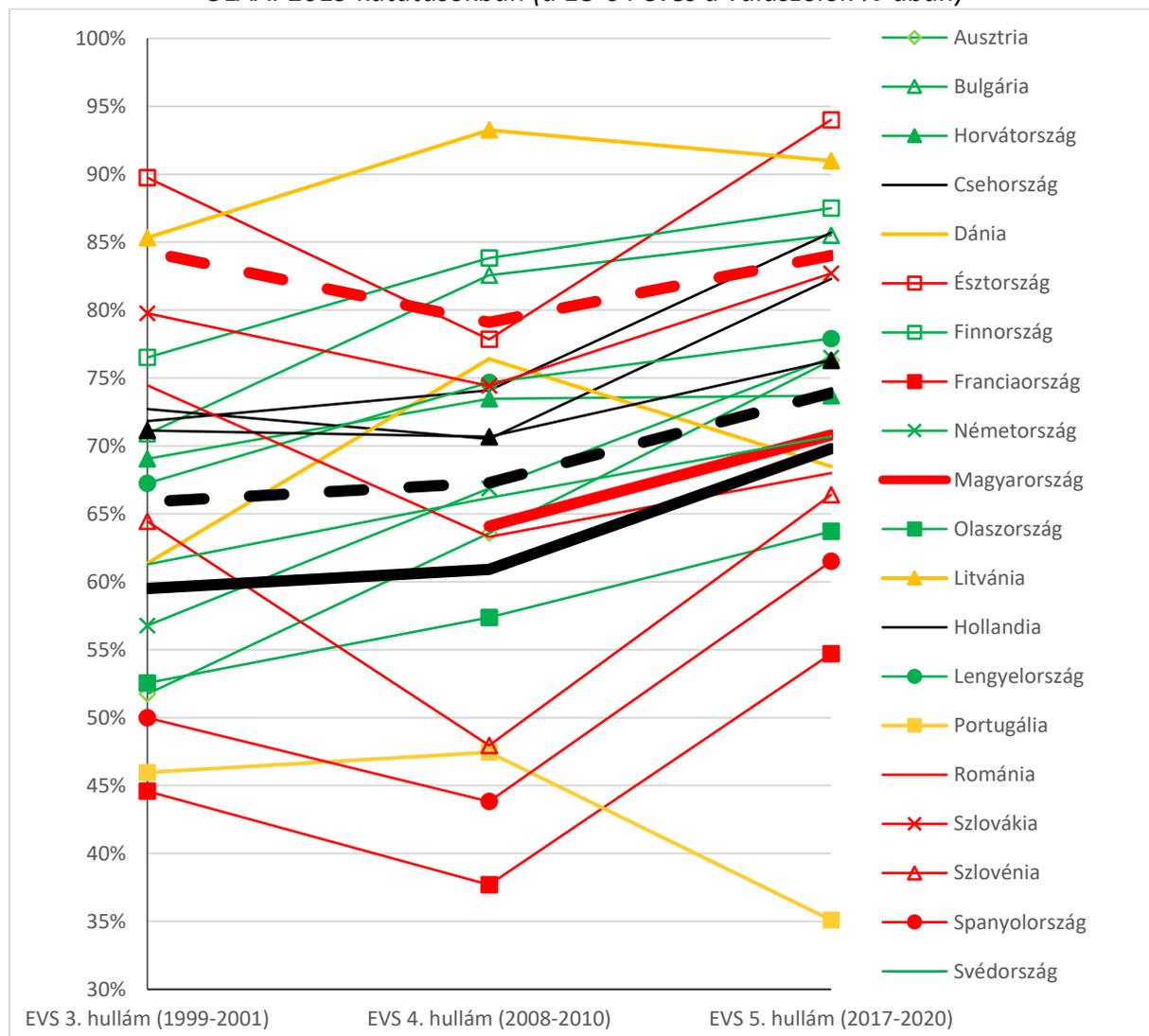
A pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások magyarországi változásait vizsgálva láthattuk (3. ábra), hogy magyar felnőtt népesség körében 2001 és 2007 között hibahatáron túl csökkent az elutasítottságuk. A kábítószerhasználók esetében 2015-re ez a tendencia megfordult és 95%-os megbízhatósági szinten az elutasítás aránya fokozódott, majd 2019-re ezen a magasabb, a 2001-es értékkel megegyező szinten stabilizálódott.

A társadalmi távolság 2001 és 2019 közötti időszakra felvázolt hazai tendenciáinak európai kontextusát az EVS vizsgálatok 3. 4. és 5. hullámának adatai alapján tudjuk leginkább megteremteni, mely három hullám 1999 és 2020 között készült adatfelvételeket öleli fel. A mindhárom hullámban résztvevő és a drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság kérdését vizsgáló 20 Uniós ország, illetve az ezen országok lakossága körében, valamint a vizsgált országokban átlagosan mért elutasítási arányokat láthatjuk a 6. ábrán¹³³.

¹³³ Tekintettel arra, hogy a magyarországi EVS vizsgálatoknak csak a 4. és 5. hullámában szerepelt a társadalmi távolság skála, így magyarországi EVS adatokat ugyan feltüntettük az ábrán, azonban az EU/EVS összesített mutatókban a magyar adatok nem szerepelnek. A teljes időszakra vonatkozó hazai változásokat az ADE2001, az OLAAP2007 és az OLAAP 2019 adatok alapján érzékeltetjük. Mivel–az OLAAP és az EVS vizsgálatok eltérő mért

A drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság az EVS 3. és 4. hulláma között a vizsgált országokban átlagosan, és az Unió népessége körében is stagnált, majd a 4. és 5. hullám között hibahatáron túl növekedett (6. ábra vastag fekete folytonos ill. szaggatott vonal).

6.ábra: A drogfüggők esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása az EVS 3-5. hullámaiban: a résztvevő EU országokban, a vizsgált országok lakossága körében együttesen, és a vizsgált országokban átlagosan, illetve a ADE2001, OLAAP2007 és az OLAAP2019 kutatásokban (a 18-64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2021) adatok alapján (a számítás módját lásd tanulmány mellékletében).
A magyarországihoz hasonló tendenciákat mutató országok pirossal, az ellentétesek sárgával jelölve.

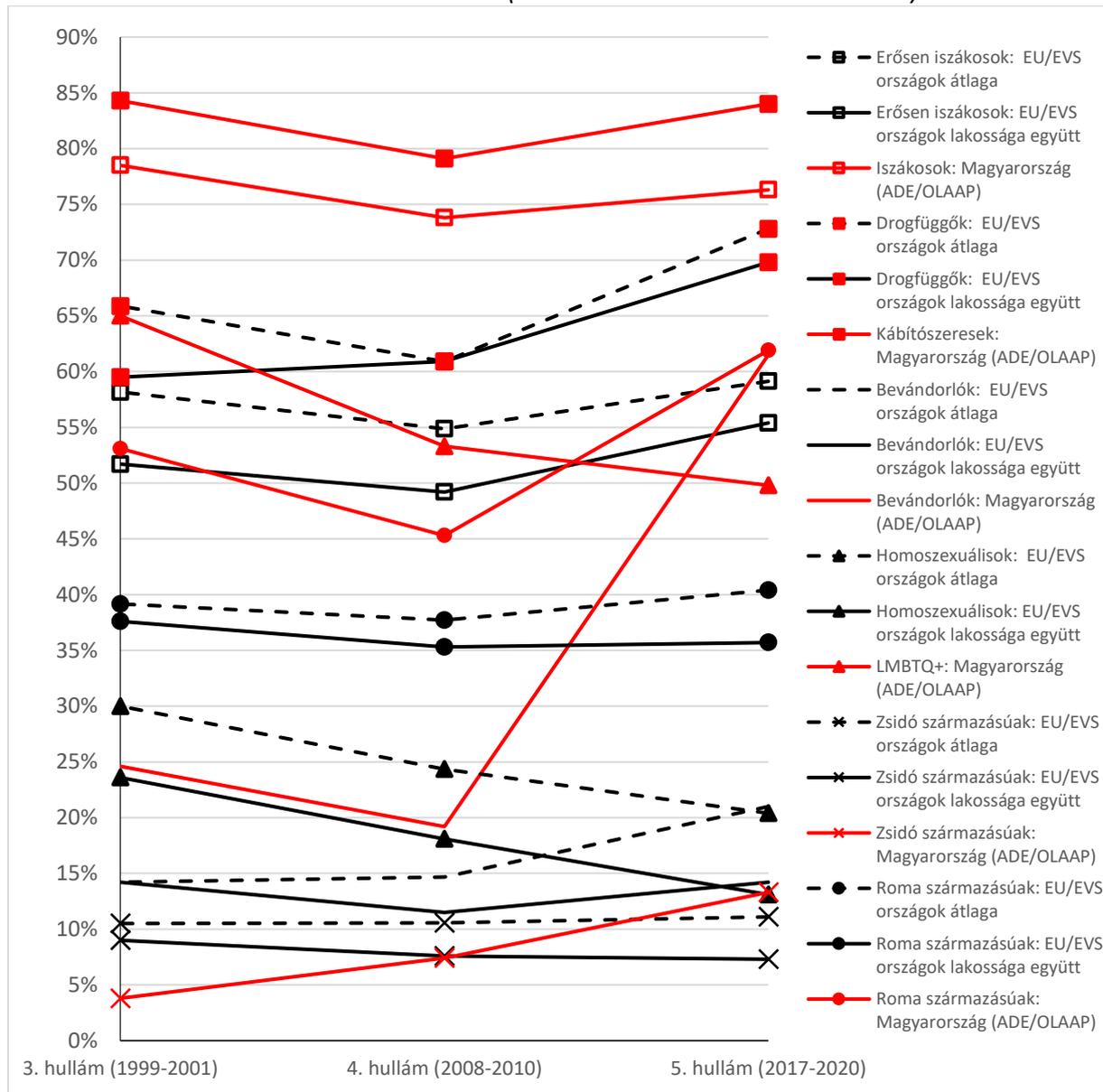
A kábítószerfogyasztókkal kapcsolatos viszonyulások magyarországi tendenciái (6. ábra vastag piros folytonos ill. szaggatott vonal) ettől annyiban térnek el, hogy 2001 és 2007 között Magyarországon a társadalmi távolság hibahatáron túli csökkenése volt tapasztalható, az időszak második felében (2007 és 2019 között) azonban a hazai változások – az OLAAP és az EVS adatok alapján is – megegyeztek az Unió lakossága körében, illetve országaiban átlagosan megfigyelhető, az elutasítás növekedésével leírható tendenciával. A teljes időszak

értékek mellett ugyan, de azonos tendenciákat jeleznek, így az ADE/OLAAP adatok nemzetközi kontextusban helyezése során a görbék alakját, s nem azok elhelyezkedését érdemes összehasonlítani.

tekintetében a hazaihoz hasonló, az időszak első felében csökkenő, majd a második felében hibahatáron túl, vagy tendencia jelleggel növekvő elutasítási arányokat a vizsgált 20 országból hat országban láthatunk (6. ábra vékony piros vonalak): Észtországban, Szlovákiában, Romániában, Szlovéniában, Spanyolországban és Franciaországban. Három országban pedig a hazaival ellentétes elmozdulások történek (6. ábra sárga vonalak): Portugáliában, Dániában és Litvániában az időszak első felében növekedett, vagy stagnált, majd az utóbb évtizedben hibahatáron túl, vagy tendencia jelleggel csökkent a drogfüggőkkel kapcsolatos társadalmi távolság. Portugáliában a csökkenés a teljes vizsgált időszakra összességében is megjelenik: az időszak végén 10 százalékponttal alacsonyabb, mint 20 évvel korábban. A teljes időszakot tekintve Portugálián kívül csak Romániában tapasztaltunk – ugyan ennél kisebb mértékű – hibahatáron túli csökkenést.

Amennyiben a pszichoaktív szerhasználók kapcsolatos társadalmi távolság alakulását más társadalmi csoportok kontextusában vizsgáljuk, általában azt mondhatjuk, hogy az elmúlt 20 éves időszak kezdetén a távolság csökkenése irányába mutató folyamatokat később a távolságtartás növekedése váltotta fel. Mint ahogy azt a 3. ábrán láthattuk, a magyarországi felnőtt népesség körében 2001 és 2007 között a vizsgált társadalmi csoportok többsége esetében csökkent a velük szemben kívánatosnak tartott társadalmi távolság, ami 2007 és 2015 között már csak az LMBTQ emberek esetében folytatódott, a többi társadalmi csoport esetében jellemzően az elutasítás növekedésével leírható folyamat vette kezdetét, majd az elutasítás 2015 és 2019 között tovább erősödött, még olyan társadalmi csoportok vonatkozásában is, melyekkel kapcsolatban a többség általában nem elutasító. Amennyiben ezt a kontextust az EVS kutatásban résztvevő Uniós országok körében vizsgáljuk (7. ábra), akkor azt látjuk, hogy az pszichoaktív szerhasználók kapcsolatos társadalmi távolság magyarországihoz hasonló alakulása az elmúlt 20 évben Európa lakossága körében, illetve általában az Unió országaiban egészen más kontextusban zajlott. Míg Magyarországon a bevándorlókat elutasítók aránya 2007 óta megháromszorozódott, azaz akkori társadalmi távolság mintegy 40 százalékponttal emelkedett, addig Európa lakossága körében kevesebb mint három, az országokban átlagosan pedig öt százalékpont körüli növekedés volt megfigyelhető. Hasonlóképpen a roma származásúak esetében a magyarországi több mint 15 százalékpontos növekedéshez képest más országokban átlagosan – hibahatár körüli értékkel – kevesebb mint három százalékponttal nőtt, az európai lakosság körében pedig nem változott az elutasítottságuk aránya. Míg hazánkban az LMBTQ+ emberekkel kapcsolatos társadalmi távolság csökkenésében 2001 és 2007 között tapasztalható lendület megtörése az EVS kutatás hullámainak megfelelő időegységek alapján is látszik, más országokban átlagosan, ill. Európa lakossága körében lineárishoz közelítő csökkenés tapasztalható a homoszexuálisokkal kapcsolatos társadalmi távolság tekintetében. A zsidó származású emberekkel kapcsolatban hazánkban megfigyelhető kedvezőtlen folyamatnak pedig jele sincs Európa más országaiban.

7.ábra: Különböző társadalmi csoportok esetében a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása az EVS 3-5. hullámaiban: a résztvevő EU országok lakossága körében együttesen, és a vizsgált országokban átlagosan, illetve a ADE2001, OLAAP2007 és az OLAAP2019 kutatásokban (a 18-64 éves a válaszolók %-ában)



Saját számítás az EVS (2021) adatok alapján (a számítás módját lásd a melléklet módszertani részében).

Ezt a kontextusbéli különbséget többféle módon értelmezhetjük a pszichoaktív szerhasználók társadalmi megítélése szempontjából. Tekinthezünk rá úgy, mint kedvező jelenségre, hiszen a pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi távolság mértéke (lásd 4. ábra) és tendenciái (7. ábra) – gyakorlatilag a vizsgált társadalmi csoportok közül egyedülként – az európai mezőnybe illeszkedik, minden más vizsgált társadalmi csoport esetében a magyarországi folyamatok elszakadnak az európai országokban mutatkozó változásoktól. Értelmezhetjük azonban úgy is, hogy az Unió más országaihoz, illetve az európai lakossághoz képest a magyar társadalomban fokozottan, és egyre növekvő mértékben érzékelhető általában a mássággal kapcsolatos elutasítás, s ugyan ez a hazai sajátosság a leginkább elutasított társadalmi csoport, a pszichoaktív szerhasználók vonatkozásában aktuálisan nem

tud érvényesülni, de kedvezőtlen, fokozott rejtőzködésre hajlamosító társadalmi kontextust jelenthet a pszichoaktív szerhasználók számára is.

Különböző szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos hazai veszélyészlelés nemzetközi kontextusa az Eurobarometer adatai alapján¹³⁴

Mint azt a felvezetőben említettük, az Eurobarometer¹³⁵ felmérések keretében esetenként készülnek drogokkal és drogpolitikával kapcsolatos attitűdök mérésére irányuló vizsgálatok. A legutóbbi ilyen vizsgálat a 2014-ben készült Flash Eurobarometer 401 (2014)¹³⁶, melyben különböző pszichoaktív szerek/szerhasználó magatartások észlelt egészségügyi kockázataival kapcsolatos kérdések is felvételre kerültek.

A Eurobarometer adatai szerint a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztását bármilyen intenzitású használat esetén – a marihuána kipróbálása kivételével – a megkérdezett fiatalok többsége (értsd több mint fele) Magyarországon és általában az Unió más országaiban is a nagyon veszélyesnek tartja, s ez egybeesik az OLAAP vizsgálat megállapításaival is. Ugyanakkor a 8. ábrán azt is láthatjuk, hogy a vizsgált szerek többsége esetén a magyar fiatalok veszélyészlelése – az XTC kipróbálás kivételével – minden szerhasználó magatartás esetében legalább tendencia jelleggel magasabb, mint az Unióban élő fiatalok körében általában: leginkább markáns eltérés a kannabisz rendszeres használata, illetve kipróbálása, valamint a rendszeres alkoholfogyasztás esetében mutatkozik, de 95%-os megbízhatósággal magasabb a kokain rendszeres használatával (HU: 98% ±1,2; EU: 96% ±0,3) és az új pszichoaktív szerek kipróbálásával (HU: 62% ±4,2; EU 57% ±0,8) kapcsolatos veszélyészlelés is a magyar fiatalok körében. Ezen eltérésekkel együtt a magyar, illetve általában az unióban élő fiatalok között a szerek/szerhasználó magatartások észlelt veszélyessége alapján felrajzolható sorrend alapvetően megegyezik, mindössze a rendszeres alkoholfogyasztás helyezkedik el máshol: a magyar fiatalok esetében a rendszeres alkoholfogyasztással kapcsolatos veszélyészlelés hibahatáron belül megegyezik a rendszeres kannabisz fogyasztás percipiált veszélyeivel (rendszeres alkoholfogyasztás: 80% ± 3,2; rendszeres kannabisz fogyasztás: 84% ±3,5), míg az unióban általában a fiatalok tiltott szerek kipróbálásával azonos veszélyességűnek érzik.

Szintén az OLAAP vizsgálat eredményeivel összhangban az Eurobarometer adatai alapján is a tiltott szerek közül a marihuána/hasis kipróbálását vélik kevésbé kockázatosnak, azonban a többi vizsgált tiltott szer kipróbálása között jellemzően sem a hazai, sem általában az európai fiatalok sem tudnak differenciálni.

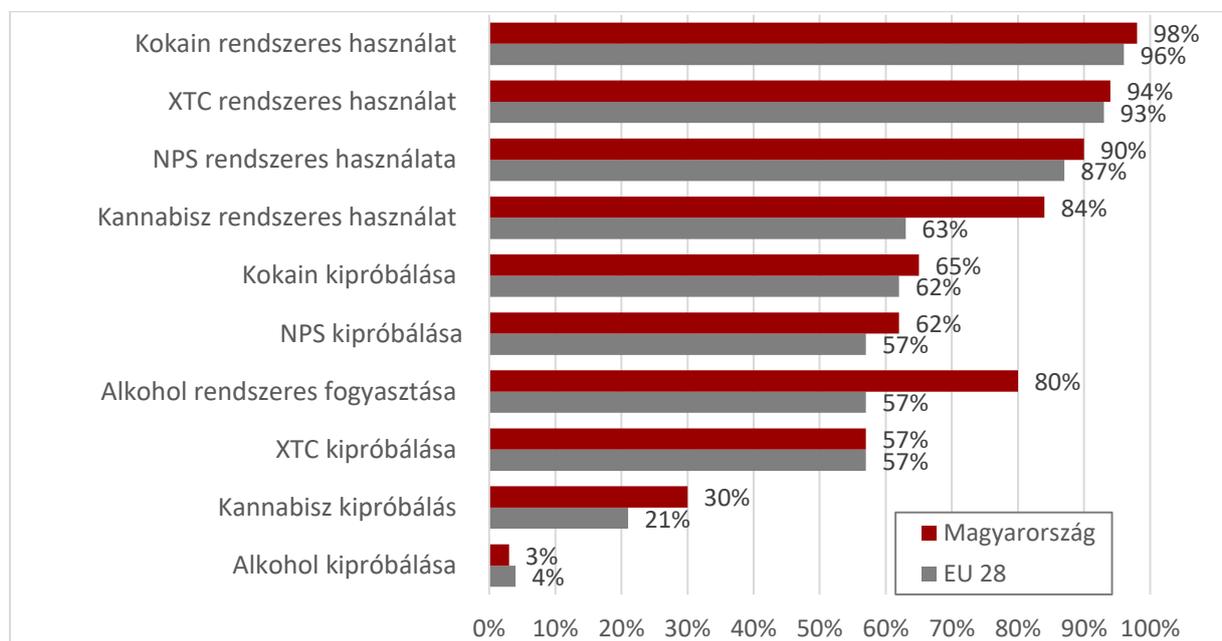
A különböző szerek kipróbálására és rendszeres fogyasztására vonatkozó adatok alapján azt is láthatjuk, hogy egy adott szer rendszeres fogyasztását a megkérdezettek szignifikánsan veszélyesebbnek érzékelik, mint annak kipróbálását. E tekintetben a hazai fiatalok szintén hasonlóan vélekednek, mint a hazai felnőttek, és mint általában az európai fiatalok.

¹³⁴ Az Eurobarometer és OLAAP 2019-es vizsgálat összehasonlíthatósága szempontjából felmerülő korlátokkal kapcsolatban lásd: Felvinczi és mtsai, 2021.

¹³⁵ Az európai intézmények 1973 óta rendszeresen közvélemény-kutatásokat végeznek az összes uniós tagállamban. 2007-ben az Európai Parlament saját külön Eurobarométer-sorozatot indított útjára. E felmérések a kérdések széles körével foglalkoznak, elsősorban a polgárok uniós fellépéssel kapcsolatos nézeteire és elvárásaira, valamint az Unió előtt álló kihívásokra összpontosítva (<https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/hu/be-heard/eurobarometer>).

¹³⁶ A vizsgálat a 15-24 éves európai fiatalok reprezentatív mintáján, telefonos megkereséssel készült, összességében több mint 13 ezer személyt (N=13.129) kérdeztek meg a szerhasználati szokásaikról és a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos attitűdjeikről. A magyarországi minta nagysága 500 fő.

8.ábra: Az egyes pszichoaktív szerek egy-két alkalommal történő kipróbálásával és rendszeres használatával kapcsolatos veszélyészlelés (a nagyon veszélyes válaszok aránya) a 15-24 éves fiatalok körében 2014-ben az EUROBAROMETER adatai alapján az EU országokban összesen (N=13129) és Magyarországon (N=500) (a megkérdezettek %-ában¹³⁷)



Flash Eurobarometer, 2014

N=EU28 megkérdezettek/magyarországi megkérdezettek

Főbb megállapítások

Az alábbiakban a pszichoaktív szerhasználókkal és szerhasználattal összefüggő társadalmi viszonyulások (attitűdállapotok) jellemzésével kapcsolatos leglényegesebb megállapításokat foglaljuk össze.

A pszichoaktív szerhasználók (kábitószerhasználók, marihuána fogyasztók és iszákosok) elutasítottsága:

- A magyarországi felnőtt népesség körében, és hasonlóképpen a budapesti lakosok körében is, a leginkább elutasított társadalmi csoportot a kábítószerhasználók képezik, e csoport tekintetében ellenzi leginkább a társadalom a szomszédsági viszony létesítését.
- A korábbi szerhasználati tapasztalatok általában az elutasítás alacsonyabb szintjével járnak együtt, vagyis, akiknek van bármilyen legális vagy tiltott szerhasználati előzményük, azok kisebb arányban utasítják el a szerhasználókkal való feltételezett szomszédsági viszonyt, azonban az életkor és a lakóhely urbanizációs státusa mentén (Budapest – vidék) egyik szerhasználó csoport megítélése esetében sem tapasztalható szignifikáns mintázódás. A marihuána használók esetében a budapesti lakosok tendenciaszerűen kevésbé utasítják el ezt a használói csoportot.
- A többváltozós modellek tanúsága szerint a fővárosi népesség esetében csak fele (OR=0,57) akkora a kannabiszhasználók elutasítottsága, mint a vidéki lakosság körében.

¹³⁷ Az Eurobarometer az adatokat nem a kérdésre válaszolók (Valid N), hanem a megkérdezettek (Teljes N) százalékában közli, így a többi ábrától eltérően mi is ezt jelenítjük meg.

A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos veszélyészlelés

- A magyarországi felnőtt népesség a rendszeres dohányzást és a nagyívást más szerhasználó magatartásokhoz képest kevésbé érzékelik kockázatosnak.
- A társadalom többsége (legalább kétharmada) a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztását bármilyen intenzitású használat esetén nagyon veszélyesnek tartja.
- Az új pszichoaktív szerek (UPSZ) rendszeres használatának kockázatészlelése kiemelkedően magas.
- A tiltott szerek közül a marihuána/hasis kipróbálását kevésbé kockázatosnak vélik, azonban a többi szer között nem tudnak differenciálni.
- A nyugtató, az új pszichoaktív szerek, illetve a marihuána/hasis kipróbálására és rendszeres fogyasztására vonatkozó adatok alapján azt is láthatjuk, hogy egy adott szer rendszeres fogyasztását a lakosság szignifikánsan veszélyesebbnek érzékeli, mint annak kipróbálását.
- Emellett a marihuána/hasis különböző intenzitású fogyasztásával kapcsolatos adatok arra is utalnak, hogy a lakosság szignifikáns különbséget tud tenni a kipróbálás, az alkalmi fogyasztás és a rendszeres használat kockázatai között.
- Általában a tiltott szerekkel kapcsolatos veszélyészlelés esetében nem jelentkezett szignifikáns kapcsolat az életkorral, az urbanizációval, illetve kulturális státussal, valamint az aktuális alkoholfogyasztással

A pszichoaktív szerhasználók és egyéb társadalmi csoportok elfogadása-elutasítása idői perspektívában

- A magyar felnőtt népesség körében 2001 és 2007 között a vizsgált társadalmi csoportok többsége esetében mérséklődött, majd 2007 és 2015 között – az LMBTQ+ emberek kivételével – ismét növekedett a velük szemben tartott társadalmi távolság. A 2007 és 2015 közötti periódust általában jellemző folyamat 2015 és 2019 között tovább erősödött, még olyan társadalmi csoportok vonatkozásában is, melyekkel kapcsolatban a többség nem elutasító, (nem stigmatizált csoportok, pl. a nyugdíjasok, nagycsaládosok).
- A fenti változásokkal együtt azt is láthatjuk, hogy a magyar társadalom mindvégig a kábítószeresekkel és egyéb pszichoaktív szereket használókkal kapcsolatban tartott legnagyobb társadalmi távolságot.

A pszichoaktív szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások nemzetközi kontextusa

- Más európai országokban, illetve általában az európai lakosság körében is a pszichoaktív szerhasználók, ezen belül is drogfüggők jelentik a leginkább elutasított társadalmi csoportot.
- Az „erősen iszákosok” tekintetben a magyar népességben nagyobb arányban van jelen az elutasítás, mint az Unió vizsgált országaiban élő lakosság körében.
- A pszichoaktív szerhasználók elutasítottságának mértéke ugyan nem jelentősebb Magyarországon, mint az EVS kutatásban résztvevő 20 európai uniós tagállamban, azonban más társadalmi csoportok kontextusában szemlélve, továbbá az időbeni tendenciákat is figyelembe véve megállapítható, hogy a magyar társadalomban fokozottan, és egyre növekvő mértékben érzékelhető általában a mássággal kapcsolatos elutasítás (pl. LMBTQ+ emberek, menekültek), ami kedvezőtlen, fokozott rejtőzködésre hajlamosító társadalmi környezetet jelenthet a pszichoaktív szerhasználók számára is.

Felhasznált irodalom

- Bogardus, E. S. (1927). Race friendliness and social distance. *Journal of Applied Sociology*, 11, 272-287.
- Bogardus, E.S. (1967). Measuring social Distances. In Fishbein, M. (ed.): *Readings In Attitude Theory and Measurement*. New York, NY: John Wiley and Sons. 71–76
- EVS (2020). *European Values Study 2017: Integrated Dataset (EVS 2017)*. GESIS Data Archive, Cologne. ZA7500 Data file Version 4.0.0, <https://doi.org/10.4232/1.13560>.
- EVS (2021). *EVS Trend File 1981-2017*. GESIS Data Archive, Cologne. ZA7503 Data file Version 2.0.0, <https://doi.org/10.4232/1.13736>.
- Felvinczi K., Magi A., Sárosi P. & Paksi B. (2021). A pszichoaktív szerhasználattal és szerhasználókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I.* Budapest: ELTE PPK - L'Harmattan. 198-244. ISBN 978-963-414-870-8
- Flash Eurobarometer 401 (2014). *Young people and drugs*. European Commission
- Grevenstein D, Nagy E. & Kroeninger-Jungaberle H. (2015). Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: evidence of directional influences. *Subst Use Misuse*, 50(3):376-86. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.984847>
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón*, Magyarországon. Szakmai forrás sorozat 4., L'Harmattan, Budapest.
- Paksi B. (2009). Populációs adatok alakulása. In: Felvinczi K., Nyírády A. (szerk): *Drogpolitika számokban*. Budapest, L'Harmattan, 81-141
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* XIX.(2):55-85. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf
- Paksi B., Pillók P., Magi A., Demetrovics Zs., Felvinczi K. (2021): Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 23:1pp. 184-207., 24 p. <https://mppt.hu/magazin/pdf/vol23issue1/v23i1p184.pdf>
- Ritchey T (2011) *Wicked problems - social messes: decision support modelling with morphological analysis*. Springer, Berlin
- Robert, J. S. (2008) *Wicked problems in population and public health*. POP News, 17. Ottawa: CIHR Institute of Population and Public Health.
- Room, R. (2007) Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia*, 3, 232–254.
- Salloum N.C., Krauss M. J., Agrawal A., Bierut L.J. & Grucza R.A. (2018). A reciprocal effects analysis of cannabis use and perceptions of risk, *Addiction*. 113(6) 1077-1085. <https://doi.org/10.1111/add.14174>

Mellékletek

A hazai társadalmi távolságra vonatkozó adatok nemzetközi kontextusba helyezése során alkalmazott eljárás

A keresztmetszeti adatok nemzetközi kontextusba helyezése során az OLAAP 2019 kutatás, illetve az EVS legutóbbi, 5. hullámának, az EVS 2017 vizsgálatnak a Magyarországra vonatkozó adatait hasonlítjuk össze az EVS 2017 kutatásban résztvevő 21 EU ország (valamint Norvégia és Svájc) 18-64 éves népességére vonatkozó adataival. Itt a súlyozott nemzeti adatok mellett két összesített mutatót használunk, egyrészt a résztvevő országok 18-64 éves lakossága körében együttesen mért, a súlyozott nemzeti adatoknak az országok lakosságára is súlyozott elutasítási arányát (EU/EVS országok lakossága együtt), másrészt súlyozott nemzeti adatok alapján az egyes országokban a 18-64 éves válaszolók körében kapott elutasítási arányok súlyozatlan átlagát (EU/EVS országok átlaga). Az előbbi mutató azt mutatja meg, hogy a magyar lakosság mennyiben vélekedik másként, mint az európai népesség, az utóbbi pedig azt, más országokban általában milyen mértékű az elutasítás a Magyarországon jellemzőhöz képest. A keresztmetszeti elemzés mellett a hazai drogepidemiológiai vizsgálatokkal leginkább átfedő 3-5. EVS hullám vonatkozásában összevetjük a haza tendenciákat az EVS mindhárom adatfelvételi hullámában résztvevő országokban tapasztalható változásokkal. Az összehasonlításokat az OLAAP 2019 vizsgálatral átfedő társadalmi csoportok – a kábítószeresek (drogfüggők) , az iszákosok (erősen iszákosok), a bevándorlók, a LMBTQ+ (homoszexuálisok), zsidó, illetve cigány származásúak – tekintetében végezzük el

Táblázatok

1.táblázat: A különböző pszichoaktív szerhasználók vonatkozásában a szomszédsági viszonyt elutasítók arányának alakulása a főbb szociodemográfiai jellemzők és szerhasználati előzmények mentén a magyarországi 18-64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók százalékában)

	KÁBÍTÓSZERHASZNÁLÓ					„ISZÁKOS”					MARIHUÁNAHASZNÁLÓ				
	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V
Nem															
férfi	636	81,8	4,739 (1)	0,029	0,059	637	71,9	12,920 (1)	<0,001	0,097	632	72,6	2,513 (1)	0,113	0,043
nő	726	86,1				727	80,2				724	76,4			
Korcsoport															
18-24	161	80,7	8,635 (4)	0,071	0,080	161	73,9	5,268 (4)	0,261	0,062	160	71,3	9,068 (4)	0,059	0,082
25-34	278	82,0				278	73,7				277	70,4			
35-44	344	84,0				345	75,9				342	75,1			
45-54	302	82,8				302	76,2				302	74,2			
55-64	276	89,5				277	81,2				275	80,7			
Budapest - vidék															
Budapest	230	87,4	2,298 (1)	0,130	0,041	230	77,8	0,330 (1)	0,566	0,016	230	69,6	3,696 (1)	0,055	0,052
Vidék	1131	83,4				1132	76,1				1128	75,6			
Várható legmagasabb várható iskolai végzettség															
8 általános vagy kevesebb	157	84,7	16,178 (3)	0,001	0,109	158	72,2	5,986 (3)	0,112	0,066	158	77,8	15,244 (3)	0,002	0,106
Szakmunkás	478	89,1				478	79,5				474	80,0			
Érettségi	466	80,7				467	76,4				465	71,0			
Felsőfok/egyetem utáni képzés	261	80,1				261	72,8				260	69,2			

	KÁBÍTÓSZERHASZNÁLÓ					„ISZÁKOS”					MARIHUÁNAHASZNÁLÓ				
	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V	N	%	χ^2 (df)	p	V
Vallásosság															
Vallásos, az egyház tanításait követi	103	74,8	27,006 (3)	<0,001	0,146	102	69,6	15,877 (3)	0,001	0,112	101	62,4	23,742 (3)	<0,001	0,137
Vallásos a maga módján	522	89,5				523	80,9				521	79,8			
Nem tudja	79	77,2				80	70,0				80	62,5			
Nem vallásos/ateista	559	79,6				559	71,6				558	71,1			
Kannabisz-használat életprevalencia															
fogyasztott	76	61,8	26,701 (1)	<0,001	0,146	77	48,1	32,733 (1)	<0,001	0,161	76	34,2	65,496 (1)	<0,001	0,229
nem fogyasztott	1180	84,7				1182	77,1				1175	76,3			
Tiltott drogfogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia															
fogyasztott	56	53,6	36,376 (1)	<0,001	0,171	57	49,1	21,738 (1)	<0,001	0,132	56	33,9	47,460 (1)	<0,001	0,196
nem fogyasztott	1186	84,5				1188	76,4				1182	75,5			
Alkoholfogyasztás havi prevalencia															
fogyasztott	682	80,8	6,859 (1)	0,009	0,072	682	70,2	21,520 (1)	<0,001	0,128	677	70,0	9,960 (1)	0,002	0,087
nem fogyasztott	623	86,2				625	81,3				624	77,7			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok értékek; p: szignifikancia érték a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; V: Cramer-féle V hatásméret mutató. A szignifikáns kapcsolatot ($p < 0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre															

2.táblázat: A különböző pszichoaktív szerhasználók elutasításának becslése főbb szociodemográfiai tényezők és szerhasználati előzmények alapján – többváltozós bináris logisztikus regressziós modellek a magyarországi 18-64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	KÁBÍTÓSZERHASZNÁLÓ		ISZÁKOSOK		MARIHUÁNAHASZNÁLÓK	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Férfi nem (ref.: női nem)	0,72 [0,47-1,10]	0,131	0,80 [0,56-1,15]	0,230	1,04 [0,73-1,49]	0,817
Életkor	1,00 [0,99-1,02]	0,688	1,00 [0,98-1,01]	0,703	1 [0,99-1,01]	0,954
Lakhely (ref.: vidék)	1,05 [0,63-1,75]	0,844	0,79 [0,52-1,20]	0,276	0,57 [0,39-0,85]	0,005
Várható legmagasabb iskolai végzettség (ref.: felsőfokú végzettség /egyetem utáni képzés)						
8 általános vagy kevesebb	0,68 [0,22-2,07]	0,495	0,86 [0,35-2,15]	0,753	0,42 [0,16-1,07]	0,070
Szakmunkás	1,16 [0,64-2,09]	0,627	1,03 [0,62-1,69]	0,918	0,83 [0,51-1,37]	0,472
Érettségi	0,91 [0,52-1,58]	0,728	1,01 [0,63-1,63]	0,963	0,76 [0,47-1,2]	0,237
Szakképzettség megléte (ref.: szakképzettség hiánya)	0,91 [0,41-2,04]	0,824	1,55 [0,82-2,95]	0,177	0,74 [0,37-1,46]	0,387
Munkaerőpiaci aktivitás (ref.: nem aktív)	0,73 [0,41-1,31]	0,293	1,10 [0,69-1,75]	0,686	0,95 [0,59-1,52]	0,832
Hátrányos anyagi helyzet	0,93 [0,70-1,24]	0,637	0,78 [0,61-0,99]	0,045	1,01 [0,8-1,29]	0,909
Családban előforduló devianciák/kockázati magatartások száma	0,86 [0,75-0,97]	0,019	0,88 [0,78-0,99]	0,027	0,83 [0,74-0,93]	0,001
Vallásosság (ref.: Vallásos, az egyház tanításait követi)						
Vallásos a maga módján	2,68 [1,38-5,23]	0,004	1,86 [1,03-3,38]	0,040	1,92 [1,07-3,44]	0,028
Nem tudja, hogy vallásos-e	1,74 [0,70-4,32]	0,235	1,68 [0,73-3,88]	0,226	1,13 [0,51-2,49]	0,767
Nem vallásos/ateista	1,71 [0,88-3,31]	0,112	1,54 [0,84-2,82]	0,159	1,58 [0,87-2,85]	0,131
Anómia	0,99 [0,95-1,03]	0,681	1,00 [0,96-1,03]	0,816	0,99 [0,96-1,03]	0,625
Társas integráció	0,99 [0,75-1,30]	0,945	0,79 [0,63 – 1,00]	0,048	0,79 [0,62-0,99]	0,044
Anyagi körülményekkel és munkával való elégedettség	0,78 [0,58-1,03]	0,082	0,80 [0,63-1,02]	0,074	0,73 [0,57-0,93]	0,011

	KÁBÍTÓSZERHASZNÁLÓ		ISZÁKOSOK		MARIHUÁNAHASZNÁLÓK	
	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p	OR [95% CI]	p
Egészséggel való elégedettség	0,93 [0,75-1,15]	0,500	0,91 [0,76-1,09]	0,296	0,96 [0,8-1,15]	0,661
Társas kapcsolatokkal való elégedettség mértéke	1,10 [0,86-1,40]	0,437	1,08 [0,88-1,33]	0,459	1,11 [0,9-1,36]	0,347
Kannabisz-használat életprevalencia (ref.: nem fogyasztott)	0,76 [0,34-1,68]	0,493	0,52 [0,26-1,04]	0,063	0,29 [0,15-0,57]	0,000
Tiltott drogfogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia (ref.: nem fogyasztott)	0,27 [0,11-0,70]	0,007	0,45 [0,18-1,09]	0,076	0,4 [0,16-1,02]	0,055
Alkoholfogyasztás havi prevalencia (ref.: nem fogyasztott)	1,12 [0,74-1,71]	0,586	0,71 [0,49-1,01]	0,057	0,84 [0,59-1,19]	0,315
Modellbe vont esetek száma (%)	939 (67,8)		939 (67,8)		937 (67,7)	
<p>Megjegyzések: OR [95% CI]: Esélyhányados a kapcsolódó 95%-os konfidencia-intervallummal. Ref.: referenciakategória az adott változó tekintetében. A többváltozós modellben szignifikáns ($p < 0,050$) szerepet kapó változók szürke mezővel kerültek kiemelésre.</p>						

3.táblázat: Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés-index átlagértékének, valamint a kannabisz kipróbálását nagyon veszélyesnek tartók arányának (%) mintázódása a főbb szociodemográfiai tényezők és bizonyos szerhasználati előzmények mentén a magyarországi 18-64 éves népesség körében (az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján)

	N	Átlag	Szórás	F	p	η^2	N	%	χ^2 (df)	p	V
	Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés indexe						Kannabisz kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés				
Nem											
férfi	540	-0,10	1,11	10,793	0,001	0,009	561	60,1	13,681(1)	<0,001	0,106
nő	634	0,09	0,89				651	70,2			
Korcsoport											
18-24	135	0,04	0,82	1,573	0,179	0,005	139	59,7	30,551(4)	<0,001	0,159
25-34	242	-0,12	1,12				249	56,2			
35-44	309	0,05	0,89				316	68,4			
45-54	257	-0,03	1,09				270	62,6			
55-64	231	0,08	1,00				238	78,2			
Budapest - vidék											
Budapest	213	0,03	0,86	0,203	0,653	0,000	218	67,0	0,243(1)	0,622	0,014
Vidék	962	-0,01	1,03				992	65,2			
Várható legmagasabb iskolai végzettség											
8 általános vagy kevesebb	109	-0,03	1,05	0,578	0,629	0,001	117	69,2	9,258(3)	0,026	0,087
Szakmunkás	399	-0,04	1,20				412	69,2			
Érettségi	425	0,01	0,93				433	65,4			
Felsőfok/egyetem utáni képzés	241	0,06	0,69				248	58,1			

	N	Átlag	Szórás	F	p	η^2	N	%	χ^2 (df)	p	V
	Általában a tiltott és legális visszaélésre alkalmas szerek fogyasztásával kapcsolatos veszélyészlelés indexe						Kannabisz kipróbálásával kapcsolatos veszélyészlelés				
Vallásosság											
Vallásos, az egyház tanításait követi	97	0,19	0,78	4,275	0,005	0,011	99	78,8	20,133(3)	<0,001	0,130
Vallásos a maga módján	482	0,05	0,93				497	69,0			
Nem tudja	67	-0,31	1,10				69	52,2			
Nem vallásos/ateista	516	-0,05	1,08				534	61,2			
Kannabisz-használat életprevalencia											
fogyasztott	73	-0,49	0,97	18,871	<0,001	0,016	76	9,2	112,996(1)	<0,001	0,308
nem fogyasztott	1084	0,03	1,0				1116	69,2			
Tiltott drogfogyasztás (kannabisz nélkül) életprevalencia											
fogyasztott	49	-0,85	1,13	36,470	<0,001	0,031	52	17,3	55,585(1)	<0,001	0,217
nem fogyasztott	1099	0,04	0,99				1127	67,6			
Alkoholfogyasztás havi prevalencia											
fogyasztott	623	-0,02	0,94	0,319	0,572	0,000	639	61,3	10,532(1)	0,001	0,093
nem fogyasztott	551	0,02	1,07				571	70,2			
Megjegyzések: N: válaszolók száma; F: egyszempontos ANOVA teszt statisztikája; p: szignifikancia érték az F próbához ill. a Khi-négyzet próbához kapcsolódóan; η^2 : Eta négyzet hatásméret mutató; χ^2 (df): Khi-négyzet statisztika és a kapcsolódó szabadságfok; V: Cramer-féle V hatásméret mutató; A szignifikáns különbséget ($p < 0,050$) mutató változók szürke mezővel kerültek kiemelésre											

A BUDAPESTEN ELÉRHETŐ PREVENCIÓS PROGRAMOK

(Készítette: Paksi Borbála)

Fogalmi keretek

A prevenciós fogalomhasználat a korábban meghatározó jelentőségű, a medikális paradigma által definiált, Caplantól (1964) származó klasszikus felosztás (primer, szekunder és terciér prevenció) helyett egyre inkább egy célcsoport fókuszú kategorizáció irányába tolódik el (Mrazek & Haggerty 1994; Robinson et al. 2004). Az osztályozásban bekövetkező szemléletváltás mögött a megelőzés tárgyát jelentő viselkedéssel kapcsolatos paradigmaváltás húzódik meg: „... a korábbi csoportosítás alkalmas valamilyen patológiás viselkedés kialakulásának leírására, addig kevésbé megfelelő egy komplex emberi viselkedés leírására, különösen akkor, ha az nem is tekinthető diszfunkcionálisnak, vagy patológiásnak” (Brotherhood & Sumnall 2011:13). A mérvadónak tekinthető szakirodalommal összhangban a fővárosi programok áttekintése során is a célcsoport alapú osztályozást (Institute of Medicine (IOM) klasszifikáció) alkalmazzuk, amely a prevenció területén három nagy kategóriát különböztet meg: az általános prevenciót (Universal prevention), a célzott prevenciót (Selective prevention), valamint a javallott prevenciót (Indicated prevention).

Általános prevenció kategóriába tartozó prevenciós stratégiák a populáció egészét szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. Ezen programok célcsoportja lehet a nemzet egésze, a helyi közösség, az intézmények. A prevenciós beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az univerzális prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnek tekinthető egyfelől, másfelől pedig a megfogalmazott üzeneteknek olyanoknak kell lenniük, amelyekből a populáció egésze profitálni képes (beleértve azokat is, akik már találkoztak pl. a drogokkal).

Célzott (szelektív) prevenciós beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők, pl. társadalmi hovatartozásuk, iskolai karrierjük sajátos alakulása miatt. A veszélyeztetett csoportok számos szempont (a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok) szem előtt tartásával azonosíthatóak, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, profitálni legyen képes ezekből.

Javallott (indikált) prevenció olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM V, American Psychiatric Association, 2013) függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nem csak a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik, vagy elvezet

a szerhasználó életút kialakulásához. Az ilyen programok különösen alkalmasak az olyan fiatalokkal való foglalkozás során, akik már összeütközésbe kerültek a büntető igazságszolgáltatás intézményrendszerével, ide sorolhatók az elterelés intézményrendszerén belül nyújtható szolgáltatások, beavatkozások is.

A prevenció beavatkozásoknak célcsoport fókuszú kategorizációja alapján megkülönböztetett három nagy prevenció kategórián belül a beavatkozás színtere alapján további alcsoportokat képezhetünk (Robertson & David–Rao 2003; Gee, Espiritu & Huang 2006) (1. táblázat).

1. táblázat: A prevenció beavatkozások csoportosítása a prevenció színtér és célpopuláció jellege szerint

	Általános prevenció	Célzott prevenció	Javallott prevenció
Iskola ¹³⁸	Pl. 8. osztályosokra irányuló programok	Pl. tanulási, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokra irányuló programok	Pl. figyelemhiányos/ hiperaktív (ADHD) zavarban szenvedő tanulók
Közösség	Pl. alternatív szabadidőeltöltési programok fiataloknak	Pl. fiatal bűnelkövetőkre, partizókra, problémás környéken élőkire irányuló programok	Pl. ADHD-val kezelt fiatalokra irányuló utánkövetéses beavatkozások
Család	Pl. családokra irányuló programok általában	Pl. veszélyeztetett családokra irányuló programok	Pl. veszélyeztetett gyermekek családjainak nyújtott segítség

Forrás: Nádas, 2007

Az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) is a fent bemutatott megközelítések figyelembevételével csoportosítja a tagállamokban folyó prevenció tevékenységeket mind az adatgyűjtés, mind az információk közlése során. A prevenció tevékenység szisztematikus leírására irányuló hazai kutatások (Paksi & Demetrovics 2005; Paksi, Demetrovics, Nyírády, Nádas, Buda, Felvinczi, 2006; Nádas & Paksi, 2009; Paksi & Arnold 2010; Gondi, Magi & Paksi, 2010; Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2015; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016) is az EMCDDA iránymutatásinak megfelelően készültek, s az alábbiakban mi is ennek követésére törekszünk, amikor a legutóbbi, a 2017 és 2020 közötti prevenció szolgáltatók, illetve beavatkozások leírására irányuló országos kutatás (Paksi, 2021; Paksi, Demetrovics & Felvinczi, 2022)¹³⁹ alapján a Budapesti helyzet bemutatjuk. Így a fővárosi adatok az országos és nemzetközi adatok kontextusában is értelmezhetővé válnak.

¹³⁸ Iskolai program alatt azokat a programokat értjük, amelyek iskolai környezetben, vagy az iskola által szervezett keretek között futnak. Így például iskolai programoknak tekintettük a tanórai keretek között zajló programok mellett az iskola által szervezett, külső szinten történő drogprevenció rendezvényeket és egyéb, az iskolához kötődő programokat is. Szintén ide soroljuk azokat a programokat, amelyek nem közvetlenül a diákokra, illetve a diákokra nem, mint végső célpopulációra irányulnak, hanem a diákokkal foglalkozó pedagógusokra, egyéb, éppen a képzés révén iskolai keretek között dolgozó szakemberekre, vagy kortársakra, s ily módon közvetve szolgálják az iskolai megelőzést (ilyen programok például a pedagógusképző-, illetve a kortársoktatók-, kortárssegítő képzésével foglalkozó programok).

¹³⁹ A kutatás főbb módszertani jellemzői megtalálhatók a tanulmány mellékletében.

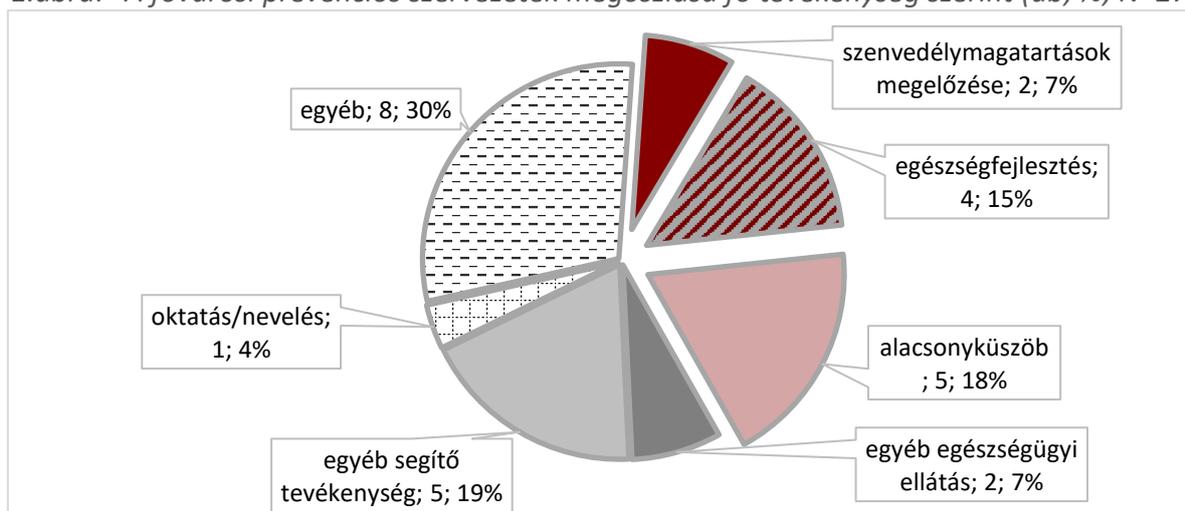
A prevenció szintjén jelenlévő fővárosi szolgáltatók

A legutóbbi, a 2017 és 2020 között a szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos prevenció tevékenységet végző szolgáltatók feltérképezésére irányuló országos kutatás során (Paksi, 2021; Paksi és mtsai, 2022) Budapesten összesen 78 prevenció szervezet sikerült azonosítanunk. Ezeknél a szervezeteknél ebben az időszakban valamilyen módon – közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként – zajlott valamilyen, a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló prevenció tevékenység. Ezeknek a szervezeteknek több mint háromnegyede (77%), 60 szervezet aktuálisan is végez saját programszerű prevenció beavatkozást, vagy csak átmenetileg szünetelteti azt.

Az aktuálisan saját, programszerű prevenció beavatkozást kínáló fővárosi szervezetek jellemzői¹⁴⁰

A prevenció tevékenységet végző fővárosi szervezetek döntő többsége (93%) nem főtevékenységként végzi a szenvedélymagatartások megelőzését. Főtevékenységként valamilyen prevenció/egészségfejlesztési feladatok ellátására is csak a szervezetek közel egynegyede (22%) orientálódott (1. ábra).

1. ábra: A fővárosi prevenció szervezetek megoszlása fő tevékenység szerint (db; %; N=27)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

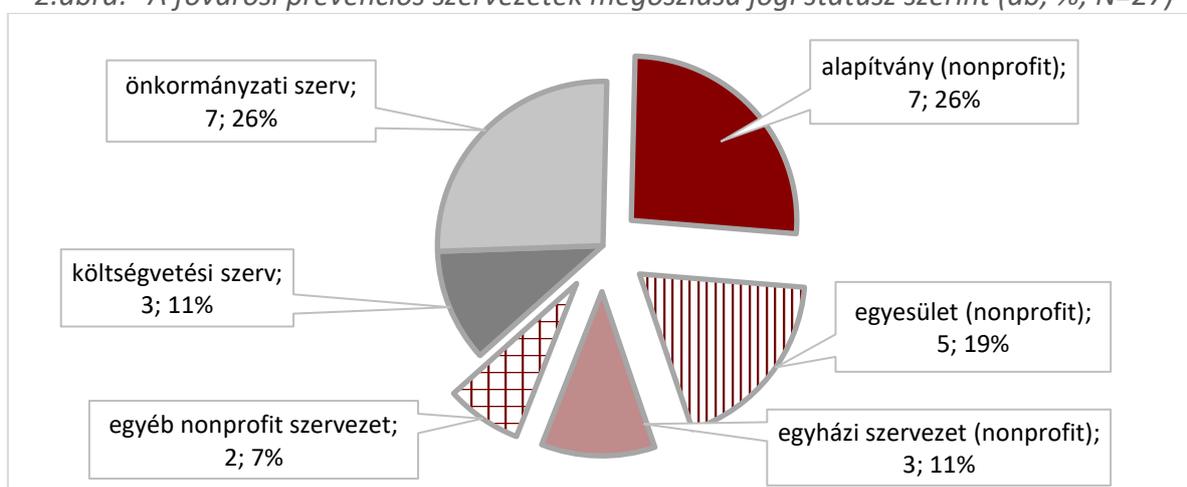
Közel egyötödét (18%) képviselik a prevenció területen is dolgozó szolgáltatóknak azok, akik fő tevékenységüket a szenvedélybeteg ellátás más területén (alacsonyküszöbű szolgáltatás) végzik, azaz összesen a szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó szervezetek

¹⁴⁰ A szenvedélybetegségek megelőzése területén a fővárosban aktuálisan működő, saját, programszerű prevenció beavatkozást kínáló 60 szervezet valamivel közel fele (35%), 27 szervezet vett részt a prevenció szervezetekről és programjaikról részletesebb információkkal szolgáló kutatási fázisban, a Programinformációs Adatlap (PIAD) kitöltésében. Itt ennek a 27 szervezetnek néhány jellemzőjét mutatjuk be. A szövegek jobb követhetősége érdekében a továbbiakban a Programinformációs Adatlapot (PIAD) kitöltő szervezeteket prevenció tevékenységet végző szervezeteknek, vagy prevenció szolgáltatóknak, az általuk végzett, szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló programokat/szolgáltatásokat pedig prevenció beavatkozásoknak fogjuk nevezni, de innentől ez alatt minden esetben a prevenció kínálatban megjelenő szervezeteknek/beavatkozásoknak csak azon részét értjük, melyekről a 2017 és 2020 közötti prevenció szolgáltatók, illetve beavatkozások leírására irányuló országos kutatás (Paksi, 2021; Paksi és mtsai, 2022) alapján részletes adatokkal rendelkezünk.

egynegyedének a fő profilja valamilyen addiktológiai tevékenység. A szervezetek 19%-a pedig valamilyen egyéb segítő tevékenység mellett végez prevenció munkát. Ezeknél kevésbé jellemző (4%) az oktatási/nevelési területre szakosodott szolgáltatók jelenléte, s a kutatásban nem jelentek meg főtevékenységként a szenvedélybeteg ellátás/rehabilitáció, illetve a büntetőigazságszolgáltatás területén dolgozó szervezetek. Ugyanakkor a megismert (adatlapot kitöltő fővárosi szervezetek) közel egyharmada (30%-a) valamilyen egyéb tevékenységgel (többnyire szabadidős/közművelődési programok szervezésével) foglalkozik (1. ábra).

A szenvedélymagatartással kapcsolatos megelőző tevékenységet végző budapesti szervezetek közel kétharmada (63%) nonprofit szervezet, ezen belül is a leginkább meghatározó részt az alapítványok (26%) jelentik. A szenvedélymagatartások megelőzésében azonban jelentős, az alapítványokéval megegyező mértékben szerepet vállalnak az önkormányzati szervezetek (26%), a for-profit szféra, és az egyházak szerepvállalása azonban a fővárosban nem jelent meg (2. ábra).

2. ábra: A fővárosi prevenció szervezetek megoszlása jogi státusz szerint (db; %; N=27)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

Az ismert fővárosi prevenció szervezetek átlagosan 1,8, összesen 48 programot/szolgáltatást működtetnek. A szervezetek négyötöde (azonos arányban) egy vagy két programmal vannak jelen a fővárosi prevenció kínálatban.

A fővárosban kínált prevenció beavatkozások jellemzői

A fővárosban működő szolgáltatók által kínált 48 program/szolgáltatás mellett további 18 olyan a fővárosban (is) kínált programról/szolgáltatásról rendelkezünk információkkal, melyeket a vidéki – elsősorban Pest- és Fejér megyei – székhelyű szervezetek működtetnek (lásd melléklet 1. táblázat), összességében tehát 66 fővárosban (is) kínált programról/szolgáltatásról rendelkezünk részletes információkkal.

A fővárosban (is) kínált prevenció programok/szolgáltatások döntő többsége (88%-a), összesen 58 beavatkozás közvetlenül az intervenálni kívánt végső célpopulációt célozza meg. Másik 8 program/szolgáltatás (12%) pedig valamilyen

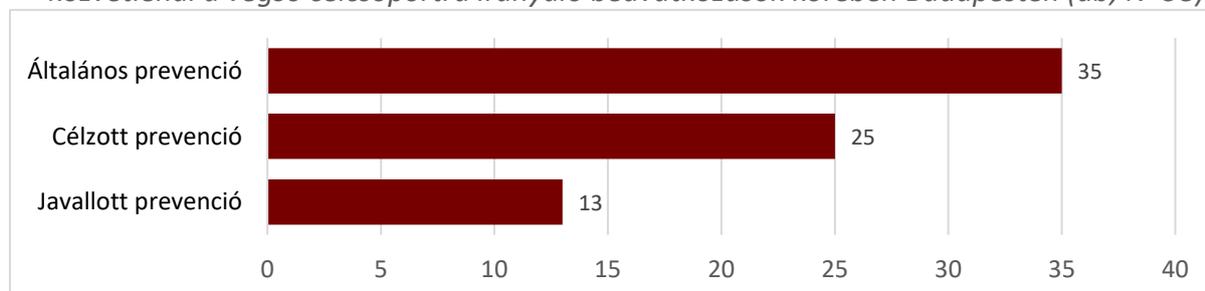
közvetítő csoporton keresztül (kortársak, pedagógusok, egyéb szakemberek, esetleg szülők bevonásával) kívánja elérni az adott beavatkozás végső célcsoportját¹⁴¹.

A fővárosban közvetlenül a végső célcsoportban jelenlévő prevenciós beavatkozások jellemzői¹⁴²

A programok/szolgáltatások célcsoportja

A közvetlenül végső célpopulációra irányuló programok/szolgáltatások háromötöde (60%; 35 program/szolgáltatás) általános populációra (is) irányuló beavatkozás. 25 program/szolgáltatás (43%) különböző veszélyeztetett populációk vonatkozásában (is) fogalmaz meg célkitűzéseket (célzott beavatkozás), és 13 beavatkozás (22%) pedig függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését (is) szeretné a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni (javallott vagy indikált prevenció) (3. ábra).

3.ábra: Az általános, célzott és javallott prevenciós programok/szolgáltatások száma közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások körében Budapesten (db; N=58)



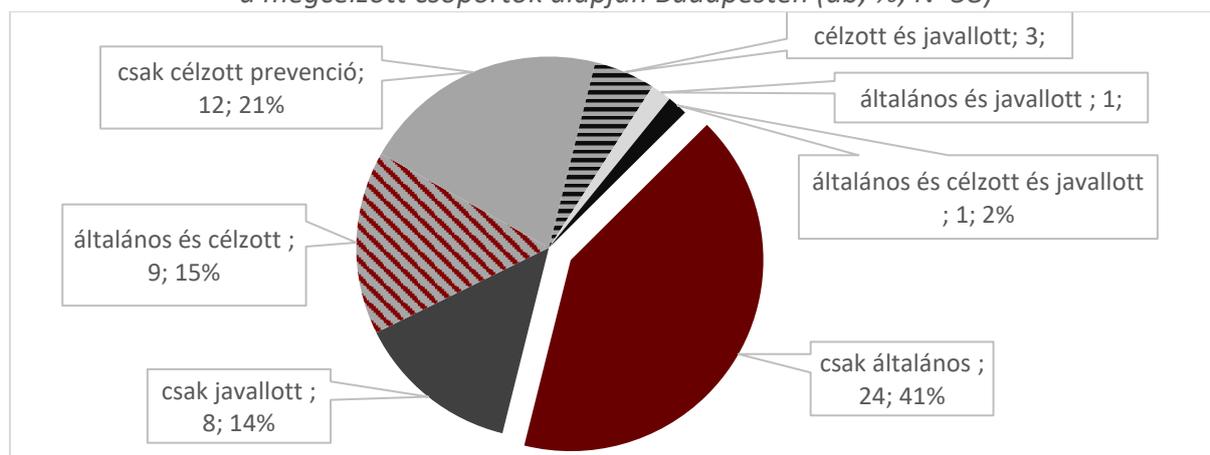
Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

Az egyes programok/szolgáltatások azonban nem különülnek el tisztán aszerint, hogy általános, célzott vagy javallott beavatkozást végeznek (4. ábra). Az általános populációt (is) megcélzó 35 beavatkozás közül csak 24 program/szolgáltatás az, ami kizárólag az általános populációra irányuló tevékenységet végez (az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás 41%-a). A 25 célzott beavatkozás közül 12 (az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás 21%-a) irányul kizárólag valamilyen veszélyeztetett populációra, a javallott prevencióval (is) foglalkozó 13 program/szolgáltatás közül pedig 8 (az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás 149%-a) tartozik tisztán ebbe a kategóriába.

¹⁴¹ Ezek lehetnek érzékenyítő, illetve valamilyen prevenciós beavatkozásra felkészítő képző vagy akár a szerhasználó környezetének támogatást nyújtó programok.

¹⁴² Mivel a beavatkozások leírásának szempontjai eltérőek aszerint, hogy a beavatkozás közvetlenül a végső célpopulációra irányul, vagy azt csak valamilyen közvetítő csoporton keresztül éri el, így a beavatkozások ezen két csoportját külön-külön mutatjuk be.

4.ábra: A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló programok/szolgáltatások besorolása a megcélzott csoportok alapján Budapesten (db; %; N=58)

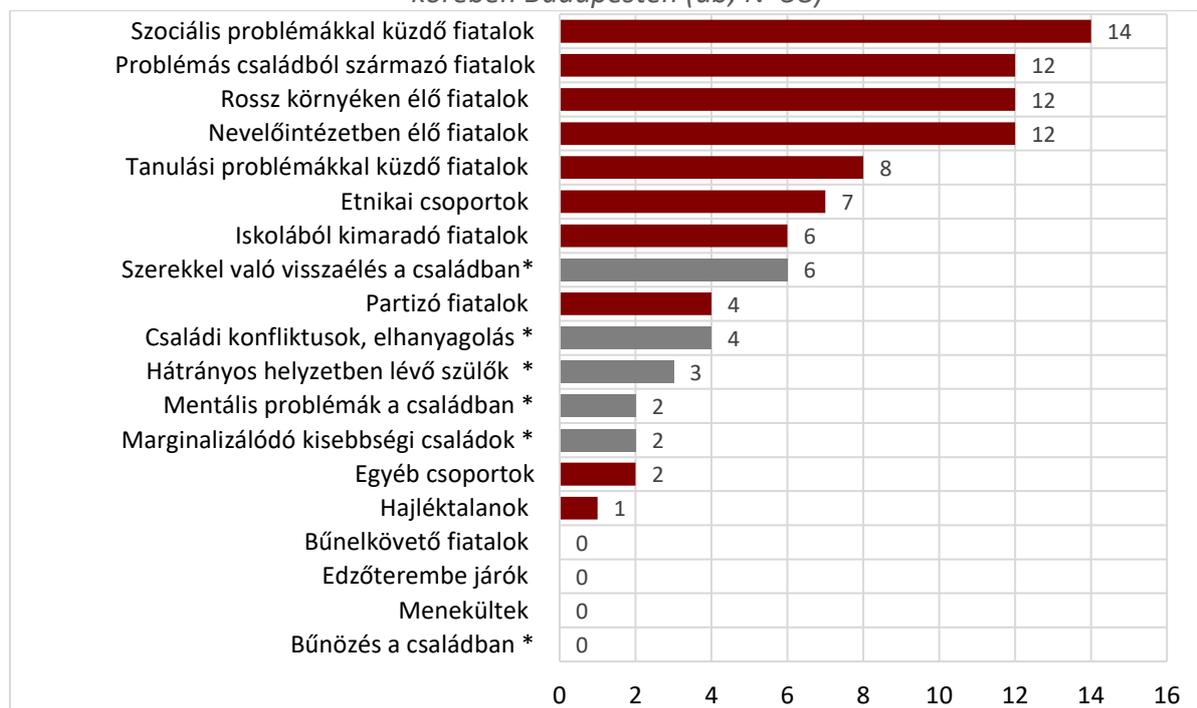


Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások célpopulációjában az általános populáció mellett – mellyel, mint láthattuk a beavatkozások kétötöde, 35 program/szolgáltatás foglalkozik – leginkább a szociális problémákkal küzdő és/vagy a problémás családból származó és/vagy a rossz környéken élő és/vagy nevelőintézetben élő fiatalok jelennek meg a fővárosi prevenciók kínálatban. Ezeknek a csoportoknak az elérését minden ötödik program/szolgáltatás megcélozza. Körülbelül minden hetedik-nyolcadik beavatkozás kívánja elérni a tanulási problémákkal küzdő és/vagy valamilyen etnikai csoporthoz tartozó fiatalokat. Körülbelül minden tizedik program/szolgáltatás célozza meg jelennek az iskolából kimaradó fiatalok, illetve a a szerhasználattal terhelt családok. A megismert beavatkozások kevesebb mint egytizede foglalkozik partizó fiatalokkal, konfliktusokkal/elhanyagolással jellemezhető családokkal. Nagyon ritka 1-2 olyan program/szolgáltatás érhető el a fővárosi prevenciók kínálatban, amelyik hajléktalanokkal, hátrányos helyzetű, vagy mentális problémákkal terhelt, vagy marginalizálódó kisebbségi családokkal¹⁴³ foglalkozik, s egyáltalán nem találtunk Budapesten olyan programot, ami menekülteket, bűnelkövető, illetve konditerembe járó fiatalokat céloz meg, vagy olyan családokat, ahol jelen van a családban a bűnözés (5. ábra).

¹⁴³ Az egyéb kategóriában lévő válaszok egyike szintén családi prevenciót takar: fogyatékossgal élő családokat.

5.ábra: A különböző speciális (veszélyeztetett) csoportokat megcélzó beavatkozások száma a közvetlenül a végső célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások körében Budapesten (db; N=58)

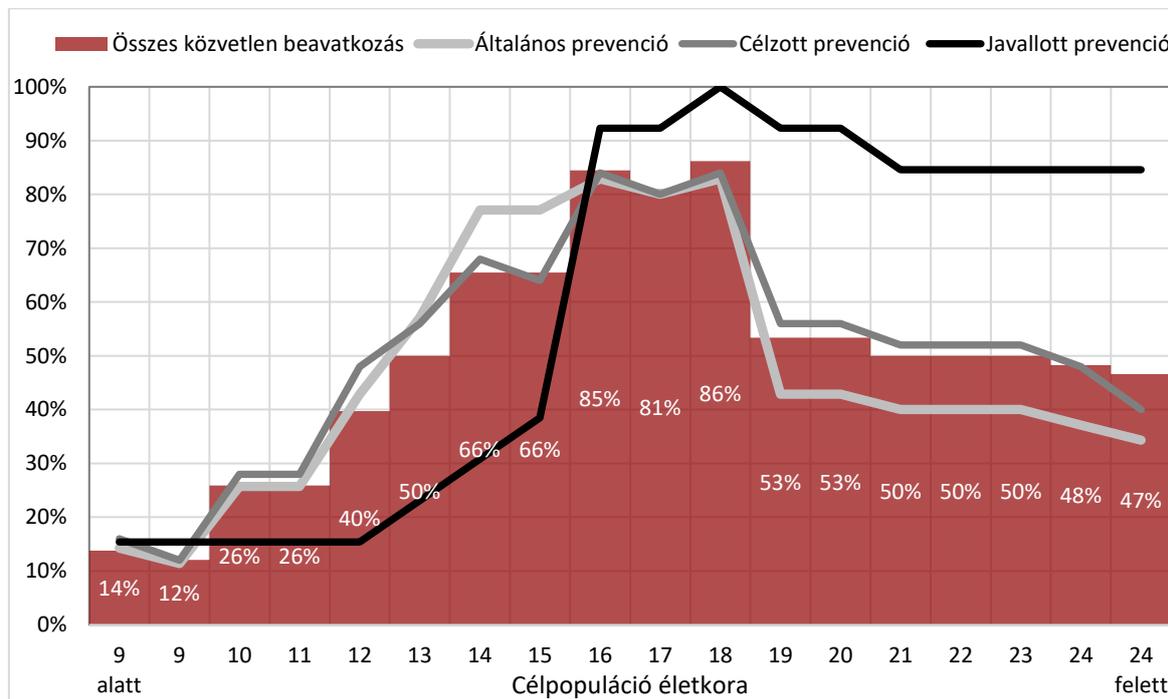


*Az ábrán a szürkével jelölt sávok a családi prevenció célcsoportjai. Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A megismert beavatkozások közül családi prevencióval a fővárosban 13 program/szolgáltatás foglalkozik, s közülük 4 beavatkozás csak általános prevenciót végez a családok körében, s 9 olyan beavatkozást találtunk, melynek keretében a veszélyeztetett családokat (is) meg kívánják célozni. Mint azt az 5. ábrán láthatjuk, a családi prevenció célcsoportjai (szürke sávokkal jelölve) a célzott prevenció célcsoportjainak prioritás struktúrájának a hátsó tartományában helyezkednek el, azaz a különböző veszélyeztetett családok elérésére való törekvés – a nem családokra irányulóhoz képest – kevésbé jellemző Budapesten a megismert prevenciós beavatkozások körében. Amennyiben a családi prevenció célcsoportjain belüli prioritásokat vizsgáljuk, azt mondhatjuk, hogy az általunk ismert családi prevencióval (is) foglalkozó beavatkozások leginkább a szerhasználatot jellemezhető családokat próbálják meg elérni.

A végső célpopulációval közvetlenül foglalkozó prevenciós beavatkozások a fővárosban leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozzák meg. A 10 éves kor alatti korosztállyal az egyes korévekben 7-8 program (12-14%) foglalkozik, majd ezt követően szinte évről évre növekszik az adott életkorba tartozó diákok intervenciót vállaló beavatkozások kínálata. A 18 éves célpopulációban a fővárosban (is) működő programok/szolgáltatások 86%-a jelen van. Ezt követően a programkínálat hirtelen lecsökken, a 19-20 éves fiatalokkal, illetve az ennél idősebbekkel már csak a beavatkozások fele, vagy közel fele foglalkozik (6. ábra, bordó terület).

6. ábra: Általában a végső célcsoportra irányuló programok/szolgáltatások (N=58), valamint az általános (N=35), célzott (N=25) és javallott (N=13) beavatkozások előfordulásának aránya a célpopuláció korévei szerint* (%)



*Az ábrázolt %-os arányok azt fejezik ki, hogy a programok hány százaléka célozza meg az adott korévbe tartozó célpopulációt. Az adatfeliratok az összes végső célpopulációra irányuló beavatkozás esetében kapott arányokat mutatják. Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

Külön megvizsgáltuk az általános (lásd 6. ábra világos szürke vonal), a célzott (lásd 6. ábra sötétebb szürke vonal), valamint a javallott (lásd 6. ábra fekete vonal) prevenciós beavatkozások célpopulációjának életkori jellemzőit. Az általános és célzott prevenciós beavatkozások által megcélzott populáció életkori jellemzői nagyfokú hasonlóságot mutatnak, azzal a különbséggel, hogy 18 éves kor után a célzott beavatkozások kínálata kevésbé hirtelen cseng le. A javallott prevenció pedig az általános iskolás évek alatt az évek előrehaladtával kevésbé emelkedik, majd – amikor az általános és célzott prevenció már stagnál, illetve mérsékeltebben növekszik – a javallott prevenció kínálata megugrik, s 18 éves kor után – amikor a többi beavatkozás már lecsengőben van – is fennmarad a 18 éves korúakat célzóval közel azonos kínálati szinten¹⁴⁴.

A programok/szolgáltatások célkitűzései

A fővárosban elérhető programok/szolgáltatások a legnagyobb arányban (50%) mindennapi életvezetési készségek fejlesztésével kapcsolatos célokat fogalmaztak meg, s ezt követik a szenvedélymagatartásokkal kapcsolatos ismeretek átadására irányuló, illetve az egyéb szociális készségek (44%), valamint az önismeret (42%) fejlesztésére vonatkozó célkitűzések. A beavatkozások egynegyede esetében jelennek meg attitűdváltozással, valamint segítségkérés támogatásával kapcsolatos célok. Körülbelül minden ötödik beavatkozás esetében

¹⁴⁴ A beavatkozások kínálati görbéjének a célpopuláció életkora mentén való alakulása részben harmonizál a populációs drogepidemiológiai vizsgálatoknak a drogokkal való kapcsolatbalépésre vonatkozó eredményeivel (Paksi & Pillók, 2021), bár a kínálatnak a 18 éves kort meghaladó populációban való csökkenését csak a legfiatalabb felnőtt korosztály adatai támasztják alá.

találkoztunk egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretátadással (21%) és érzelmi neveléssel (19%) kapcsolatos célok megfogalmazásával. A fővárosban tíznél kevesebb program/szolgáltatás említett alternatívák megismertetésével, visszautasítási technikák fejlesztésével, viselkedés változással, illetve személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket. Legkevésbé népszerű cél az akut helyzet, krízis megoldása és/vagy az ártalomcsökkentés (7. ábra).

7.ábra: A különböző célkitűzések megjelenése a fővárosban elérhető, a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciók beavatkozásokban (db; N=57)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

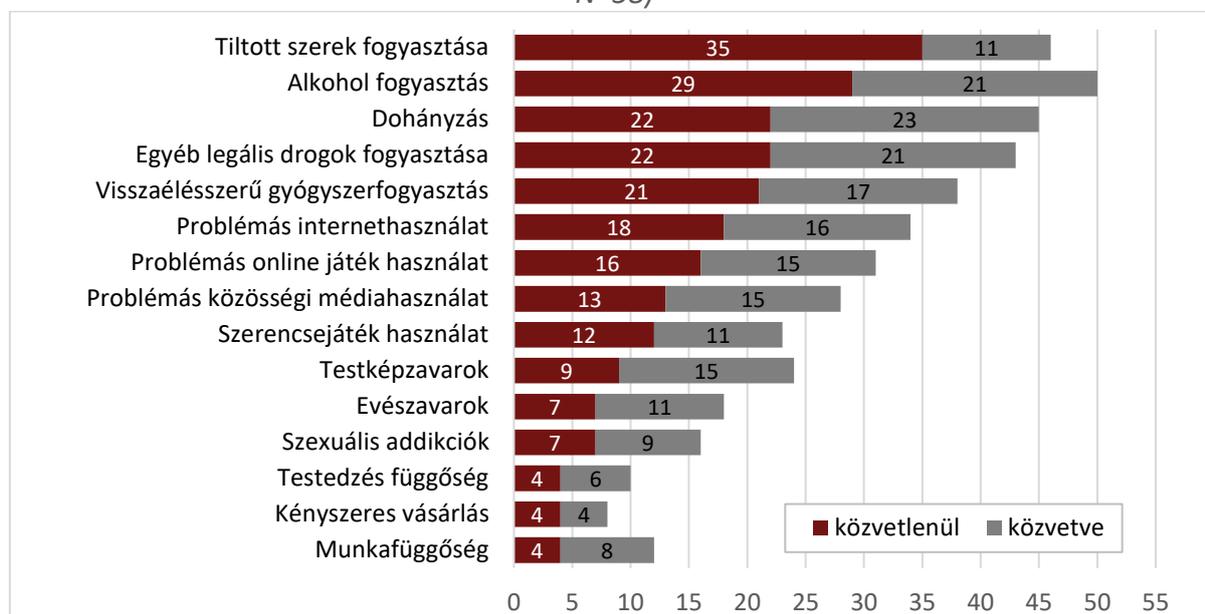
A fővárosban elérhető, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozásokra vonatkozó programleírásokban megfogalmazott célkitűzés leírások alapján a fenti típusok mentén összességében 187 célkitűzés típus volt azonosítható (N=57), azaz egy beavatkozással kapcsolatban átlagosan 3,3 célkitűzés típust fogalmaztak meg a szolgáltatók. Mindössze 8 találkoztunk egyetlen célkategóriába sorolható célmegjelöléssel. A fővárosban elérhető beavatkozások kétharmada (38 db; 66,6%) legalább három különböző típusba sorolható cél mentén dolgozik.

A megcélzott szenvedélymagatartásokat vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a fővárosban elérhető közvetlenül a végső célpopulációra irányuló beavatkozások körében a szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos céltételezések népszerűsége jóval nagyobb, mint a viselkedéses addikcióké. A megismert beavatkozások döntő többsége (95%), összesen 55 program/szolgáltatás közvetlenül és/vagy közvetetten¹⁴⁵ megcélzza valamelyik szerhasználó magatartás megelőzését, ebből 45 program/szolgáltatás (78%) direkt módon, másik 10 (összesen 29; 50%) beavatkozás pedig közvetetten irányul ezekre a magatartásokra. Valamilyen viselkedési addikció közvetlen és/vagy közvetett interveniálásával kapcsolatos céltételezést azonban csak a megismert beavatkozások valamivel több mint kétharmada (69%), összesen 40 program/szolgáltatás

¹⁴⁵ Az egyes magatartásokat közvetlenül ill. közvetetten megcélzó beavatkozások halmaza független egymástól (ha egy beavatkozás valamelyik magatartással közvetlenül foglalkozik, akkor az esetében a közvetetten megcélzott magatartások között az nem szerepelhet), de mivel előfordul, hogy egy program/szolgáltatás az egyik szerhasználó magatartást közvetlenül célozza meg, a másikat pedig közvetetten, így a szerhasználó magatartásokat közvetlenül ill. közvetetten megcélzó beavatkozások halmaza átfedésben lehet.

foglalmaz meg. Ezen magatartások valamelyikére közvetlenül csak 19 program/szolgáltatás (33%) fókuszál, ugyan másik 21 (összesen 27; 47%) beavatkozás esetében közvetetten találkoznak a résztvevők a témával.

8.ábra: A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló, a fővárosban elérhető prevenciós beavatkozások által közvetlenül vagy közvetve megcélzott szenvedélymagatartások (db; N=58)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A szerhasználó magatartások közül a tiltott szerek használatával, az alkoholfogyasztással foglalkoznak közvetlenül legnagyobb arányban a fővárosban elérhető beavatkozások, ezeket a témákat programok/szolgáltatások legalább fele direkt módon is tárgyalja, összességében pedig legalább négyötödük érinti. A többi szerhasználó magatartást (dohányzást, a visszaélészerű gyógyszerhasználatot, illetve egyéb legális drogok fogyasztását) pedig beavatkozások valamivel több mint egyharmada közvetlenül, összességében – közvetlenül vagy közvetve – legalább kétharmaduk megcélozza. A viselkedési addikciók közül a problémás internet-, az online játék, a közösségi média-, valamint és szerencsejáték használat a leginkább népszerű a fővárosi prevenciós kínálat tematikái között, azonban ezekkel a témákkal is csak a beavatkozások kevesebb mint egyharmada foglalkozik direkt módon. A többi viselkedési addikció közvetlen tárgyalására pedig a programok mindössze 7-16%-a tér ki. A problémás internet-, online játék - és közösségi média használat kivételével – mely témákkal a programok/szolgáltatások megközelítően felében közvetlenül vagy közvetetten találkoznak a résztvevők – azok a beavatkozások vannak meghatározó többségben, amelyek semmilyen módon nem foglalkoznak az egyes viselkedési addikciókkal.

A beavatkozások megvalósításának módja¹⁴⁶

A **programok megvalósulásának idői jellemzőit** az összóraszámmal, az alkalom számával, valamint a „futás” időintervallumával, azaz egy teljes megvalósulás során az első és az utolsó alkalom között eltelt idővel írjuk le.

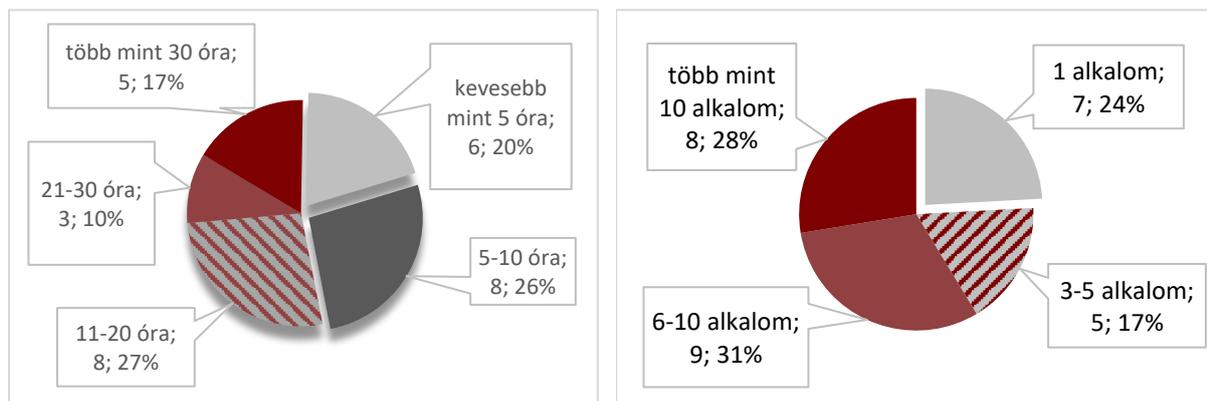
¹⁴⁶ A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló 58 beavatkozás háromnegyede (43 beavatkozás; 74%) program formájában zajlik, a másik egynegyedül (15 beavatkozás; 26%) pedig szolgáltatás keretében valósul meg.

A fővárosban a végső célpopulációban kínált programok összóraszámja meglehetősen széles sávban mozog, a legrövidebb program 1 órás, a leghosszabb 200 órás. Azonban a beavatkozások többsége ennek a széles sávnak az első felében helyezkedik el, a programok átlagos megvalósítási ideje 24 óra (45 perces órában számolva), és a programok közel fele legfeljebb 10 órában valósul meg, háromnegyedük maximum 20 órás. Mindössze 5 olyan programot találtunk a fővárosban, ami 30 óránál hosszabb (9 ábra).

Ezzel összhangban a fővárosi programok közel egynegyede mindössze az 1 alkalomból álló beavatkozás, kétötödük legfeljebb 5 találkozás, s összességében háromnegyedük maximum 10 alkalom során valósul meg (9 ábra).

A programok megvalósulásának időintervallumát tekintve a fővárosban elérhető programok közel kétötöde (11 program, 39%; N=28) legfeljebb egy hónap alatt befejeződik. A programok másik kétötöde pedig egy hónapnál hosszabb, de maximum fél éves időintervallumban zajlik le. Mindössze egy olyan programmal találkoztunk, ami több 1 évig tart.

9.ábra: A közvetlenül a végső célcsoportra irányuló programok száma (db) és megoszlása (%) összóraszám (45 perces órában; N=30) és a megvalósítási alkalmak száma szerint (N=29)

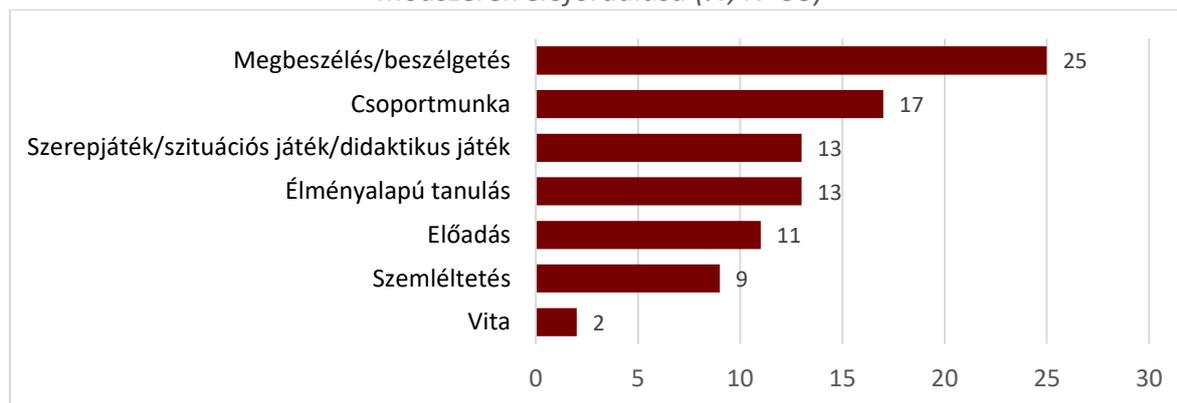


Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A fővárosban kínált prevenciós programok megvalósítása során a leggyakrabban **alkalmazott módszer** a megbeszélés/beszélgetés, a programok kétharmada alkalmazza ezt a módszert. Az összes többi módszer a programok kevesebb mint felében kerül alkalmazásra. Mindazonáltal a különböző csoportos technikák, és az élményalapú tanulás módszere a programok több mint egyharmadánál megjelennek. Az előadás, illetve a szemléltetés ennél ritkább, de körülbelül minden negyedik programban alkalmazása. Ugyanakkor egyelőre kifejezetten ritka a vita-módszer megjelenése a prevenciós programokban (10. ábra).

A megvalósítás módjára vonatkozó információkkal strukturált formában a programokat tudjuk jellemezni, tehát a következőkben a program formájában megvalósuló beavatkozásokat mutatjuk be.

10.ábra: A közvetlenül végső célcsoportra irányuló programok során alkalmazott módszerek előfordulása (%; N=38)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A programok - a fenti típusok közül – átlagosan 2,4 féle módszert alkalmaznak, a legtöbb program (18; 47%) kétfélét, összességében a programok közel kilenc tizede (23 program, 87%) maximum 3 félét.

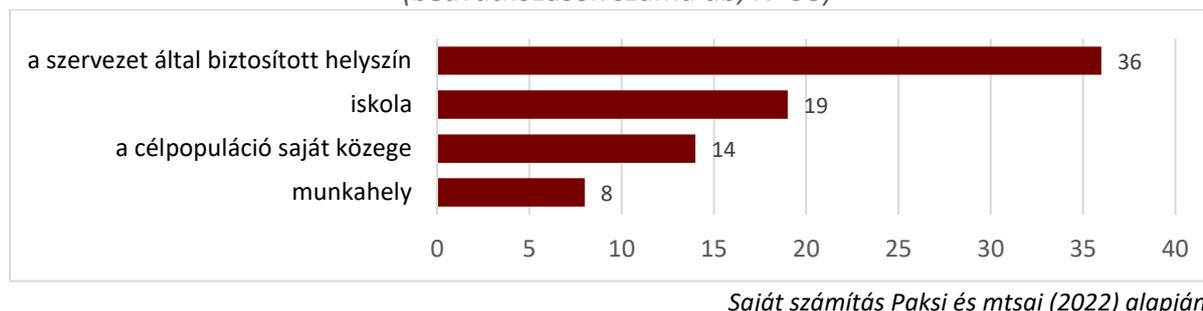
Tekintettel arra, hogy prevenciós programok eredményességének/hatékonyságának vizsgálata során – elsősorban a közvetlenül a diákokkal foglalkozó beavatkozások esetében – a szakirodalom kitüntetett szerepet tulajdonít az interaktivitás kérdéskörének,¹⁴⁷ így a módszerek típusai mellett megvizsgáltuk a programok interaktivitását. Az e tekintetben értékelhető információval szolgáló programok (N=35) nagy többsége (33 program; 94%) legalább részben alkalmaz interaktív módszereket: közel kétharmaduk (22 program; 63%) teljes mértékben, másik közel egyharmaduk (11 program; 31%) részben interaktív módszertani elemekből építkezik. A fővárosban kínált programok közül mindössze 2 program esetében nem jelent meg semmilyen interaktív programelem.

A programok/szolgáltatások egyéb jellemzői

A fővárosban jelenlévő, a végső célcsoportra irányuló programok/szolgáltatások leginkább a beavatkozást kínáló szervezet saját helyszínén, illetve az általa biztosított helyszínen érhető el (62%; 36 program/szolgáltatás). Iskolai **színtéren** a beavatkozások egyharmada (33%, 19 program/szolgáltatás) van jelen, s a célcsoport saját közegében minden negyedik (24%; 14 program), munkahelyi szintéren pedig kb. minden hetedik beavatkozás (14%; 8 program/szolgáltatás) érhető el (11. ábra). Átlagosan egy beavatkozás 1,3 féle szintéren dolgozik.

¹⁴⁷ Tobler és kutatócsoportja (1997) a 80-as–90-es években az iskolai szintéren megvalósított és értékelt drogprevenciós programok eredményértékeléseinek metaanalízise alapján arra a megállapításra jutott, hogy a prevenciós program viselkedésre gyakorolt hatása szempontjából a legnagyobb jelentőséggel a programmegvalósítás interaktivitása bír. Ehhez képest másodlagos a program célkitűzése, illetőleg annak tartalmi fókuszusa. Az interaktivitás ebben az esetben azt jelenti, hogy a résztvevők nem pusztán hallgatóságként vannak jelen a prevenciós beavatkozások során, hanem ténylegesen részt vevő módon. A szokásos, „frontális” beavatkozás alanyai bevonásra kerülnek a gyakorlatokba, szerepjátékokba; csoportosan megbeszélik a felmerülő kérdéseket; stb. (Tobler, 1997; Tobler & Stratton, 1997).

11. ábra: A végső célcsoportra irányuló beavatkozások megvalósításának szintere (beavatkozások száma db; N=58)



Az iskolát a megvalósítás helyszíne mellett a beavatkozásban résztvevők rekrutálási színtereként is vizsgáltuk. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programok/szolgáltatások háromötöde (35 program/szolgáltatás; 60%) az iskolán keresztül (is) kapcsolatba lép a célpopulációval, egyötödük (11 program/szolgáltatás; 19%) kizárólag az iskolán keresztül, kétötödük (24 program/szolgáltatás, 41%) pedig az iskolában és más színtereken is próbál kapcsolatba lépni az interveniált populációval.

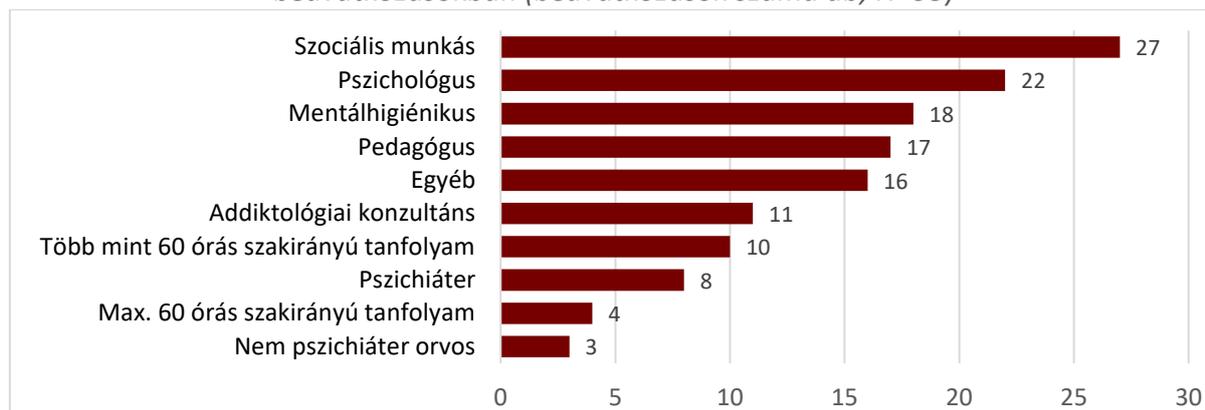
A beavatkozások tényalapúságának szempontjából fontos kérdés, hogy a programok/szolgáltatások indítása előtt a szervezetek milyen információval rendelkeztek a célpopuláció interveniálni kívánt magatartása szempontjából releváns kérdések tekintetében, azaz a programok/szolgáltatások indítását megelőzte-e valamilyen információ gyűjtés. A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló fővárosi beavatkozások valamivel több mint fele (25 program/szolgáltatás; 54%) jelezte, hogy végzett a program/szolgáltatás indítása előtt szükségletfelmérést. Ennél nagyobb arányban jellemző, hogy a beavatkozások indítása előtt egyéb forrásokat használtak a szükségletek tekintetében való tájékozódáshoz: a programok/szolgáltatások közel háromnegyede (72%; 42 program/szolgáltatás) használt valamilyen egyéb forrást, közel kétharmaduk a szintéren dolgozók körében tájékozódott (62%; 36 program/szolgáltatás), egynegyedük (26%; 15 program/szolgáltatás) pedig a szakirodalom alapján (is).

A végső célpopulációra irányuló fővárosi beavatkozások közel egyharmada (17 program/szolgáltatás; 29%) számolt be arról, hogy van **lezárult programértékelésük**, ezen belül 13 beavatkozás végzett eredmény értékelést végzett, s 12 beavatkozás vizsgálta a megvalósulás folyamatát, közülük 9 eredmény- és folyamatértékelést is végzett. Azonban írásos összefoglaló meglétét csak 3 beavatkozás jelezte.

A humánerőforrás összetételükről információt adó közvetlenül a végső célpopulációra irányuló fővárosi beavatkozások (N=53) felében (27 program/szolgáltatás; 51%) dolgozik legalább egy szociális munkás, kétötödükben (22 program/szolgáltatás; 42%) találkozhatunk pszichológussal, egyharmaduk munkájában részt vesz mentálhigiénés szakember és/vagy pedagógus. Azonban csak minden ötödik beavatkozásnál találkozhatunk addiktológiai konzultánssal, és/vagy több mint 60 órás szakirányú tanfolyami véezettséggel rendelkező munkatárssal, s körülbelül minden hatodik programban dolgozik pszichiáter. Tízből kevesebb mint 1 beavatkozás munkájában vesz részt nem pszichiáter orvos. Emellett a programok/szolgáltatások közel egyharmada említett valamilyen egyéb végzettségű szakembert¹⁴⁸ (12. ábra)

¹⁴⁸ Az egyéb munkatársak között a legkülönbözőbb szakmák kerültek megjelenítésre, pl. rendőr, lelkes, szociológus, ifjúságfejlesztő, színész, edző, gyógypedagógus.

12.ábra: A különböző szakemberek jelenléte a közvetlenül végső célcsoportra irányuló beavatkozásokban (beavatkozások száma db; N=53)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A fentiekén túlmenően a programok esetében külön elemzési szempontként szerepeltettük a sorstárs segítő/leáltt szenvedélybeteg bevonását. A kutatásban résztvevő 58, közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozás közül 30 esetében rendelkezünk erre vonatkozóan információval, s közülük mindössze 4 programnál azonosítottuk sorstárs segítő/leáltt szenvedélybeteg személy részvételét.

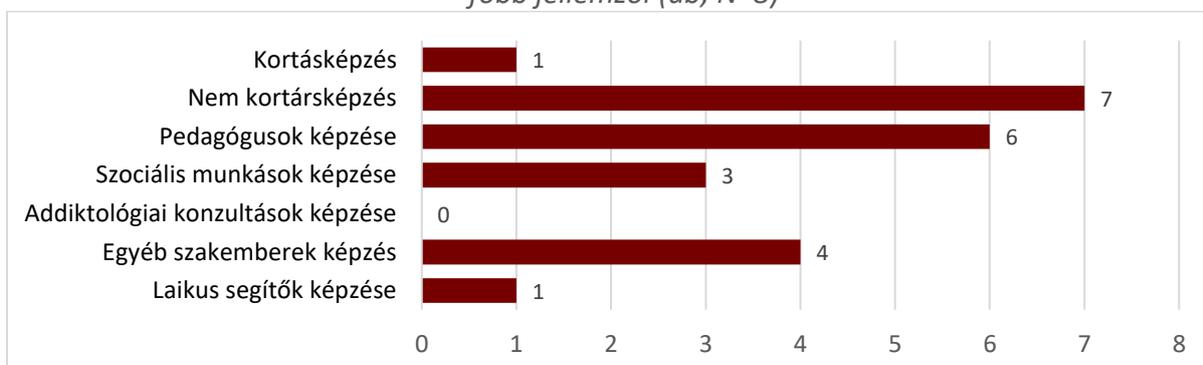
Közvetítő célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások jellemzői

Mint fentebb jeleztük, a fővárosban mindössze 8 olyan program/szolgáltatás került a látókörünkbe, amely valamilyen közvetítő csoporton keresztül (kortársak, pedagógusok, egyéb szakemberek, esetleg szülők bevonásával) kívánja elérni az adott beavatkozás végső célcsoportját, így – az alacsony szám miatt – a közvetett beavatkozások kínálatát csak néhány összefoglaló jellemző mentén mutatjuk be.

A képző programok/szolgáltatások célcsoportja

A fővárosban azonosított, közvetítő célcsoportra irányuló képzések között mindössze egy foglalkozik kortásképzéssel, 7 beavatkozás pedig szakemberek (elsősorban pedagógusok) képzésére irányul. Egy közvetítő célcsoportra irányuló program/szolgáltatás képzettséghez kötés nélkül, általános populációba tartozó laikusokat szólít meg (13. ábra).

13.ábra: A közvetítő célcsoportra irányuló, képző programok/szolgáltatások célcsoportjának főbb jellemzői (db; N=8)

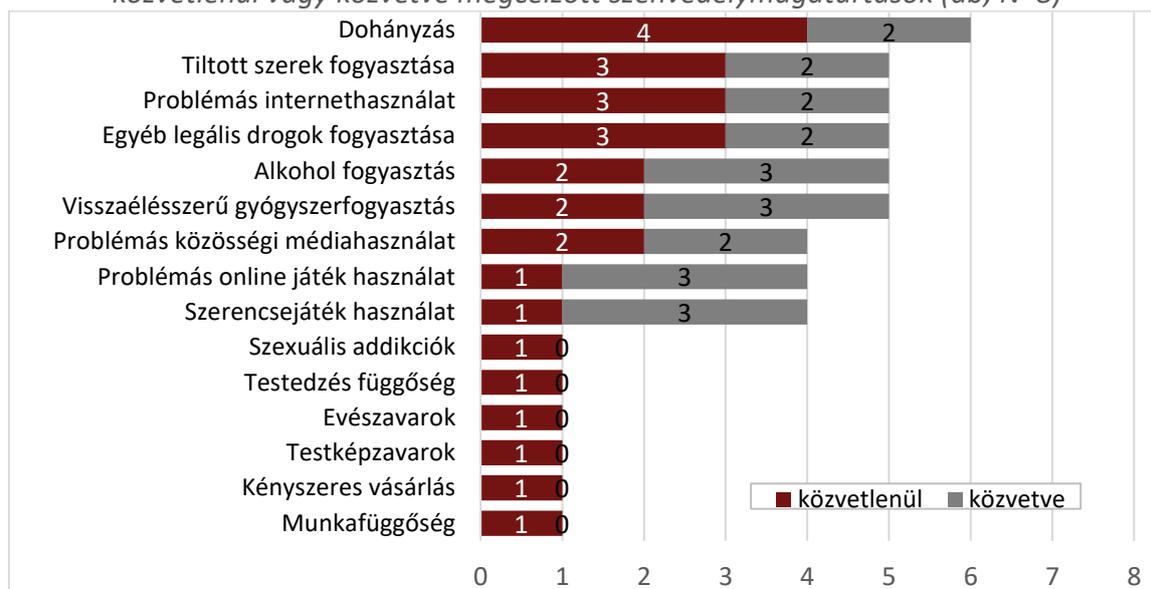


Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A képző programok/szolgáltatások célkitűzései

A közbülső célpopulációra irányuló, a fővárosban elérhető képző programok/szolgáltatások által megcélzott szenvedélymagatartások esetében is – a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló fővárosi beavatkozásokhoz hasonlóan – azt tapasztaltuk, hogy a szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos céltételezések népszerűsége nagyobb, mint a viselkedési addikcióké. Budapesten 8 prevenciós képzésből 7 közvetlenül és/vagy közvetetten megcélzza valamelyik szerhasználó magatartás megelőzését, ebből 5 képzés direkt módon is. Valamilyen viselkedési addikció közvetlen és/vagy közvetett interveniálásával kapcsolatos céltételezést ugyanakkor csak 5 képzés fogalmazott meg, s ebből 3 képzés foglalkozik közvetlenül a témával. A szerhasználó magatartások közül a dohányzással foglalkoznak közvetlenül legnagyobb arányban, a viselkedési addikciók közül pedig a problémás internethasználat kérdésével. Gyakori még a tiltott szerhasználat, az egyéb legális drogok fogyasztása, valamint a problémás közösségi médiahasználat tematikájának megjelenése is. Ugyanakkor a szexuális addikciók, illetve a testedzés függőség, az evészavarok, a testképzavarok, a kényszeres vásárlás, vagy a munkafüggőség témákban a fővárosban mindössze 1 képzés érhető el.

14.ábra: A közvetítő célcsoportra irányuló képző programok/szolgáltatások által közvetlenül vagy közvetve megcélzott szenvedélymagatartások (db; N=8)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

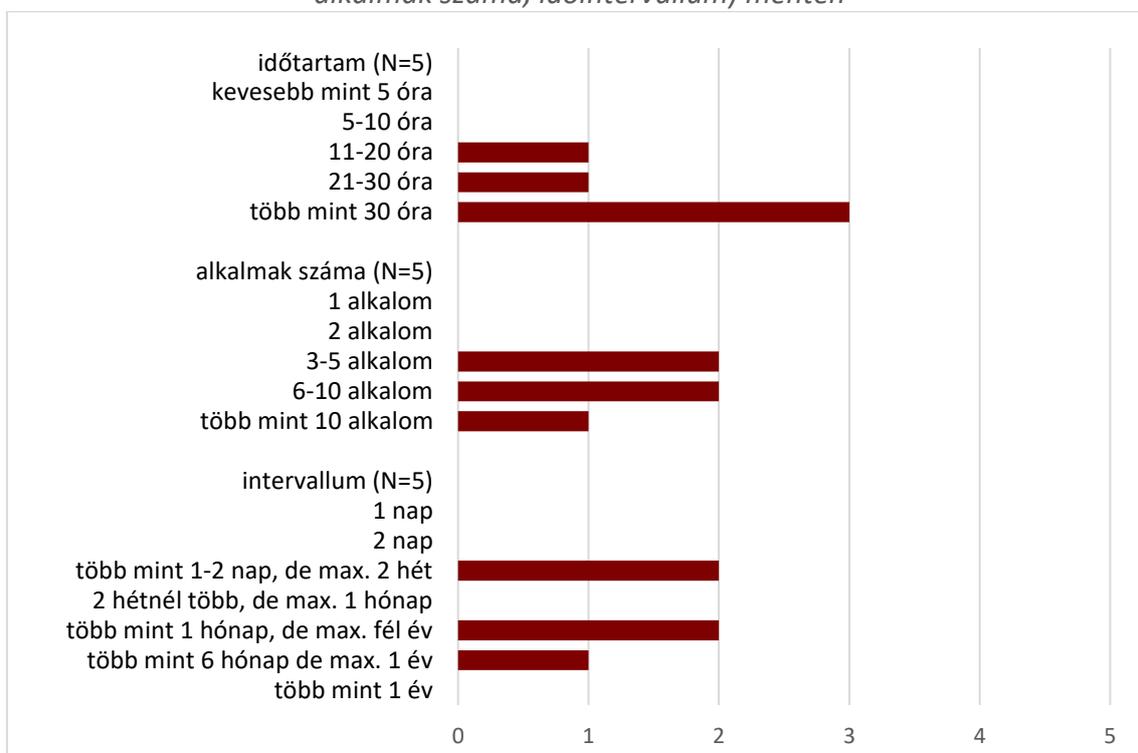
A képzések megvalósításának módja¹⁴⁹

A fővárosban elérhető képző programok megvalósulásának **idői jellemzőit** is az órászámmal, az alkalom számával, valamint a „futás” időintervallumával, azaz egy teljes megvalósulás során az első és az utolsó alkalom között eltelt idővel írjuk le. Az órászámra kapott válaszok alapján a Budapesten hozzáférhető képző programok jellemzően több mint 30 órával (3 képzés), és 10 órával vagy annál rövidebb képzés nincs a fővárosban. A nagy órászámmal összhangban a megvalósításuk 1-2 alkalomnál több, jellemzően 3-10 alkalom

¹⁴⁹ A megismert fővárosi képzések között mindössze 2 szolgáltatást találtunk, a többi, 6 képzés megvalósítása program formában történik. A megvalósítás módjára vonatkozó információkkal ez esetben is a programokat tudjuk jellemezni, tehát itt a program formájában megvalósuló képzéseket mutatjuk be.

keretében történik (4 képzés), és 1-2 napnál hosszabb, azonban maximum egy éves intervallumban megvalósulnak. (15. ábra).

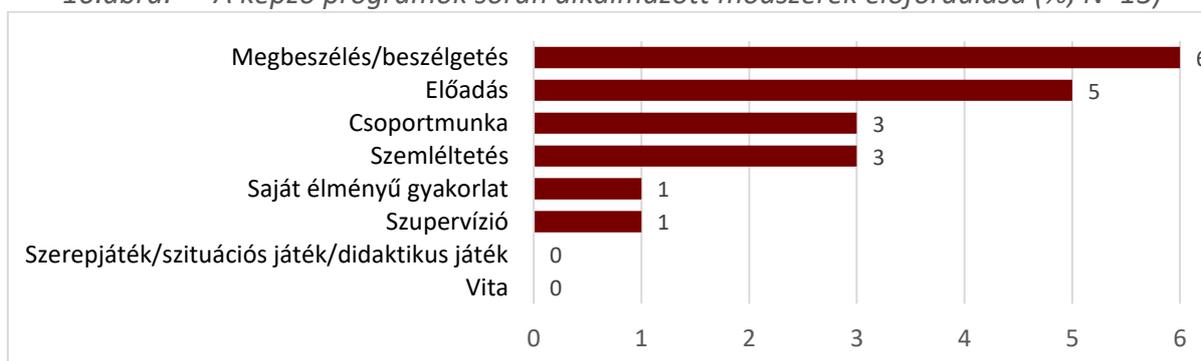
15.ábra: A képző programok száma (db) a különböző idői jellemzők (összóraszám, alkalomok száma, időintervallum) mentén



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

A fővárosi képző programok megvalósítására összességében leginkább a megbeszélés/beszélgetés, illetve az előadás jellemző, de a programok felében alkalmaznak csoportmunkát és szemléltetést is. Egyáltalán nem talákoztunk szerepjáték/szituációs játék/didaktikus játék, valamint vita-módszer alkalmazásával a fővárosi képzésekben (16. ábra).

16.ábra: A képző programok során alkalmazott módszerek előfordulása (%; N=13)



Saját számítás Paksi és mtsai (2022) alapján

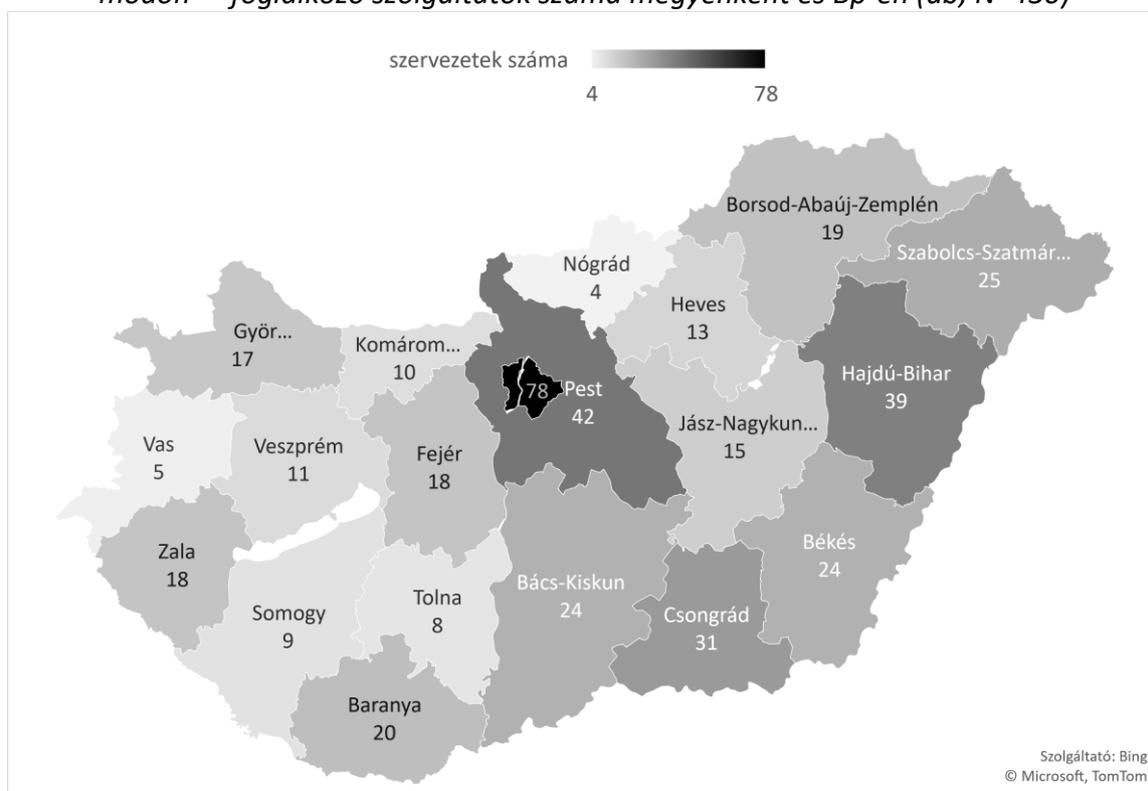
A fővárosi képzések kétharmada esetében volt a program indítását megelőzően a szükségletek megismerésére irányuló felmérés (4 képzés, N=6), és a fővárosi képzések fele a szintéren dolgozóktól (is), a 3 képzés pedig szakirodalom alapján (is) próbált információkat szerezni a célpopulációról.

A prevenció szervezetek és beavatkozások országos kontextusban

A fővárosi prevenció szervezetek országos kontextusban

A legutóbbi, a 2017 és 2020 között prevenció tevékenységet végző szervezetek feltérképezésére irányuló országos kutatás (Paksi, 2021; Paksi és mtsai, 2022) során a fővárosban 78, országosan 430 szervezetet sikerült azonosítani, mely szerint a prevenció szolgáltatók közel egyötöde a fővárosban található. Vidéken egy megyében átlagosan alig több mint negyedannyi szolgáltató van jelen, mint a fővárosban, de a legjobb ellátottságú megyékben is csak körülbelül fele, a legrosszabb ellátottságúakban pedig tized annyi prevencióval (is) foglalkozó szervezet érhető el, mint a Budapesten (17. ábra).

17.ábra: A 2017 és 2020 között szenvedélymagatartások megelőzésével valamilyen módon¹⁵⁰ foglalkozó szolgáltatók száma megyénként és Bp-en (db; N=430)

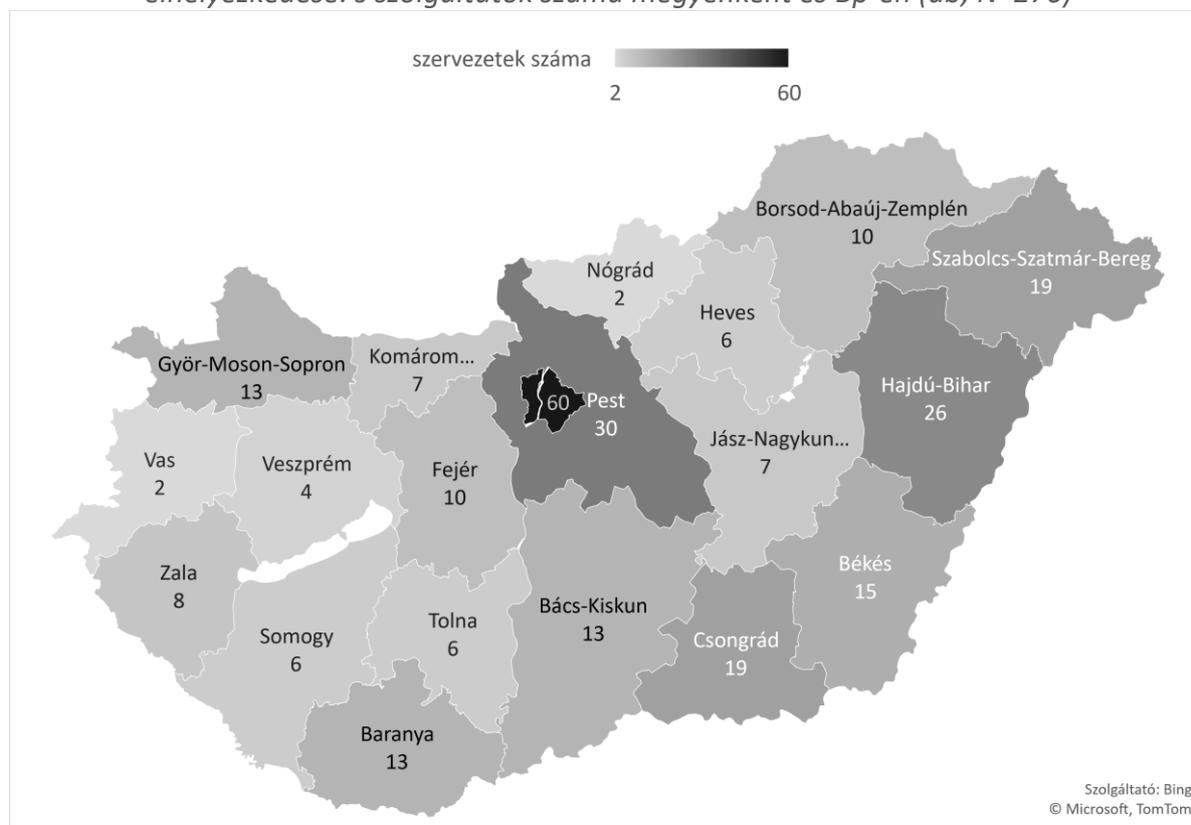


Forrás: Paksi és mtsai., 2022

A fővárosban elért, valamilyen prevenció tevékenységet végző szervezetek több mint háromnegyede (77%), végez aktuálisan saját programszerű prevenció beavatkozást. Országosan ez az aránya 64%, így az aktuálisan a prevenció kínálatban saját programszerű beavatkozást végző szervezetek körében – általában a valamilyen prevenció beavatkozást végzőkhöz képest is – még inkább fővárosi fókusz tapasztalható. (18. ábra).

¹⁵⁰ Az ábra mindazokat a szervezeteket tartalmazza, akik a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenció munkát.

18. ábra: Az aktuálisan (2020-ban) működő,¹⁵¹ a szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló saját, programszerű prevenciós beavatkozást kínáló szolgáltatók területei elhelyezkedése: s szolgáltatók száma megyénként és Bp-en (db; N=276)



Forrás: Paksi és mtsai., 2022

A prevenciós tevékenységet végző szervezetek döntő többsége (88%) országosan sem fő tevékenységként végzi a szenvedélymagatartások megelőzését, azonban a fővárosi szervezetek körében a fő tevékenységként végzett addikció-prevenció még ritkábban fordul elő (7% vs. 12%) mint általában az országban, s a valamilyen prevenciós/egészségfejlesztési tevékenységre orientálódott szervezetek előfordulása is kisebb arányú a budapesti szervezetek körében (22% vs. 30%). Általában az addiktológiai profil is ritkább a fővárosi szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó szervezetek körében (25% vs. 34%). Ugyanakkor a budapesti szolgáltatók között nagyobb arányban fordultak elő szabadidős/közművelődési programok szervezése más egyéb tevékenységek fő tevékenységként (30% vs. 11%).

A prevenciós szervezetek jogi státusza tekintetében is a hasonlóságok dominálnak: a nonprofit szervezetek meghatározó szerepe (63% vs. 66%), s ezen belül leginkább az alapítványi forma jellemző (26% vs. 23%), s országosan is alig jelennek meg a társas/egyéni vállalkozások (6%). Ugyanakkor a fővárosban az önkormányzati szerepvállalás az alapítványokkal azonos súlyú, ami az országosan csak 12%.

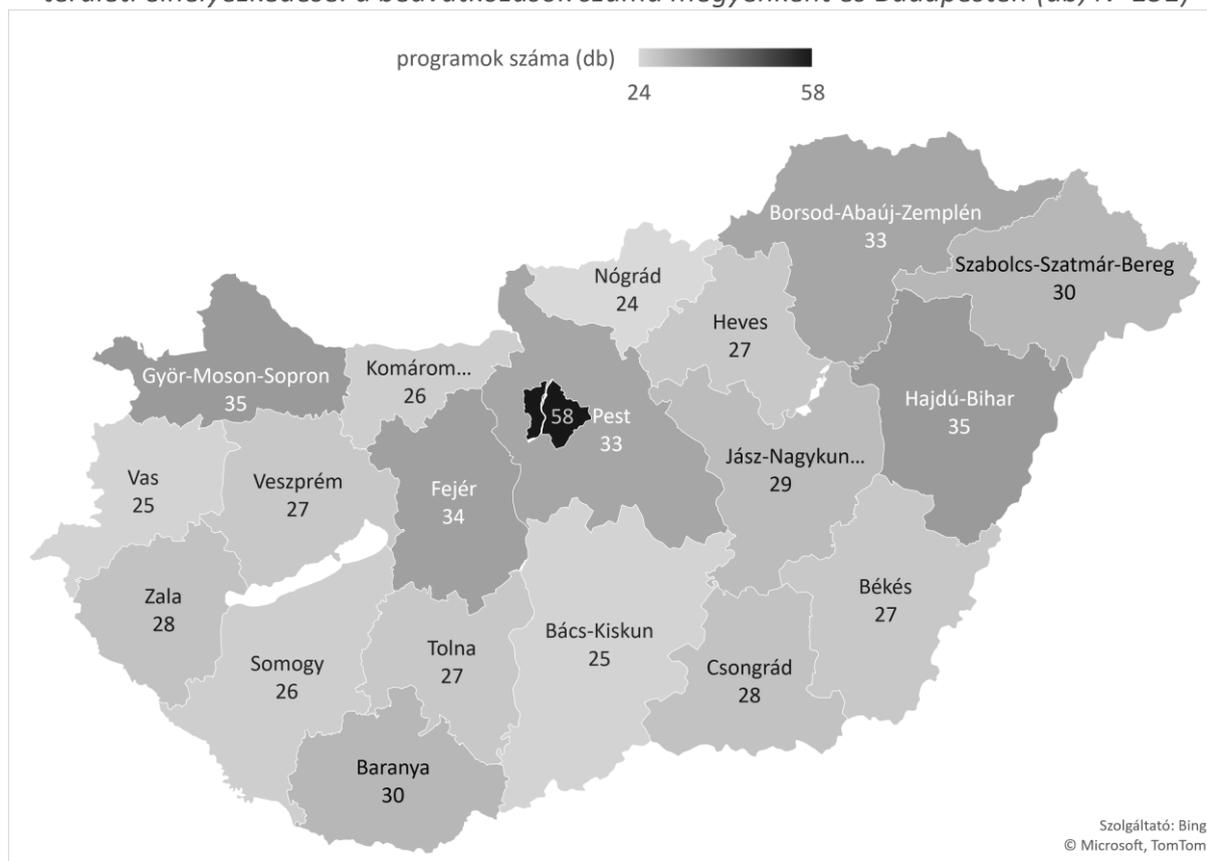
¹⁵¹ Vagy csak átmenetileg szüneteltető.

A fővárosi prevenciós beavatkozások országos kontextusban

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások Budapesten és az országban

A prevenciós szolgáltatók területi eloszlásához hasonlóan a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások esetében is legnagyobb kínálattal a fővárosban találkozunk, ahol 58 program/szolgáltatás közül választhatunk. A megyénként átlagosan 29 különböző beavatkozással találkozunk, ami fele a fővárosi kínálatnak (19. ábra).

19.ábra: *A közvetlenül a végső célcsoportban kínált prevenciós programok/szolgáltatások területi elhelyezkedése: a beavatkozások száma megyénként és Budapesten (db; N=151)*



Forrás: Paksi és mtsai., 2022

A főváros centrikuság az általános, célzott és javallott beavatkozások területi elhelyezkedését külön-külön vizsgálva még erősebben mutatkozik meg: a célzott programok/szolgáltatások esetében az átlagos megyei kínálat mindössze 44,8%-a a fővárosinak, s a többi típusban sem éri el az 50%-ot. (melléklet, 2. táblázat)

A fővárosban a közvetlenül a végső célcsoportban jelenlévő prevenciós programok/szolgáltatások között az országosan jellemző arányokhoz hasonló arányban vannak jelen általános, célzott és javallott beavatkozások. A programok/szolgáltatások háromötöde országosan is az általános populációra (is) irányuló beavatkozás, körülbelül kétötödük országosan és Budapesten egyaránt veszélyeztetett populációk vonatkozásában (is) fogalmaz meg célkitűzéseket (célzott beavatkozás), negyedüköt pedig javallott prevenciót (is) végez.

Nem látunk jelentős eltérést az országosan és a fővárosban a közvetlenül a végső célcsoportban jelenlévő beavatkozások által megcélzott speciális csoportok

összetételében sem: leginkább a szociális problémákkal küzdő és/vagy a problémás családból származó és/vagy a rossz környéken élő és/vagy nevelőintézetben élő fiatalok jelennek meg a fővárosi és az országos prevenciós kínálatban egyaránt, s a fővároshoz hasonlóan, országosan sincs, vagy alig található olyan beavatkozás, ami a menekülteket, bűnelkövető fiatalokat/családokat, edzőterembe járókat célozna meg. S bár a fővárosban is jellemző, hogy családi prevenció célcsoportjai a célzott prevenció prioritás struktúrájának a hátsó tartományában helyezkednek el, összességében Budapesten a beavatkozások palettáján valamivel nagyobb arányban vannak jelen a családokat (is) megcélzó programok/szolgáltatások (országosan 16%, a fővárosban 22%). Nagymértékben hasonló a fővárosban és az országban a végső célcsoportban elérhető prevenciós programok/szolgáltatások célpopulációjának korösszetétele is. A végső célpopulációval közvetlenül foglalkozó prevenciós beavatkozások a fővárosi programokhoz/szolgáltatásokhoz hasonlóan általában az országban is leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozzák meg.

A megcélzott magatartások vonatkozásában elsősorban szintén a hasonlóságokat kell kiemelnünk. A szerhasználó magatartásokkal kapcsolatos céltételezések népszerűsége az országosan jellemzőhöz hasonlóan a fővárosi beavatkozások esetében jóval nagyobb, mint a viselkedéses addikcióké, s a két csoportban leginkább preferált magatartások is hasonlóak. Ugyanakkor a fővárosi beavatkozásokban a dohányzás és az alkoholfogyasztás témája direkt módon kevésbé van fókuszban.

A végső célcsoportra irányuló programok fővárosban átlagosan 6 órával hosszabbak, mint országosan (fővárosban 24 óra, országosan 18 óra). A Budapesten jóval kisebb az 5 óránál rövidebb programok aránya (Bp-en 20%; országosan 31,5%), s nagyobb arányban vannak jelen a 11-20 órás beavatkozások (27% vs: 18,5%). A programok óraszámával összhangban a fővárosi programok között kisebb a maximum 1-2 alkalomra korlátozódó beavatkozások aránya (24% vs. 32%), és a legalább 10 alkalomból álló programok között nagyobb arányban válogathatunk (59% vs. 50%).

A végső célcsoportra irányuló fővárosi és általában az országban jelenlévő programok módszertani háttérének hasonlóságát jelzi, hogy egy-egy program országosan általában és a fővárosban is – a vizsgált hat-féle módszer közül – átlagosan 2,4 féle módszert alkalmaz. További hasonlóság a leggyakrabban alkalmazott módszer (megbeszélés/beszélgetés) egyezősége, s a különböző csoportos technikák alkalmazásának elterjedtsége (kb. a programok egyharmadánál), illetve az interaktív elemek jelenléte (több mint 90% valamilyen mértékben interaktív). Ugyanakkor a fővárosi programokban nagyobb arányban vannak jelen az élményalapú módszerek, mint az országban általában (Bp: 34%; országosan: 23%).

A végső célcsoportra irányuló fővárosi programok/szolgáltatások színterének heterogenitása és a vizsgálat színterek megjelenésének gyakorisági sorrendje is hasonló az országosan általában jellemzőhöz, azzal a különbséggel a fővárosban kisebb az iskolai szinten is kínált beavatkozások aránya (Bp:33%; országosan: 42%), azonban az iskola rekrutálási helyszíneként való megjelenésében nincs különbség.

A végső célcsoportra irányuló beavatkozások tényalapúsága tekintetében a fővárosban elérhető programok/szolgáltatások esetében az országosan jellemzőnél kedvezőtlenebb kép rajzolódott ki. Míg általában az országban a beavatkozások közel

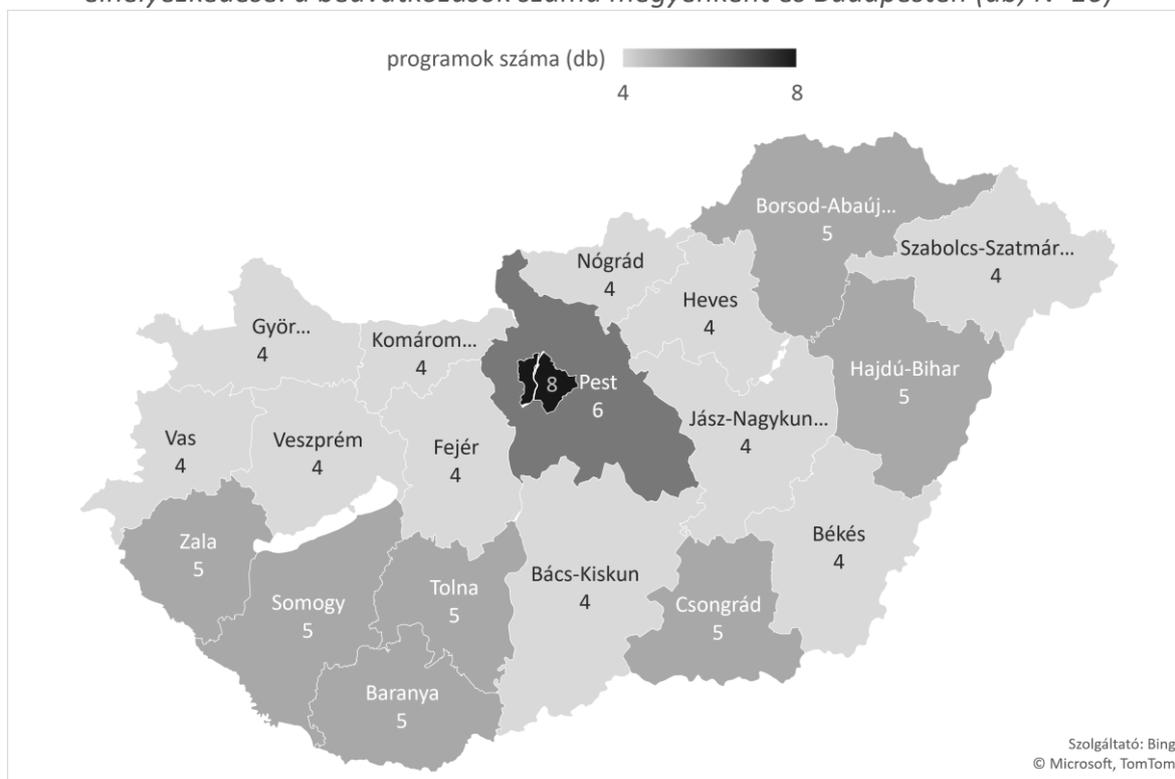
kétharmada jelezte, hogy a program/szolgáltatás indítása előtt végzett szükségletfelmérést, a fővárosban csak alig több mint fele (Bp: 54%, országosan: 64%), a budapesti beavatkozások körében viszont valamelyest magasabb a szakirodalom alapján tájékozódók aránya (26% vs. 19%). A programértékelés elterjedtsége a fővárosban és országosan is alacsony (29% vs. 33%).

Az országosan jellemzőhöz szintén hasonló a végső célcsoportra irányuló fővárosi programok/szolgáltatások humánerőforrás összetétele is. Budapesten is szociális munkások és pszichológusok dolgoznak legnagyobb arányban, azonban a fővárosi beavatkozásokban ritkábban találkozhatunk addiktológiai konzultánsok, pszichiáter ill. nem pszichiáter orvosokkal, ugyanakkor valamelyest jellemzőbb a pedagógusok és mentálhigiénikus szakemberek alkalmazása.

Közvetítő célcsoportra irányuló prevenciós programok/szolgáltatások Budapesten és az országban

A közvetítő célcsoportra irányuló, képző programok/szolgáltatások területi lefedettségét vizsgálva – a közvetlenül a végső célcsoportra irányuló beavatkozások főváros-vidék mintázódásához hasonlóan – elmondhatjuk, hogy Budapesten közel kétszer akkora programkínálat található, mint egy átlagos megyében. A fővárosban 8, míg egy átlagos megyében 4,5 képző program/szolgáltatás érhető el. Még jelentősebb a főváros képző programok tekintetében való kiemelkedése, ha figyalembé vesszük, hogy a megyék többségében jelenlévő programok nem helyi beavatkozások: a legtöbb megyében a 4 országos lefedettségű képzés érhető el, s egyedül a fővárosban vannak jelen jelentősebb arányban – az országos hatókörű képzésekkel megegyező számban – helyi képzések is. (20. ábra).

20. ábra: A közvetítő célcsoportra irányuló, képző programok/szolgáltatások területi elhelyezkedése: a beavatkozások száma megyénként és Budapesten (db; N=16)



Forrás: Paksi és mtsai., 2022

A látókörünkbe került fővárosi képzések között a jóval kisebb a kortárképzés szerepe, mint országosan (Bp 8 képzésből 1; országosan 16 képzésből 6). A nem kortársakra irányuló képzések esetében azonban a célpopuláció, a megcélzott szakemberek, a célok és a képzések idői dimenziói tekintetében is az országban és a fővárosban jelenlévő képzések hasonlósága jellemző. Ugyanakkor a programok során alkalmazott módszerek némileg eltérőek: a fővárosban elérhető képzések során – a kortárs képzések hiányával összefüggésben – kevésbé jellemző a csoportos technikák (csoportmunka, szerepjáték/szituációs játék/didaktikus játék) alkalmazása.

A fővárosi prevenciók kínálat változása az elmúlt 15 évben¹⁵²

Az 5 évvel korábbi – a 2013-2015 közötti időszakra vonatkozó – kutatási adatokhoz képest a legutóbbi kutatás során elért, 2017 és 2020 között prevenciók munkát végző szervezetek között valamelyest nagyobb a budapesti székhellyel rendelkezők aránya (16,6% vs. 18,1 %) (melléklet 3. táblázat). Hasonlóképpen saját programszerű prevenciók beavatkozásokat aktuálisan (is) működtető¹⁵³ szervezetek között is kismértékben nagyobb a budapesti székhellyel működők aránya mint 2013 és 2015 között (melléklet 4. táblázat). Azonban a 15 évvel korábbi adatok (Paksi & Demetrovics, 2005) szerint az iskolai szinten jelenlévő prevenciók szolgáltatók esetében még inkább markánsan megjelent a főváros centrikusság: 2003-2005-ben az iskolai programokat kínáló szolgáltatók 40%-a fővárosban működött (melléklet 1. ábra).

A 2015-ös és a 2020-as kutatás során megismert, közvetlenül a végső célpopulációra irányuló prevenciók programok/szolgáltatások területi lefedettségét vizsgálva az 5 évvel ezelőttel megegyező módon az országban azonosított beavatkozások mintegy kétötöde (2015: 39; 2020: 38%) hozzáférhető a fővárosban. Azonban míg 2015-ben egy megyében átlagosan az országban azonosított programok/szolgáltatások 25%-a volt hozzáférhető, ma ez az arány csak 19%, azaz míg 2013-2015 között másfélszer, jelenleg kétszer annyi prevenciók beavatkozás érhető el Budapesten, mint egy átlagos megyében (2. táblázat).

2. táblázat: A közvetlenül a végső célcsoportban kínált prevenciók beavatkozások száma és eloszlása (%) megyénként és Bp-en a 2015-ös (N=96) és a 2020-as kutatásban (N=150)

Szolgáltató székhelye	2015-ös kutatás		2020-as kutatás	
	programok száma	%	programok száma	%
Budapest	37	39%	58	38%
Győr-Moson-Sopron megye	29	30%	35	23%
Hajdú-Bihar megye	28	29%	35	23%
Fejér megye	23	24%	34	23%

¹⁵² A jelenlegi adatok időbeni kontextusának megteremtésére használt, rendelkezésre álló kutatási adatok – mint azt a fenti rövid bemutatásból is láthatjuk – a szolgáltatók, illetve beavatkozások eltérő körének lefedésére irányultak. A jelenlegi, minden szenvedélymagatartásra és minden populációra kiterjedő országos adatokat az 5 évvel ezelőtti adatokkal összehasonlítva a célpopuláció eltérősége jelent némi korlátot, de tekintettel a prevenciók beavatkozások életkori spektrumára, ez a korlát talán a legkevésbé jelentős. A nagyobb időtávra való visszatekintés esetében azonban már fokozottabb korlátokkal kell számolnunk. A 10 évvel ezelőtti kutatás esetében a területi lefedettség, a 15 évvel ezelőtti adatok esetében pedig a célpopuláció/szintér és az interveniált magatartások tekintetében is egy szűkített – az iskolai drogprevenciók programokra vonatkozó – adatbázissal történik az összehasonlítás.

¹⁵³ Vagy csak átmenetileg szüneteltető.

Szolgáltató székhelye	2015-ös kutatás		2020-as kutatás	
	programok száma	%	programok száma	%
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	25	26%	33	22%
Pest megye	27	28%	33	22%
Baranya megye	26	27%	30	20%
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	26	27%	30	20%
Jász-Nagykun-Szolnok megye	22	23%	29	19%
Csongrád megye	28	29%	28	19%
Zala megye	22	23%	28	19%
Békés megye	21	22%	27	18%
Heves megye	24	25%	27	18%
Tolna megye	20	21%	27	18%
Veszprém megye	25	26%	27	18%
Komárom-Esztergom megye	23	24%	26	17%
Somogy megye	20	21%	26	17%
Bács-Kiskun megye	25	26%	25	17%
Vas megye	21	22%	25	17%
Nógrád megye	23	24%	24	16%
Összesen	96	100%	151	100%
Megyei átlag	24	25%	29	19%
		átalag fölötti ellátottságú megyék. (+ BP)		
		a legkisebb ellátottságú megyék		

Forrás: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016, Paksi és mtsai, 2022.

Felhasznált irodalom

- Baker O., Mounteney J., Neaman O. (szerk) (1998): *Evaluating Drug Prevention in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series*. N.2. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg
- Brotherhood, A. & Sumnall, H.R. (2011) *European drug prevention quality standards*. EMCDDA, Lisbon. Fordítás: Nemzeti Drog Fókuszpont, 2012. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevenacios_minosegi_standardok_HU.pdf
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- EMCDDA (1998): *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A Manual for Program-Planners and Evaluators*. Office for Official Publications for the European Communities, Luxemburg.
- Gee, R.L., Espiritu, R.C. & Huang, L.N. (2006) Adolescents with cooccurring mental health and substance use disorders in primary care. *Adolescent Medicine Clinics* 17, 427–452.
- Gondi J., Magi A. & Paksi B. (szerk.) (2010) „Függő(k) kapcsolatok” – TÁMOP – 2.5.1.-07-2008-0136 – Projekt összefoglaló kiadvány. Budapest. <http://www.madaszsz.hu/images/doksik/zaro.pdf>
- IOM (1994): Institute of Medicine (IOM) for Prevention http://www.kitsco.com/casupport/WebHelp_Prevention101/Institute_of_Medicine_IOM_for_Prevention.htm
- Kröger C., Winter H. és Shaw R. (1998): *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators*. EMCDDA, Lisbon

- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (eds.) (1994) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Nádas E. (2007): *A drogmegelőzés nemzetközi trendjei*. Nemzeti Drog Fókuszpont, Kézirat
- Nádas E., Paksi B. (2009): Megelőzés. In: Felvinczi K., Varga O. (szerk): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. SzMM, Budapest, (95-119)
- Neaman R., Nilson M. és Solberg U. (szerk.) (2000): *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. EMCDDA Scientific Monograph Series. N.5. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg
- Paksi B. (2008): *Nem iskolai szinten megjelenő prevenció programok feltérképezése*. Kutatási Beszámoló, SzMM
- Paksi B., Demetrovics Zs. és Czakó Á. (2002a): Az iskolai drogprevenció programok értékelése I. A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. *Addiktológia*. 2002.1. (15-37)
- Paksi B., Demetrovics Zs. és Czakó Á. (2002b): Az iskolai drogprevenció programok értékelése II. – A programok eredményértékelése. *Addiktológia*. 2002.1. (38-49)
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (2002): *A prevenció gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenció programok felmérése és értékelése*. Szakmai forrás sorozat. 2. L'Harmattan. Budapest,
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (2003): *Budapesti Droგprevenció Adattár*. CD. ISM, Budapest.
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (2005): *Országos Droгprevenció Adattár*. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B. és Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenció programok jellemzői. *Addiktológia*, 1-2. (5-36)
- Paksi B. és Arnold P. (2010): *Az ország három régiójában droг területen jelen lévő civil szervezetek jellemzői, az általuk végzett tevékenység tartalmi vonatkozásai és a projekttel szembeni igények*. <http://www.madaszsz.hu/images/doksik/szervtev1.pdf>
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (szerk) (2011): *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában*. NDI. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B., Magi A., Kó J., Demetrovics Zs. (2015): *Szakértői tanulmány - A Szerencsejáték Zrt. társadalmi felelősségvállalási programjához kapcsolódóan, a fiatal 14-24 év közötti populáció körében tervezett, a szerencsejáték tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló prevenció tevékenység szakmai megalapozása*. Kutatási Beszámoló. Szerencsejáték Zrt, Kézirat.
- Paksi B. & Magi A., Demetrovics Zs. (2016): *Szenvedélymagatartásokra irányuló prevenció beavatkozások országos katasztere*, Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése, 2016. június 2-4., Budapest. In: Vargha A. (szerk) *Kivonatkiötet*. pp. 56-57. http://mptnagygyules.hu/images/MPT_Ngy2016_kivonatkiötet_0509.pdf.
- Paksi B. & Pillók P. (2021). *Droгfogyasztás* In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I.* Budapest: ELTE PPK - L'Harmattan. 62-105.
- Paksi B. (2021): *Prevenció programok magyarországi katasztere*. *MINŐSÉG ÉS PREVENCIÓ. A droгprevenció helyzete Nemzetközi irányok – Hazai fejlesztési törekvések*. Konferencia a Magyar Addiktológiai Társaság és az ELTE PPK együttműködésében. 2021. november 25.
- Paksi B., Demetrovics Zs. & Felvinczi K. (2022). *A szenvedélymagatartások megelőzésével foglalkozó beavatkozások országos katasztere 2017-2020*. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Kutatási Beszámoló
- Rác J. (2001): *Prevenció programok értékelése*. ISM, Budapest.
- Robertson, E.B., David, S.L. & Rao, S.A. (2003) *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. National Institute on Drug Abuse. Second Edition. NIH Publication No. 04-4212(A)

- Tobler, N. S. (1997): Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention programs: Results of the 1933 Meta-Analysis. In: Bukovski, W. J. (ed.): *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. (NIDA Research Monograph, 170.) US Department of Health and Human Services. National Institute of Health. 5–68.
- Tobler, N. S., Stratton H. H. (1997): Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71–128.

Mellékletek

A magyarországi prevenciók programok leírására irányuló kutatás módszertani jellemzői

A kutatás során különböző adatbázisok komparatív elemzését követően országosan 1221 elemű, potenciálisan a kutatás célpopulációjába tartozó szervezetre kiterjedő adatbázis alapján, egy szűrőkérdőív segítségével történt a 2017 és 2020 között közvetlen vagy közvetett módon addiktív problémák megelőzésére irányuló prevenciók tevékenységét programszerűen (nem eseti jelleggel) önállóan (nem hálózat részeként) aktuálisan is végző (vagy csak átmenetileg szünetelő) szervezetek azonosítása.

A prevenciók programok leírására szolgáló adatgyűjtési bázis típusának és tartalmának meghatározása a nemzetközi programleírási standardok/ajánlások (Eszköztár Prevenciók Tervezéséhez és Értékeléséhez (PERK), a Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere (EDDRA), továbbá a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 1998; Baker et al., 1998; Kröger et al., 1998; Morgen, 2000; Neaman et al., 2000; Rácz, 2001; Nádas, 2004), illetve a korábbi hazai kataszterépítési vizsgálataink során szerzett tapasztalatok (Paksi, Demetrovics, Czákó, 2002a, b; Paksi & Demetrovics, 2002, 2003, 2005; Paksi et al., 2006; Paksi, 2008; Paksi & Arnold 2010; Paksi & Demetrovics, 2011; Paksi, Magi, Kó & Demetrovics, 2016; Paksi, Magi & Demetrovics, 2016) alapján történt. A prevenciók programok leírására szolgáló adatgyűjtési eszköz, az ún. „ProgramInformációs ADatlap” (PIAD) egy erre a célra kidolgozott számítógépes program, amely a <http://ppk-kutatas.elte.hu/index.php?lang=hu> címen, a kutatásban résztvevő szervezeteknek megküldött felhasználónév és jelszó megadását követően volt elérhető. Az PIAD vonatkozó kérdésblokkokat tartalmazta:

1. A programot/szolgáltatást működtető szervezet jellemzőire vonatkozó információk,
2. A program/szolgáltatás keretében végzett tevékenység átfogó leírása
3. Célcsoport leírása,
4. A program/szolgáltatás céljai,
5. A program/szolgáltatás koncepciója (teóriája),
6. Alkalmazott módszerek,
7. Program/szolgáltatás értékelése,
8. A program/szolgáltatás humánerőforrás hátterére,
9. A program/szolgáltatás finanszírozására vonatkozó információk.

A szövegben hivatkozott táblázatok

1. táblázat: A Budapesten kínált prevenciók/szolgáltatások száma a szervezet székhelye szerint (db)

Székhely	programok száma (db)	%
Budapest	48	72,7
Bács-Kiskun megye	2	3,0
Baranya megye	1	1,5
Csongrád megye	3	4,5
Fejér megye	4	6,1
Győr-Moson-Sopron megye	1	1,5
Hajdú-Bihar megye	2	3,0
Pest megye	5	7,6
Összesen	66	100,0

Forrás: Paksi és mtsai, 2022.

2. táblázat: A közvetlenül a végső célcsoportban kínált általános, célzott és javallott prevenciók beavatkozások száma megyénként és Budapesten (db)

	Általános prevenció (N=94)	Célzott prevenció (N=60)	Javallott prevenció (N=42)
Budapest	35	25	13
Bács-Kiskun megye	15	11	4
Baranya megye	19	10	6
Békés megye	14	12	5
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	18	13	6
Csongrád megye	16	12	6
Fejér megye	21	12	8
Győr-Moson-Sopron megye	18	14	8
Hajdú-Bihar megye	20	16	10
Heves megye	16	10	4
Jász-Nagykun-Szolnok megye	19	10	5
Komárom-Esztergom megye	14	10	6
Nógrád megye	13	10	5
Pest megye	20	10	7
Somogy megye	15	11	6
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	18	12	8
Tolna megye	15	12	7
Vas megye	13	9	6
Veszprém megye	16	10	5
Zala megye	17	9	5
Megyi átlag	16,7	11,2	6,2
Országos lefedettségű program	12	9	3
		legrosszabb ellátottságú megye	
		legjobb ellátottságú megye	
		második legjobb ellátottságú megye	

Forrás: Paksi és mtsai, 2022.

3. táblázat: A szenvedélymagatartások megelőzésével valamilyen módon¹⁵⁴ foglalkozó szolgáltatók székhely szerinti eloszlása 2017-2020 között (n=430), illetve a 2013-2015 között (n=253) (elért szervezetek száma db, %)

Szolgáltató székhelye	2013-2015 között prevenciót végző szervezetek		2017-2020 között prevenciót végző szervezetek	
	szervezetek száma	%	szervezetek száma	%
Budapest	42	16,6	78	18,1
Pest megye	34	13,4	42	9,8
Hajdú-Bihar megye	21	8,3	39	9,1
Csongrád megye	14	5,5	31	7,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	15	5,9	25	5,8
Bács-Kiskun megye	12	4,7	24	5,6
Békés megye	17	6,7	24	5,6
Baranya megye	7	2,8	20	4,7
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	11	4,3	19	4,4
Zala megye	10	4	18	4,2
Fejér megye	11	4,3	18	4,2
Győr-Moson-Sopron megye	13	5,1	17	4,0
Jász-Nagykun-Szolnok megye	6	2,4	15	3,5
Heves megye	6	2,4	13	3,0
Veszprém megye	8	3,2	11	2,6
Komárom-Esztergom megye	6	2,4	10	2,3
Somogy megye	4	1,6	9	2,1
Tolna megye	9	3,6	8	1,9
Vas megye	4	1,6	5	1,2
Nógrád megye	3	1,2	4	0,9
Összesen	253	100,0	430	100,0
Megyei átlag	11	4,4	19	4,3
		átlag fölötti számú szervezet (+ BP)		
		az átlag felénél kevesebb szervezet		

Forrás: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016, Paksi és mtsai, 2022.

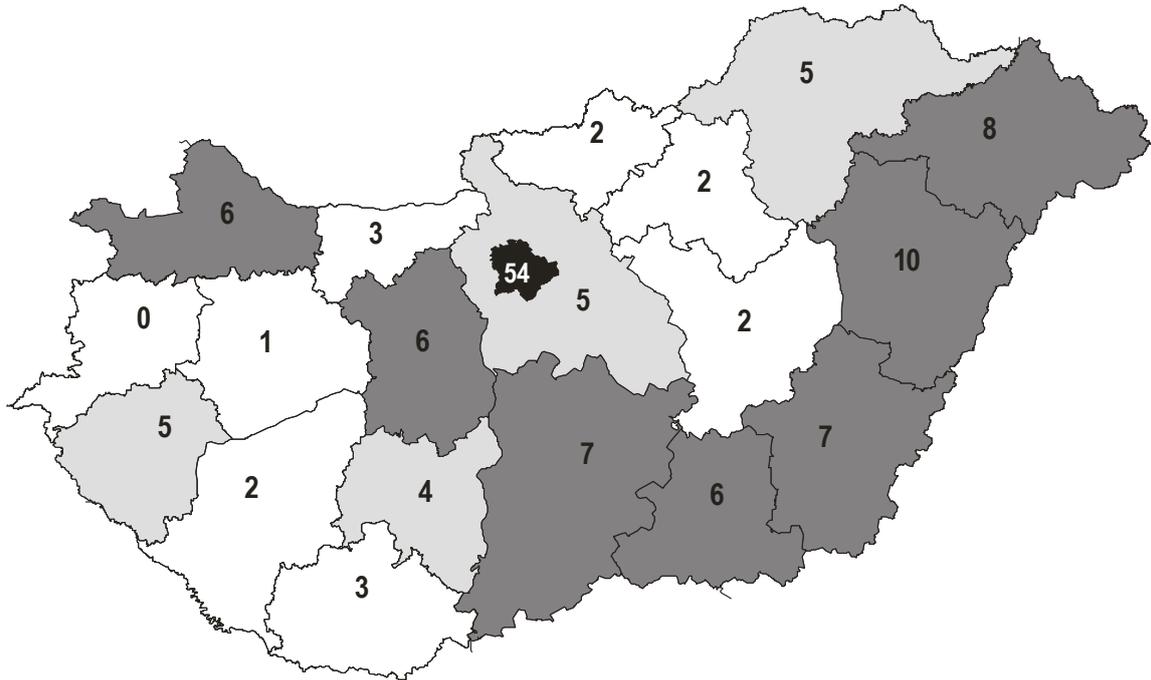
¹⁵⁴ A táblázat mindazokat a szervezeteket tartalmazza, akik a vizsgált időszakban közvetlenül vagy közvetve, programszerűen vagy nem programszerűen, saját tevékenység keretében vagy hálózat részeként végeztek valamilyen prevenció munkát.

4. táblázat: A szenvedélymagatartások megelőzésére irányuló saját, programszerű prevenciós beavatkozást az adatfelvétel idején aktuálisan is működtető szolgáltatók száma és eloszlása (%) megyénként a 2015-ös (N=194) és a jelenlegi kutatásban (N=276)

Szolgáltató székhelye	2015-ös kutatás		2020-as kutatás	
	szervezetek száma	%	szervezetek száma	%
Budapest	36	18,6	60	21,7
Pest megye	27	13,9	30	10,9
Hajdú-Bihar megye	19	9,8	26	9,4
Csongrád megye	13	6,7	19	6,9
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	9	4,6	19	6,9
Békés megye	9	4,6	15	5,4
Bács-Kiskun megye	11	5,7	13	4,7
Baranya megye	7	3,6	13	4,7
Győr-Moson-Sopron megye	10	5,2	13	4,7
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	9	4,6	10	3,6
Fejér megye	9	4,6	10	3,6
Zala megye	8	4,1	8	2,9
Jász-Nagykun-Szolnok megye	3	1,5	7	2,5
Komárom-Esztergom megye	5	2,6	7	2,5
Heves megye	5	2,6	6	2,2
Somogy megye	2	1	6	2,2
Tolna megye	4	2,1	6	2,2
Veszprém megye	3	1,5	4	1,4
Nógrád megye	3	1,5	2	0,7
Vas megye	2	1	2	0,7
Összesen	194	100,0	276	100,0
Megyei átlag	8	4,3	11	4,0
		átlag fölötti számú szervezet (+ BP)		
		az átlag felénél kevesebb szervezet		

Forrás: Paksi, Magi & Demetrovics, 2016, Paksi és mtsai, 2022.

1. ábra: A prevenciós szolgáltatók székhely szerinti eloszlása a 2003-2005 közötti kutatás alapján (szolgáltatók száma; (N=136)



Forrás: Paksi & Demetrovics, 2005

FOGALOMTÁR

Alapsokaság (célpopuláció): a vizsgálandó elemek elméletileg meghatározott összessége, melyre a \rightarrow *mintavétel* segítségével következtetni szeretnénk (Babbie, 1999).

Deprivációs index/mutató: kiindulópontja a többdimenziós hátrányos helyzet Townsend-féle koncepciója (Townsend, 1979), mely szerint az egyének és a családok anyagi státusát az életkörülmények komplex együttesével kell mérni.

Dummy-drog – nem létező, kitalált drog, a felülbecslés mértékének tesztelésére használjuk.

Epidemiológia: különböző jelenségek elterjedtségével foglalkozó tudomány. Az addiktológia területén az epidemiológiai paradigma alkalmazása lehetőséget ad a tárgykörébe tartozó, a „társadalmi érintkezés során terjedő” különféle magatartások – így az alkoholfogyasztás, a droghasználat, a dohányzás, illetve a különféle viselkedési addikciók – elterjedésének, előfordulási gyakoriságának, dinamikájának leírására, a rizikófaktorok körülhatárolására (Paksi, 2007).

Főkomponens-elemzés: a statisztikai eljárások azon fajtája, ahol egy változószettet alakítanak át lineáris transzformáció segítségével az eredetinel kisebb számú új változószetté. A létrejött új változókat főkomponensnek nevezzük, jellemzőjük, hogy korrelálatlanok egymással, és a kiinduló változószett által megjelenített információtömeg legnagyobb részét lehetőség szerint megőrzik (Székelyi & Barna, 2002).

Független változó: statisztikai elemzések során két vagy több változó közötti kapcsolat vizsgálatakor független változónak tekintjük azt a változót, amely várakozásaink szerint megmagyarázza a \rightarrow *függő változót* (Babbie, 1999).

Függő változó: Statisztikai elemzések során két vagy több változó közötti kapcsolat vizsgálatakor függő változónak tekintjük a megmagyarázandó változót (Babbie, 1999).

Hatásméret (hatásnagyság, effect size): Két változó közötti összefüggés vizsgálatakor a kapcsolat léte \rightarrow szignifikáns volta mellett arra is kíváncsiak vagyunk, hogy milyen erős a két változó közötti összefüggés. Hatásméret a kapcsolat erősségének a számszerűsített mutatója.

Hibahatáron túli eltérés: Ha két érték 95%-os szinten értelmezett konfidencia intervalluma nincs fedésben, akkor mondhatjuk, hogy azok között hibahatáron túli eltérés van, azaz ténylegesen különböznek. Amennyiben két érték konfidencia intervallumai átfednek, akkor azon kihatáron belül azonos értékek.

Intergenerációs (nemzedékek közötti) képzettségi mobilitás: a mobilitás azon fajtája, amikor valakinek a képzettségi státusa a szüleihez képest változik meg. Iránya szerint megkülönböztetünk felfelé (amikor pl. a szakmunkás végzettségű szülő gyermeke diplomás lesz) és lefelé mobilitást (amikor pl. a diplomás szülő gyermekének a legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkás bizonyítvány). Jelen kötetben nők esetében az anya, férfiak esetében

az apa végzettségéhez képest történő elmozdulás esetén beszélünk intergenerációs képzettségi mobilitásról (Róbert, 1990).

Konfidencia intervallum: a \rightarrow mintavétel alapján történő becslés kulcsfogalma. Mivel a teljes sokaság felmérése igen drága, így általában mintavétel alapján becsüljük valamilyen jelenség előfordulását. A konfidencia intervallum a mintavétel alapján mért (becsült) adatok körül elhelyezkedő azon tartományt jelzi, ahol az értékek a valóságban, egy előre meghatározott valószínűséggel/megbízhatósági szinten elhelyezkednek. Általában a 95%-os \rightarrow megbízhatósági szint melletti konfidencia intervallumot tüntetjük fel. Ha két érték 95%-os szinten értelmezett konfidencia intervalluma nincs fedésben, akkor mondhatjuk, hogy azok között \rightarrow hibahatáron túli eltérés van, azaz ténylegesen különböznek. A 95%-os szinten értelmezett konfidencia intervallum fele a 68%-os megbízhatósági szint melletti tartomány, amely azonban csak tendencia jellegű összefüggés megállapítására ad lehetőséget. Amennyiben két érték konfidencia intervallumai átfednek, akkor azon kihatáron belül azonos értékek.

Kvalitatív kutatás: Olyan technikák segítségével megvalósuló kutatások összefoglaló neve, amelynek célja elsősorban nem a vizsgált populációra általánosan kiterjeszhető, a populáció egészére jellemző megállapítások megfogalmazása, hanem a vizsgált jelenségek pontosabb jellemzése, megértésük elősegítése. A kvalitatív kutatás elsősorban a "mi?", "hogyan?", "miért" kérdésekre válaszol, de arra nem ad felelet, hogy "mennyi?". A kvalitatív kutatás célja olyan fogalmak (konceptiók) kialakítása, amelyek segítenek megérteni a társas jelenségeket a természetes közegükben (szemben a kísérleti eljárásokkal), hangsúlyozzák a résztvevők által alkotott jelentéseket, az általuk megtapasztalt élményeket és egyéb szempontjaikat. A kutatás általában nyitott kérdéssel dolgozik, a jelenséget természetes körülmények között vizsgálja, s lehetővé teszi a jelenségek kontextusba ágyazottan történő leírását és megértését (pl. Szokolosky, 2004; Mays, Pope, 1995). A leggyakrabban alkalmazott kvalitatív módszerek közé sorolható az egyéni mélyinterjú, a csoportos interjú, a fókuszcsoport.

Kvantitatív kutatás: Szigorú mintavételi és adatfelvételi szabályokon alapuló, előzetesen rögzített, jól behatárolt változókkal dolgozó, a változók kontroll alatt tartására és a nemkívánatos hatások kizárására törekvő, számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető adatokat eredményező kutatások összefoglaló elnevezése. A vizsgálatban központi szerepet játszik a mérés: a változókat mérhető formában határozzák meg és az eredményeket statisztikai feldolgozás alá vetik. A módszer előnye a vizsgált kérdések matematikai módszerekkel való elemezhetősége, s az adatok magas megbízhatósága, de ugyanakkor kevésbé érzékeny érvényességi problémák kezelésére.

Logisztikus regresszió: a \rightarrow *többváltozós elemzések* egyik csoportja, melyet akkor alkalmaznak, ha a \rightarrow *függő változó* dichotóm, a *független változók* pedig magas mérési szintű vagy kategoriális változók (Székelyi & Barna, 2002).

Medián: A statisztikai középérték-mutatók egyike, a növekvő sorrendbe rendezett adathalmaz közepső értéke (páros esetszámú adathalmaz esetén a két közepső érték számtani közepe).

Megbízhatóság (reliabilitás): a mérés, illetve a mérőeszköz stabilitását jelenti, vagyis azt, hogy ismételt mérések alkalmával – az egyéb körülmények változatlansága mellett – ugyanazokat az eredményeket kapjuk. A megbízhatóság az *→érvényesség* fogalmával együtt a mérés minőségének – sokszor egymással ellentmondásba kerülő – mutatója (Babbie, 1999).

Mintavétel: az az eljárás, mellyel kiválasztjuk a kutatásba bevont egységeket (*→mintavételi egység*). Két alaptípusát különíthetjük el: a valószínűségi (*→véletlen mintavétel*), valamint a nem valószínűségi mintavételi eljárásokat. Az alapsokaságra általánosítható eredményeket csak a valószínűségi mintavételi eljárások eredményeznek (Rudas, 2006; Babbie, 1999; Falus & Ollé, 2008).

Módusz – A statisztikai középérték-mutatók egyike, az adatok értékeinek leggyakrabban előforduló eleme.

Prevalencia-érték: a mutató 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) az adott magatartással a kérdezést megelőző évben, illetve a 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).

Regresszió elemzés: a magyarázó modellek egy csoportja. Olyan eljárás, melynek során a metrikus függő változó viselkedését magas mérési szintű változókkal magyarázzuk. Attól függően, hogy ez a kapcsolat milyen függvénnyel írható le, beszélhetünk lineáris és nem lineáris regresszióról. Ha a magyarázandó jelenség kategoriális, logisztikus regresszióról beszélhetünk.

Súlyozás: egy olyan eljárás, amikor a mintát néhány ellenőrizhető szempont szerint arányosítjuk, azaz utólag, a vizsgálat lefolytatását követően a populáció (*→alapsokaság*) arányaihoz igazíthatjuk a minta kisebb eltéréseit. A súlyozás csak olyan dimenziók mentén végezhető el, melyeknek együttes eloszlása a vizsgált populációban (alapsokaságban) is ismert. A mintában alulreprezentált csoportok tagjai 1-nél nagyobb, felülreprezentált tagjai pedig 1-nél kisebb súlyt kapnak. A súlyozás csak a minta és a populáció kismértékben eltérő arányainak korrigálására használható, ellenkező esetben nem korrigálja, hanem elfedi a minta hibáit. A súlyozás elfogadhatóságának megítéléséhez ismerni kell a legnagyobb és legkisebb súlyokat, illetve a súlyok eloszlását, csúcosságát és ferdeségét. Amennyiben a súlyozás során alkalmazott súlyok átlaga 1, akkor a súlyozás csak a minta eloszlását befolyásolja, annak elemszámát nem. Ezt elemszámtartó súlyozásnak nevezzük. Amennyiben a súlyok átlaga valamilyen oknál fogva – például a súlyozás valamilyen részsokaság mintavétel során való szisztematikus felülreprezentálásának ellensúlyozása céljából történik, vagy a kiugró értékek visszafogása miatt – 1-től eltérő, a súlyozás után elemszámtartó korrekciót végezhetünk.

Szignifikancia-szint: valószínűségi mutató, amely megmutatja, hogy két változó közötti kapcsolatot a véletlennek vagy a vizsgált szisztematikus hatásnak tulajdonítható-e. Egy eredményt akkor nevezünk szignifikánsnak, ha a véletlen befolyásoló hatása kicsi. A mutató értéke 0 és 1 között változik, statisztikai szempontból szignifikánsnak a 0,001, illetve a 0,05 alatti értékeket tekintjük, a 0,05 és 0,1 közötti értékek esetében pedig tendenciáról beszélünk (Rózsa, Nagybányai & Oláh, 2006). A kapcsolat erősségét a \rightarrow hatásméret mutató számszerűsíti.

Szórás: a minta egyes elemeinek a minta átlagától való eltérését kifejező egyik legfontosabb mérőszám. Az egyes értékek számtani átlagtól való eltéréseinek négyzetes átlaga, azaz a variancia négyzetgyöke (Köves & Párniczky, 1981).

Többváltozós elemzés: a kettőnél több változó közötti kapcsolat vizsgálatára szolgáló statisztikai módszerek összefoglaló elnevezése (Székely & Barna, 2002).

Várható legmagasabb iskolai végzettség: a befejezett iskolai végzettség és az aktuálisan folytatott tanulmányok (lásd a 1.1. mellékletben szereplő 'A' kérdőív 3. és 5. kérdés) alapján képzett, a korábbi OLAAP-vizsgálatok során is (Paksi et al., 2009, 2017) alkalmazott változó.

Véletlen mintavétel: a \rightarrow *mintavétel* azon – szigorú matematikai szabályok szerint lebonolyított – módja, amikor a sokaság minden tagjának egyenlő esélyt biztosítunk a mintába való bekerülésre. Többféle véletlen mintavételi eljárás létezik (egyszerű véletlen mintavétel, rétegzett mintavétel, egylépcsős vagy többlépcsős mintavétel), de abban mindegyik megegyezik, hogy a mintaválasztás minden lépésében biztosítja az azonos bekerülési esélyt. \rightarrow *Alapsokaságra* általánosítható eredményeket csak a valószínűségi mintavételi eljárások eredményeznek (Rudas, 2006; Babbie, 1999; Falus & Ollé, 2008).

Felhasznált irodalom

- Andorka R. (1994). Devianciák viselkedések Magyarországon. Általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In Münnich I. & Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. (pp. 32–77.) Budapest: Közélet Kiadó.
- Babbie, E. (1999). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassi Kiadó.
- Durkheim, E. (2003/1897). *Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Falus I. & Ollé J. (2008). *Az empirikus kutatások gyakorlata. Adatfeldolgozás és statisztikai elemzés*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Köves P. & Párniczky G. (1981). *Általános statisztika I–II*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Mays, N. & Pope, C. (1995). Qualitative Research: Rigour and Qualitative Research. *British Medical Journal*. 311(6997), 109-112.
- Merton, R. K. (2002/1968). *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Paksi B. (2007). A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. (pp. 256–294.) Budapest: Eötvös Kiadó.

- Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P. & Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Magi A. & Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2), 55–85.
- Róbert P. (1990). Társadalmi mobilitás. In Andorka R., Kolosi T. & Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport*. (pp. 356–372.) Budapest: TÁRKI.
- Rózsa S., Nagybányai N. O. & Oláh A. (szerk.) (2006). *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás*. Budapest: Bölcsész Konzorcium. <http://mek.oszk.hu/05500/05536/05536.pdf>
- Rudas T. (2006). *Közvéleménykutatás. Értelmezés és kritika*. Budapest: Corvina Kiadó.
- Székelyi M. & Barna I. (2002). *Többváltozós elemzési technikák*. Budapest: Typotex Kiadó.
- Szokolszky Á. (2004) *Kutatómunka a pszichológiában. Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living*. Harmondsworth: Penguin Books.