

Elekes Zsuzsanna

Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek

“A szociálpolitikus és szociális munkás képzés megújítása az ELTE és a BCE együttműködésében (SZOCMEG)” című, TÁMOP 4.1.2-08/2/A/KMR-2009-0043 számú projekt megvalósítása során készített tananyagok elektronikus publikációja.

Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek

Elekes Zsuzsanna

Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek

Elekes Zsuzsanna

A kiadványt szakmailag lektorálta: Dr. Koós Tamás

Országos Addiktológiai Centrum

A kiadvány az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg, a TAMOP-4.1.2-08/2/A/KMR-0043 "A szociálpolitikus és szociális munkás képzés megújítása az ELTE és a BCE együttműködésében (SZOCMEG)" projekt keretében

Tartalom

1. Az egészségkárosító magatartásokhoz kapcsolódó fontosabb fogalmak	1
1.1. Az egészség és a betegség fogalmának különböző megközelítései	1
1.1.1. A naturalista megközelítés	1
1.1.2. A normatívista megközelítés	1
1.1.3. Szociokulturális megközelítés	2
1.2. A devianciához kapcsolódó fogalmak	3
1.2.1. A deviancia fogalma	3
1.2.1. Társadalmi beilleszkedési zavarok	4
1.3. A betegségkoncepcióhoz kapcsolódó fogalmak	4
1.3.1. Szenvedélybetegségek	4
1.3.2. Addikció	4
1.3.3. Függés/dependencia	5
1.3.4. Abúzus	7
1.4. Problémás és normális viselkedés	7
Feladatok	7
2. Az epidemiológia tudománya	9
2.1. Az epidemiológia fogalma	9
2.2. A társadalom-epidemiológia	10
2.3. Az egészségi állapot szociológiai megközelítései	12
2.4. Az epidemiológia története	12
Feladatok	15
3. A népesség egészségi állapota	17
3.1. Alkalmazott mutatók	17
3.1.1. A mortalitás fontosabb mutatói	17
3.1.2. A morbiditás fontosabb mutatói - prevalencia/incidencia	18
3.2. A mortalitás változása Magyarországon	20
3.3. Morbiditás	23
Feladatok	25
4. Különböző egészségkárosító magatartások változó megítélése – történeti áttekintés	26
4.1. Egészségkárosító magatartások, mint elfogadott, normálisnak tartott viselkedési formák	26
4.2. A fogyasztás befolyásolására irányuló törekvések	27
4.3. A befolyásolás lehetséges indítékai	29
4.4. A deviáns normalizálódása	30
Feladatok	32
5. Az alkohol- és egyéb drogproblémák elterjedtségének mérési módszerei – közvetett indikátorok	33
5.1. Általános megfontolások	33
5.1.1. Közvetett indikátorok	33
5.2. Az alkoholprobléma fontosabb közvetett indikátorai	34
5.2.1. Az egy főre jutó fogyasztás	34
5.2.2. A fogyasztásból eredő problémák	35
5.3. A drogprobléma közvetett indikátorai	37
Feladatok:	39
6. Normál népesség körében végzett kutatások – közvetlen indikátorok	41
6.1. A normál, önbevallásos vizsgálatok korlátai	41
6.2. Az alkoholfogyasztás közvetlen indikátorai	42
6.3. A problémás fogyasztás közvetlen indikátorai	45
6.4. Az alkoholfogyasztásból eredő problémák mérési eszközei	47
6.5. A kábítószer-fogyasztás közvetlen indikátorai	50
6.6. A dohányzás közvetlen indikátorai	53
Feladatok:	54

7. Az alkoholprobléma elterjedtsége	56
7.1. Makro statisztikai adatok	56
7.1.1. Fogyasztás	56
7.1.2. Következmények	58
7.2. Az alkoholfogyasztás elterjedtsége önbevallásos vizsgálatok alapján	60
7.2.1. Fiatalok alkoholfogyasztási szokásai	61
7.2.2. Felnőttek	70
Feladatok	72
8. A drogprobléma elterjedtsége	73
8.1. Makro statisztikai adatok	73
8.2. Önbevallásos vizsgálatok	78
8.2.1. Drogfogyasztás az iskolában tanuló fiatalok körében	79
8.2.2. Felnőttek	83
8.2.3. Speciális csoportok	84
8.3. Következtetések	86
Feladatok	86
9. A rejtett drogfogyasztó népesség becslése	87
9.1. A problémás/rejtett drogfogyasztás becslésének módszerei	87
9.1.1. Miért van szükség a problémás drogfogyasztás becslésére?	87
9.1.2. Kit tekintünk problémás drogfogyasztónak	87
9.1.3. A multiplikátor módszer és a többváltozós módszer	88
9.1.4. Fogás-visszafogás módszer	89
9.2. A fogás-visszafogás módszer alkalmazása Magyarországon 2005. évi adatok alapján	90
9.2.1. A becslésnél alkalmazott szempontok	90
9.2.2. A rendőrségi adatok	90
9.2.3. Az egészségügyi adatok	91
9.2.4. Az egészségügyi és rendőrségi nyilvántartásokban szereplők közötti különbségek és hasonlóságok	91
9.2.5. A problémás drogfogyasztás becslése	92
9.3. A rejtett népesség becslése Magyarországon 2009-ben	93
9.4. A problémás drogfogyasztás nemzetközi összehasonlításban	95
Feladatok	96
10. Dohányzás	97
10.1. Felnőttek dohányzása	97
10.2. Fiatalok	98
Feladat	103
11. Viselkedési addikciók	104
11.1. Mit tekintünk viselkedési addikciónak?	104
11.1.1. A viselkedési addikciók definíciója	104
11.1.2. Obszesszív-kompulzív hipotézis	104
11.1.3. Diagnosztikai csoportosítás	104
11.2. Néhány elterjedtebb viselkedési addikció fontosabb jellemzői	106
11.2.1. Játékszenvedély	106
11.2.2. Kényszeres vásárlás	107
11.2.3. Munkafüggőség	107
11.2.4. Problémás internethasználat	108
11.2.5. Evészavarok	109
11.2.6. További viselkedési addikciók	110
11.3. A viselkedési addikciók mérése	113
Feladatok	114
12. Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők I.	115
12.1. Életkor	115

12.2 Nem	117
12.3 Család	118
12.4 Társadalmi status	120
12.4.1 Mortalitás és morbiditás	120
12.4.2. Fiatalok szerfogyasztása és a társadalmi státus	122
Feladatok	124
13. Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők II	125
13.1. Helyszín	125
13.1.1 Nemzetközi különbségek	125
13.1.2. Országon belüli földrajzi különbségek	127
13.2. Társas kapcsolatok, szabadidő	129
13.3. Pszicho-szociális tényezők	130
Feladatok	132
Felhasznált irodalom	133
Hasznos linkek	144

1. Az egészségkárosító magatartásokhoz kapcsolódó fontosabb fogalmak

A fejezet célja, hogy megismertesse az olvasót azokkal a fontosabb fogalmakkal, amelyeket az egészségkárosító magatartásokkal foglalkozó epidemiológiai, szociológiai és addiktológiai szakirodalom használ.

A fejezet az alábbi fogalmakat tárgyalja:

- Az egészség és betegség fogalmának különböző értelmezései
- A deviancia témakörébe tartozó fogalmak értelmezései
- A betegségkoncepcióhoz kapcsolódó fogalmak:
 - Szenvedélybetegségek
 - Addikcióhoz kapcsolódó fogalmak
 - Abúzus
- Problémás és normális viselkedés

1.1. Az egészség és a betegség fogalmának különböző megközelítései

Mit tekintünk egészségnek, és mit tekintünk betegségnek? Találunk-e olyan objektív kritériumokat, amelyek alapján egyértelműen megállapíthatjuk valakiről, hogy beteg vagy egészséges? Ugyanazt jelenti-e az egészség 20 évesen, mint 70 évesen, vagy ugyanazt jelentette-e az egészség 500-1000 évvel ezelőtt, mint napjainkban?

A szakirodalom alapján az egészség meghatározásában két fő irányzat különíthető el (Kovács 1995)

1.1.1. A naturalista megközelítés

A naturalista megközelítés szerint:

- Az egészséges és patológiás közötti különbség tapasztalati kérdés, *empirikusan* elkülöníthető. E megközelítés szerint normálisnak vagy egészségesnek a *statisztikailag leggyakrabban*, vagy átlagosan előforduló állapotot kell tekinteni. E megközelítés mögött az a tapasztalati tény húzódik meg, hogy az emberi fajra jellemző számos mennyiségi jelleg normális eloszlást mutat.
- A naturalista megközelítés egy másik értelmezése szerint, egészségesnek a *fajtipikus állapotot* kell tekinteni, amely fajtipikus állapot *a rendeltetésnek megfelelő szervműködéssel azonosítható*. Ez az értelmezés figyelembe veszi az időbeli változásokat is, hiszen a fajtipikus állapotban kifejeződik az emberiség környezethez való folyamatos alkalmazkodása. Azaz a fajtipikus állapot egészen mást jelenthetett 2000 évvel ezelőtt, mint napjainkban.

1.1.2. A normatívista megközelítés

A normatívista megközelítés szerint:

- Nincs objektív egészségi állapot.

- A kiindulópont ennél a megközelítésnél is a környezethez való alkalmazkodás képessége. Ugyanakkor abból a megfontolásból kiindulva, hogy a környezet általában sokkal gyorsabban változik, mint az ember alkalmazkodó képessége, ezért gyakran a statisztikai átlagtól eltérők, a fajta szerint nem feltétlenül ideálisnak tekinthetők jobban képesek a változó környezethez alkalmazkodni. A normativista megközelítés azt mondja, hogy nem csak a fajta szerint ideálist, vagy a statisztikai átlagnak megfelelőt, hanem *a minimálisnál jobban alkalmazkodót is egészségesnek kell tekinteni.*

A *normativista megközelítés* már felveti a normális és az abnormális, az egészséges és a beteg közötti határhúzás problémáit.

Nézzünk néhány példát:

- A normálisnak tartott vérnyomás meglehetősen sokat változott az idők során. Míg korábban a WHO állásfoglalása szerint 160/95 Hgmm-ig normálisnak volt tekinthető a vérnyomás, addig ma ezt a vérnyomás értéket már kifejezetten magasnak és veszélyesnek tartják az orvosok. (Kovács 1995)
- Amíg nem találták fel az optikai lencsét és nem készítettek a látás javítását szolgáló eszközöket, addig a rövidlátás fogyatékosnak volt tekinthető.
- Az ideálisnak tekintett testsúly koronként igen változó volt. Azt, amit ma betegesen kövérnek tekintünk más korokban az egészség, a tekintély megnyilvánulásának a kifejeződése volt (Forgács 2004)
- Az egészségkárosító magatartások változó megítélése bőséges példát ad arra, hogy valamely viselkedés betegségként való kezelése erőteljesen függ az adott kor és az adott társadalom normáitól, kultúrájától. Bár erről a későbbiekben részletesen is lesz szó, most csak néhány példát említünk: Az, hogy kit tekintünk alkoholbetegnek, vagy kit játékfüggőnek, vagy egyáltalán betegségnek tartjuk-e a kábítószer-fogyasztást, vagy az internethasználatot, vagy milyen szintű internethasználatot tekintünk betegségnek, koronként és kultúránként igen változó lehet.

1.1.3. Szociokulturális megközelítés

A betegség és egészség közötti határvonás társadalmi kulturális meghatározottsága leginkább Parsons elméletében fejeződik ki (Parsons 1951). A korábbi megközelítésekhez hasonlóan az alkalmazkodásnak Parsonsnál is kitüntetett jelentősége van, ő azonban nem a környezethez, hanem a *társadalomhoz való alkalmazkodásban* látja az egészség, betegség és deviáns közötti különbségeket. Szerinte az egészség olyan állapot, amelyben az egyén *optimálisan képes azokat a szerepeket és funkciókat ellátni, amire szocializálták.* Ebben a meghatározásban kiemelt jelentősége van a szerep és a képesség fogalmaknak. Parsons szerint az, hogy kit tekintünk egészségesnek, függ attól, hogy *milyen szerepet lát el a társadalomban.* Így az egészség és a betegség közötti határ meghúzása nem, életkor, foglalkozás szerint különböző lehet. Ha egy hetvenéves ember nem képes napi 8 órán át aktív fizikai munkát végezni, akkor még nem feltétlenül kell betegnek tekinteni. Ha egy szellemi foglalkozású ember mozgásában korlátozott, még tökéletesen képes elvégezni a munkáját.

Parsons szerint az egészség a feladatok ellátására való *képességet*, nem pedig a *hajlandóságot* jelenti. Ebben a megközelítésben a betegség és a deviancia egyaránt a szerepek nem megfelelő ellátásával definiálódik. Míg azonban *betegnek* Parsons azt tekinti, aki a társadalmi szerepeit *ellátná, ha tudná, de nem tudja*, addig *deviánsnak* azt tekinti, aki *el tudná látni szerepeit, de nem akarja.*

A *WHO* egészség definíciójában a szociokulturális szemlélet fejeződik ki. Eszerint *”az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota, s nem pusztán a betegség, illetve nyomorékság hiánya”.* Azaz az egészségi állapotban szerepet játszanak fizikai vagy szomatikus tényezők, szociális tényezők és pszichológiai tényezők. Ennek alapján az egészség a szomatikus, pszichológiai és szociális működés közötti egyensúlynak tekinthető. E három tényező kölcsönösen kapcsolódik egymáshoz, bármelyik megváltozása hat a másik kettőre, az egyensúly megbomlása pedig betegséget eredményez (Egészségügyi szociológia 1994).

1.2. A devianciához kapcsolódó fogalmak

1.2.1. A deviancia fogalma

Az előző fejezetben láttuk, hogy Parsons a deviánsnak azt tekinti, aki társadalmi szerepeit el tudná látni, de nem akarja.

A deviancia legelterjedtebb értelmezésében olyan viselkedéseket jelent, amelyek a társadalom nagy többsége által elfogadott normákat sértik, és amelyek az egyénre vagy a társadalomra nézve károsak (Andorka 1997:599). Ez a megfogalmazás a *viselkedésre* helyezi a hangsúlyt, adott társadalmi normákat feltételezve, és az ezektől az adott normáktól való *eltérés okait, az eltérés mérséklésének, kontrollálásának lehetőségeit* vizsgálja. Ebbe az értelmezésbe tartoznak a klasszikus anómia elméletek is (ld. például Merton vagy Durkheim munkáit).

E deviancia értelmezés kapcsán felmerül:

- milyen normáktól,
- milyen mértékű eltérést

tekintsünk deviánsnak?

Egy adott társadalomban többféle kultúra, norma rendszer él egymás mellett. Valamely viselkedés az egyik normarendszer számára elfogadható lehet, míg a másik normarendszer számára kifejezetten normasértő. Ez fejeződik ki a kultúra konfliktus elméletekben is. Eszerint, a devianciák legfőbb oka az, hogy egy adott csoport normarendszere által elfogadottnak tartott viselkedés más csoport normarendszere számára normasértő (Andorka, Buda, Cseh-Szombathy 1974).

Nézzünk néhány példát:

- Az emberi élet védelme a legtöbb kultúra és csoport értékrendszere szerint elfogadott és követendő érték. Ugyanakkor háborúk idején, a katonák számára elfogadott és követendő norma az ellenség elpusztítása.
- Valamennyi keresztény egyház elítéli az öngyilkosságot és bűnnek tekinti, kiindulva abból a tételből mely szerint az emberi életet Isten adta, így csak neki van joga elvenni. Aki tehát önkézevel véget vet életének, az Isten ellen vétkezik. Ennek az értelmezésnek köszönhető, hogy még ma is előfordul, hogy öngyilkosságot elkövető személy temetését egyes egyházak nem vállalják. Ugyanakkor például Japánban a XX. század közepéig elfogadott erkölcsi norma volt, hogy a samuráj férfiak bizonyos helyzetekben öngyilkosságot kövessenek el.
- A kábítószer-fogyasztás devianciaként való értelmezésének egyik legelterjedtebb értelmezése szerint a probléma lényege az, hogy a felnőtt világ középosztályos értékrendszere és fiatalok különböző szubkultúráinak értékrendszere egymással konfliktusba kerül. *Az alkohol és más drogok fogyasztása, vagy nem fogyasztása lényeges szerepet tölthet be a fiatalok különböző kulturális és társas közösségeinek definiálásában.* Ugyanakkor e szerek fogyasztása olyan ismeretek birtoklását jelenti, amit a felnőtt világ elutasít, vagy tilt (legális kor alatti alkoholfogyasztás, vagy tiltott szerfogyasztás). Ezzel az elutasítással és tiltással magyarázható, hogy bár meglehetősen sok eltérés figyelhető meg a fejlett világ fiataljainak pszichoaktív szerfogyasztási szokásaiban, országtól és kultúrától függetlenül, egységesek abban, hogy *a felnőtt világ által tiltott fogyasztás különböző szimbolikus jelentéssel bír számukra* (Room és Sato 20021).

Az, hogy mit tekintünk deviánsnak nem csak kultúránként, hanem koronként is igen változó lehet.

Például:

- A homoszexualitást az Ókorban normális, elfogadott viselkedésnek, az élet szerves részének tekintették. A kereszténység elterjedésével, az elmúlt közel kétezer évben a legsúlyosabb normasértő viselkedések közé sorolták, üldözendő bűnnek tekintették. A homoszexualitás megítélésének változása a XIX. században elkezdődött ugyan, de igazi változás csupán az elmúlt néhány évtizedben következett be, amelynek eredményeként az Európai Bizottság 2004. évi meghatározása szerint

ma már a szexuális orientáció miatti kedvezőtlen helyzetet, bánásmódot kifejezetten a diszkrimináció egy formájának kell tekinteni.

- Az ópium gyógyszerként való alkalmazása az ókori Görögországban meglehetősen elterjedt volt. Később minden tehetősebb római háztartásban megtalálható volt, mint a házipatika lényeges eleme. A XVI. századi Indiában elterjedt szokás volt nemcsak a jómódú, hanem a szegényebb néprétegek körében is az ópiumos víz fogyasztása (Bayer 2000:95). A XIX. századi Angliában az ópium a legelterjedtebb élvezeti szerek közé tartozik. A XX. század jelentős változást hoz az ópium megítélésében, és nemcsak a legveszélyesebbnek tartott és leginkább elítélt drogok közé tartozik, hanem az ópiumot fogyasztókat is szigorú jogi szankciók sújtják.

A deviancia irodalomban elkülöníthető egy *másik értelmezés* is, amely a *deviánssá válás folyamatára* helyezi a hangsúlyt (Rácz 2001). Ebben az értelmezésben a társadalmon belüli különböző csoportok közötti kommunikáción, és elsősorban a címkézési mechanizmusokon van a hangsúly, a lényeg pedig nem az eltérő viselkedést kiváltó okok, hanem a címkézés, a „deviánst előállítás” *folyamatának és következményeinek* a vizsgálata (lásd pl. Becker vagy Goffman munkái).

1.2.1. Társadalmi beilleszkedési zavarok

Az elnevezés a nyolcvanas években volt ismert és elterjedt Magyarországon és az azonos nevű, a hazai devianciakutatások számára meghatározó kutatási programnak köszönhetően terjedt el. A kutatási program névadását elsősorban politikai szempontok befolyásolták: az akkori szakemberek úgy vélték, hogy ez az elnevezés kevésbé pejoratív, és így a politikai vezetés számára elfogadhatóbb, mint a *deviancia* fogalma. A Társadalmi Beilleszkedési Zavarok (TBZ) kutatások a deviancia hazai elterjedtségét, jellemzőit voltak hivatottak feltárni, mégis kiterjedtek olyan társadalmi problémákra és helyzetekre is, amelyek a társadalomba való beilleszkedést, integrálódást nehezítették ugyan (mint például fogyasztékoság vagy az állami gondozottak), de nem tartoztak a klasszikus deviancia témák közé. A *társadalmi beilleszkedési zavarok* fogalmának a *deviancia* fogalomnál *tágabb értelmezése* nemcsak a nyolcvanas évek hazai szakirodalmát jellemezte. Atkinson (1998) például társadalmi beilleszkedési zavarnak hívja a legkülönfélébb okok miatti *kirekesztődést* (így például a szegénységet, kisebbségi létet is), és társadalmi beilleszkedéssel jelöli azokat a folyamatokat, jóléti intézkedéseket, amelyek a kirekesztettek társadalmi integrálódását segítik.

A rendszerváltás után a társadalmi beilleszkedés zavarának fogalma kikerült a hazai szakirodalomból (elsősorban annak politikai felhangja miatt), és visszaadta helyét a *deviancia* fogalomnak. Ezzel egyben *leszűkült* a téma kapcsán tárgyalandó problémák köre is. (Jól jelzi ezt, hogy az 1994-ben megjelent Devianciák Magyarországon című kötet és az azóta hasonló címmel megjelent kötetek többsége is (lásd pl. Gönczöl és Kerecsi 1996, Fekete 2001, vagy Rosta 2007) már csak a hagyományosan deviancia címen tárgyalt problémákat tárgyalta).

1.3. A betegségkoncepcióhoz kapcsolódó fogalmak

1.3.1. Szenvedélybetegségek

A *szenvedélybetegségek* fogalom szorosan kapcsolódik ahhoz a koncepcióhoz mely szerint különböző szerek fogyasztása vagy túlzott fogyasztása, vagy bizonyos viselkedések betegségként értelmezendők. A *betegség* koncepció megjelenik több szer vagy viselkedési forma történetében is, és bizonyos időszakokban hozzájárult egy korábban elítélt viselkedési forma dekriminalizációjához. Így például a betegségként való elfogadás hozzájárult a homoszexualitás megítélésének változásához a XIX. században (Takács 2004), vagy az alkoholisták morális elítélésének mérséklődéséhez a XX. század közétől kezdődően (Filmore 1988, Kelemen 1994).

1.3.2. Addikció

Az addikció fogalmát ma a szenvedélybetegséggel szinonim fogalomként szokás használni. Addikciónak „*azokat a viselkedési formákat nevezük, amelyek fölött a személy képtelen kontrollt gyakorolni, s ezért ezeket kényszeresen újra és újra végrehajtja, illetve amelyek a személyre – és többnyire környezetére – káros következményekkel járnak*”. (Demetrovics 2007a:30)

Az addikció a hozzászokás *tárgya* szerint lehet

- kémiai (valamilyen szerhez kapcsolódó) és
- viselkedési addikció

Kémiai addikciónak nevezzük a különböző *pszichoaktív szerek* használatából adódó viselkedés zavarokat (Demetrovics i.m.).

- *Pszichoaktív szereknek* olyan szereket nevezünk, amelyek hatásukat a központi idegrendszeren keresztül fejtik ki. Ilyen szerekek tekintjük az alkoholt, nikotint, nyugtatókat, altatókat, szorongásoldó szereket (vagyis legálisan hozzáférhető szereket) és ide tartoznak a hozzáférés és fogyasztás alapján tiltottnak tekintett szerek is: az amfetaminok, hasis, kokain, különböző hallucinogéneket (pl. marihuána, LSD), ópiátok.

A különböző, függőséget okozó szereknek további elnevezése/csoportosítása is ismert:

- *Drog*nak nevezünk minden olyan kémiai anyagot, amely a szervezetbe kerülve megváltoztatja annak valamilyen működését
- *Kábítószer*nek azokat a szereket nevezük, amelyek előállítását, forgalmazását, fogyasztását jogszabályok tiltják. Fontos tehát megjegyezni, hogy kábítószer fogalom alatt nem a hatóanyag, összetétel hatás alapján valamiféle hasonlóságot mutató szereket nevezük, hanem a kábítószer egyetlen közös tulajdonsága, a jogi megítélés. Azaz a kábítószer olyan jogi kategória, amely azon anyagok összességét jelenti, amelyek rajta vannak az illegális szerek listáján.
- *Narkotikum névvel* elsősorban kábító, fájdalomcsillapító hatással bíró gyógyszereket illetnek, bár a 70-es, 80-as években előfordult, hogy a kábítószer vagy a drog szavak szinonimájaként is használták. Ma az elnevezés elsősorban orvosi kategóriaként tekinthető

A *viselkedési addikció* fogalma napjainkban egyre több viselkedésre alkalmazott, egyre bővülő fogalmi kategóriát jelent. Viselkedési addikcióról akkor beszélünk, ha egy viselkedési forma uralni kezdi a személy viselkedését, károsítja korábbi életvitelét, testi/lelki egészségét, környezetét.

Főbb fajtái:

Játékszenvedély, kleptománia, pirománia, kóros hajtépegetés, szexuális viselkedés addiktív zavarai, táplálkozási zavarok, munkamánia, vásárlási kényszer, kóros testedzés, internetfüggés

1.3.3. Függés/dependencia

A függést, némileg leegyszerűsített meghatározással a *leszokásra irányuló többszöri sikertelen próbálkozással szokás* definiálni, valamint azzal, hogy a *függő személy életének, érdeklődésének a középpontjába a szer megszerzése kerül*.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv (Diagnostic and Statistical Manual, DSM IV) a pszichoaktív szer-dependencia diagnosztikus kritériumait az alábbiakban foglalja össze (Demetrovics 2007a:35):

A szer használatának maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, legalább 3 az alábbiakból bármikor, ugyanabban a 12 hónapos időszakban előfordul:

1. Tolerancia, amelyet az alábbiak valamelyike jellemez:

- a szer jelentősen fokozott mennyiségének az igénye, intoxikáció vagy a kívánt effektus elérése érdekében
- a szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökkent hatás

2. Megvonás, amit az alábbiak egyike jellemez:

- a. a szerrel kapcsolatban jellegzetes megvonásos szindróma
 - b. ugyanolyan, (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonásos tünetek csökkentésére vagy elkerülésére
3. A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb időszakig szedik, mint eredetileg szándékozták
 4. Állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására
 5. Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, a szer használatára, vagy a hatásaitól való megszabadulásra
 6. Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkentése a szerhasználat miatt
 7. A szerhasználat folytatása olyan állandó vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák megléte ellenére, amelyről tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza vagy súlyosbítja.

A függés *jellege* szerint megkülönböztetünk

- pszichikai és
- fizikai függést

A *pszichikai* (pszichológiai, lelki, emocionális) függés a drogkereső magatartásban, a szer megszerzésére irányuló kényszerítő vágyban, sóvárgásban nyilvánul meg.

A *fizikai* függés legfőbb ismérve a *megvonási tünet*, amely a szerek *hosszúidejű* alkalmazása után a szerek megvonásakor lép fel valamint a tolerancia (DSM 1. és 2. pontokban megfogalmazott tünetei) (Fürst, Wenger 2000).

A függőség és a tolerancia kialakulása és mértéke a különböző pszichoaktív szereknél meglehetősen eltérő (1. tábla).

Fontos hangsúlyozni, hogy a legerősebb fizikai függés, és a legsúlyosabb – akár halált is okozó – elvonási tünet az alkoholnál és a morfinszármazékoknál alakulhat ki.

1. táblázat - A főbb szercsoportok függést és toleranciát kiváltó hatáserevége

Szer	Pszichés függés	Fizikai függés	Tolerancia
Morfin típus	erős	erős	erős
Nyugtatók	közepes	közepes	közepes
Amfetamin-szerű stimulánsok	közepes	gyenge	erős
Marihuána	gyenge	nincs	gyenge
Kokain	erős	gyenge	gyenge
Alkohol	közepes	erős	közepes
LSD-mescalín	gyenge	nincs	erős
Nikotin	közepes	gyenge	gyenge

(Fürst, Wenger 2000:26)

1.3.4. Abúzus

A pszichoaktív szerek használatával kapcsolatban gyakran használt fogalmak közé tartozik az abúzus vagy visszaélészerű használat.

Visszaélészerű használatnak az alábbi főbb fogyasztási formákat nevezzük (Bayer 2000):

- Különböző, nem orvosi célú szerek használata (ragasztó, lufi)
- Orvosi célú szerek használata nem orvosi javaslatra (gyógyszer alkohollal, köhögéscsillapító)
- Orvosi célú szerek használata nem orvosi mértékben (túl sok nyugtató)
- Tiltott szerek használata

1.4. Problémás és normális viselkedés

A *betegségkonceptióval* kapcsolatban megfogalmazott legfőbb kritika abban ragadható meg, hogy ez a megközelítés a drogokkal kapcsolatos problémát egyértelműen a *betegségre/függésre* korlátozza, és a megoldást a *medikalizációban* keresi. Ezért nemcsak a társadalmi beilleszkedési zavarokhoz, hanem a devianciákhoz képest is a probléma leszűkítését jelenti. A betegség koncepció korlátai talán leghatározottabban az alkoholprobléma kapcsán vetődtek fel a múlt század ötvenes-hatvanas éveiben. Jellinek betegségkonceptiójának kritikájaként ekkor jelennek meg az első tanulmányok arról, hogy az alkohol nemcsak az alkoholbeteg számára jelent problémát, és a probléma nemcsak a betegségben fejeződik ki, hanem az egyén szűkebb-tágabb környezete számára is problémát jelenthet. A szociológiai gondolkodás számára ekkortól jelenik meg a *problémás ivó és a problémás alkoholfogyasztás* fogalma (Bruun és társai 1975, Room 1983, Andorka 1984). A *problémás* elnevezés ma már egyre gyakrabban jelen van a tiltott szerekkel foglalkozó irodalomban is (lásd pl. EMCDDA által készített anyagok). A problémás fogyasztó/fogyasztás fogalmában nem csak a probléma *betegségnél tágabbi értelmezése* fejeződik ki, hanem a *normálisnak tartott viselkedéstől való elhatárolás igénye is*.

A legtöbb pszichoaktív szer esetében évezredek óta ismert egy – koronként és kultúránként eltérő módon – de *elfogadottnak tekintett, normális fogyasztási forma*. Ilyen az alkalmi, társasági alkoholfogyasztás, a rekreációs, vagy orvosi célú kábítószer-fogyasztás, az orvosi célú nyugtató/altató fogyasztás, de a dohányzás fokozódó negatív megítélése mellett is ilyenek tekinthető az egyre divatosabbá váló a méregdrága szivarok fogyasztása. Ugyanakkor e szereknek van egy egyértelműen *problémásnak* tekinthető formája is, amely megjelenik a súlyos heroin vagy alkoholfüggésben, a dohányzás okozta légzőszervi megbetegedésekben, vagy a májcirrhosisban. A normális és a kóros fogyasztás között létezik azonban egy meglehetősen tág, és megint csak történelmileg és kulturálisan meghatározott köztes fogyasztási forma, amely bőséges lehetőséget ad a deviancia fogalom korábban említett másik értelmezésének, amely a *deviánssá válás* folyamatára, és a címkézésre helyezi a hangsúlyt. Tehát a pszichoaktív anyagok fogyasztásának van egy olyan *kóros formája*, ahol egyértelműen kimutatható az egyénre vagy a környezetre gyakorolt káros hatás, és ahol helye van azoknak a hagyományos deviancia értelmezéseknek, amelyek a deviánssá válás okait keresik. Ugyanakkor van e fogyasztási formáknak egy – a normális és a kóros közötti olyan köztes formája, ahol meglehetősen nagy teret kapnak azok a kérdések, hogy kik, kiket, miért, milyen módon *minősítenek* normasértőnek.

Feladatok

- Miben különbözik, és miben hasonlít a deviancia és a szenvedélybetegség fogalma
- Keressen példákat arra, hogyan változott egyes viselkedésformák megítélése a történelem során
- Keressen olyan példákat, amelyek azt bizonyítják, hogy különböző viselkedési formák, egymás mellett élő különböző kultúrák számára egy időben lehetnek normatartóak és normasértőek.

Ajánlott irodalom

- [1] Andorka, Rudolf. *Bevezetés a szociológiába*. 1997. Osiris Kiadó. Budapest.
- [2] Andorka, R., Buda, B., és Cseh-Szombathy, L.. *A deviáns viselkedés szociológiája*. 1974. Gondolat.
- [3] Bayer, István. *A drogok történelme. A kábítószeres története az ókortól napjainkig*. 2000. Aranyhal Kiadó. Budapest. 400.
- [4] Demetrovics, Zsolt. *Az addiktológia alapjai I.*. 2007. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest. 27-72.
- [5] Füst, Zsuzsanna és Wenger, Tibor. *A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai*. 2000. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Farmakológiai és Fejlődésbiológiai Intézet. Budapest. 375.
- [6] Rácz, József. *Devianciák. Bevezetés a devianciák szociológiájába.*. 2001. Új Mandátum Kiadó. Budapest.

2. Az epidemiológia tudománya

A fejezet célja annak bemutatása, hogy mivel foglalkozik az epidemiológia, mi a célja, hogyan alakult ki az epidemiológia tudománya és mik a lehetséges felhasználási területei.

A fejezet főbb témakörei:

- Az epidemiológia és a társadalom-epidemiológia fogalma
- Az epidemiológia célja
- Az epidemiológia kialakulása és története
- Az epidemiológiai eredmények alkalmazásának főbb területei

2.1. Az epidemiológia fogalma

Az epidemiológia célja a népesség egészségi állapotát befolyásoló tényezők feltárása, az oki összefüggések vizsgálata, a betegségek elterjedtségének elemzése. Vizsgálja a betegségek térbeli és társadalmi eloszlását, a betegséget kiváltó, vagy a betegség kialakulására veszélyt jelentő tényezőket.

Az epidemiológia elnevezés három görög szóból ered: *epi* (valamin rajta) + *demos* (emberek) + *logy* (tanulmányoz).

Fontos megkülönböztetni három fogalmat, amely szorosan az epidemiológia vizsgálati területéhez tartozik:

- *Epidémiáról* akkor beszélünk, amikor valamely betegség egy időben *nagy számosságú embert „támad” meg, széles körben és gyorsan terjed*. Ilyen például egy szezonális influenzajárvány, amely során minden tél végén néhány hét alatt a magyar lakosság tömegei betegednek meg hirtelen.
- *Pandémiának* az olyan járványokat nevezzük, amelyek *egyszerre több földrészre kiterjedő járványos megbetegedések*. Ilyen pandémiás járványnak tekintette a WHO 2010 tavaszán a H1N1 influenza vírust, amely elterjedésére a világ jelentős részén számítottak, és amely betegség valóban megjelent egyszerre, egy időben, több földrészen is. Az egyik legnagyobb pandémiás járványként tartják számon az 1918. évi spanyolnátha járványt, amely becslések szerint a föld lakosságának 20-40%-át megbetegítette, és körülbelül 50 millió ember halálát okozta. (A járvány a Távol Keletről terjedt el, a spanyol nevet azért kapta, mert először Spanyolországban írták le a betegséget.)
- *Endémiának* az olyan járványos betegségeket nevezik, amelyek egy *bizonyos földrajzi régióban* fordulnak elő *rendszeresen és tömegesen*. Ilyen például a malária, amely Ázsia tropikus vidékein rendszeresen előforduló járványos megbetegedés, vagy a kolera járványos megjelenése egyes nem kielégítő higiéniai viszonyokkal rendelkező, kevésbé fejlett országokban.

A mindennapi életünkben gyakran támaszkodunk epidemiológiai eredményekre, adatokra. Amikor beoltatjuk magunkat influenza ellen, elfogadjuk azokat az epidemiológiai eredményeket, mely szerint az influenza járványszerűen terjed, és az influenza elleni oltás nagy valószínűséggel megóv minket a megbetegedéstől. Amikor abbahagyjuk a dohányzást, vagy gyakrabban végzünk valamilyen testmozgást, vagy másképpen táplálkozunk azért, hogy egészségesebbek legyünk, vagy hosszabb ideig éljünk, akkor elfogadjuk azokat a kutatási eredményeket, amelyek a dohányzás, vagy a mozgásszegény életmód, vagy a zsíros ételek egészségkárosító hatásait bizonyítják. Az epidemiológus gyakran keresi hirtelen fellépő, vagy ismeretlen eredetű betegségek kiváltó okait is, amiért az epidemiológus munkáját gyakran hasonlítják a detektív munkájához (gondoljunk például a HIV vírus felfedezésének történetére).

Melyek azok a kérdések, amelyekre egy epidemiológiai vizsgálat során választ kaphatunk?

- Milyen mértékű volt (a lakosság hány százalékát érintette) 2010-ben a H1N1 influenzajárvány?
- Meg lehet-e állítani, vagy lehet-e mérsékelni az influenzajárványt akkor, ha mindenki beoltatja magát, vagy a lakosság hány százalékát kell beoltani ahhoz, hogy a járvány terjedését megfékezzük?
- Jobb lesz-e az egészségünk akkor, ha kevesebb zsíros ételt, vagy ha több zöldséget fogyasztunk?
- Valóban hosszabb ideig fogunk-e élni akkor, ha abbahagyjuk a dohányzást, vagy ha füstmentes környezetben élünk?
- Mivel magyarázható az, hogy vannak emberek, akik az egészségre káros mértékben fogyasztanak alkoholt? És egyáltalán, mi az a mérték, amikor az alkohol károsná válik?
- Milyen okokkal magyarázható az, ha hirtelen, sok ember betegszik meg ugyanabban a betegségben?
- Oksági viszonyok vizsgálata, többtényezős betegségek különböző okainak elemzése

Mi az epidemiológia célja?

- *Leírni* a népesség egészségi állapotát, számba venni a betegségeket, azok elterjedtségét különböző csoportokban, vizsgálni a trendeket.
- *Megmagyarázni* a betegségek etiológiáját, feltárni az oksági tényezőket, és feltárni a terjedés módját
- *Előre jelezni* a betegség lefolyását, becsülni a várható trendeket és a népességen belüli eloszlást
- Ellenőrzés alatt tartani a betegség terjedését, *megelőzni* az új esetek kialakulását, felszámolni a meglévőket, növelni a betegek életésélyét

Az epidemiológia fontos sajátossága, hogy *nem egyéneket*, hanem *népesség csoportokat* vizsgál. Egy betegség *klinikai* leírása speciális tüneteket, *egyéni kórisméket* tartalmaz. Ugyanakkor az *epidemiológiai leírás* azt tartalmazza, hogy *mely korcsoportra, mely régióra stb.* jellemző az adott betegség.

Az epidemiológia egyik meghatározó kiindulópontja, hogy az egészségi állapot alakulásában fontos szerepet játszanak a *viselkedési és pszichológiai tényezők*. Ennek megfelelően szokás megkülönböztetni

- Pszicho-szociális epidemiológiát
- Viselkedési epidemiológiát
- Társadalom epidemiológiát

2.2. A társadalom-epidemiológia

Az egészség fogalmának definiálásakor szó volt arról, hogy a betegségek kialakulásában a fizikai és szomatikus tényezők mellett jelentős szerepet játszanak a szociális és pszichológiai tényezők is. Azaz a társadalmi szerkezetben elfoglalt hely befolyással van az egészségi állapotra és a betegségek kifejlődésére.

Mi a társadalom epidemiológia célja?

- Annak vizsgálata, hogy a különböző *társadalmi tényezők milyen hatással* vannak az egészségi állapot alakulására.
- Tágabb értelmezésben a társadalom epidemiológia *az egészségi állapot társadalmon belüli eloszlását és társadalmi meghatározóit* vizsgálja

- Kiterjed azoknak a *viselkedési tényezőknek* a vizsgálatára, amelyek az egészségre hatással vannak. Ilyen lehet például a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a túlzott evés hatása a megbetegedések kialakulására.

Néhány példa a társadalmi helyzet, a viselkedési tényezők és az egészségi állapot közötti kapcsolatra:

- A rossz anyagi helyzetben élők között gyakoribb a gyengébb, rossz minőségű, vagy egészségtelen táplálkozás. A nem megfelelő táplálkozás növeli számos betegség kialakulásának a kockázatát.
- Azok körében, akik zsúfolt és nem kielégítő higiéniás körülmények között élnek nagyobb valószínűséggel terjednek a fertőző betegségek.
- Ha valaki olyan településen él, ahol nem megfelelő az egészségügyi ellátás, nincs orvos, vagy sokára ér ki a mentő, kisebb eséllyel él túl egy szívinfarktust, mint az, aki gyorsan részesül megfelelő egészségügyi ellátásban.
- A mozgásszegény életmód, a dohányzás, a túl sok stressz számos betegség kialakulásának a valószínűségét növeli.
- A túlzott alkoholfogyasztás jelentősen hozzá járul a közép-kelet-európai országok lakosságát jellemző magas halálozási arányokhoz.

További tényezők, amelyek befolyással lehetnek az egészségi állapotra

- Társadalmi mobilitás, vagy a státus inkonzisztencia növelheti a megbetegedési és halálozási arányokat. Ebből a szempontból magyarázó változóként vizsgálhatjuk az alábbiakat:
 - Országok közötti vándorlás hatása a halálozási arányokra
 - például változnak-e egy adott népességre jellemző tipikus halálozási szokások, ha a népesség egyes tagjai más országban telepednek le?
 - Milyen hatással van a falusi környezetből városiba való vándorlás az egészségi állapotra?
 - a vidéki egészséges levegő vagy a városi jobb egészségügyi ellátás növeli jobban az életesélyeket?
 - Hatással van-e a túl nagy mobilitás a devianciák kialakulására
 - Magyarországon a hatvanas években végbement jelentős mértékű társadalmi mobilitás következtében emberek nagy tömegei kerültek olyan társadalmi környezetbe, amely érték- és normarendszere jelentősen eltért attól, amelyben gyerekkorukban szocializálódtak. Ez pedig sokaknál olyan anómikus állapotot eredményezett, ami hozzájárulhatott ahhoz, hogy a hetvenes és nyolcvanas években az öngyilkossági arányok és a túlzott alkoholfogyasztás jelentős mértékben nőtt.
- Stressz helyzetek
 - Életesemények és a betegségek kialakulása között gyakran mutatható ki kapcsolat
 - Váratlan életeseményekhez való alkalmazkodás képessége befolyással lehet a betegségek kialakulására
- Társas támogatás megléte vagy hiánya
 - Mérsékelheti a stressz helyzetek hatását
 - Nagyobb társas támogatással rendelkezők jobb immunrendszerrel rendelkeznek
 - Házassági/élettársai kapcsolatok gyakran csökkentik a megbetegedés esélyét és növelik a gyógyulás valószínűségét
- Életmód, életstílus, viselkedés

- Veszélykereső magatartások, dohányzás, alkoholfogyasztás stb. hatása az egészségi állapotra
- 2003-ban az USA-ban az 5. leggyakoribb halálok az egyéni viselkedésből adódó balesetekre volt visszavezethető
- A dohányosok között 70%-kal nagyobb a halálozási arány, mint a nem dohányosok között.

2.3. Az egészségi állapot szociológiai megközelítései

Az előző fejezetben megfogalmazott kérdések megválaszolásával természetesen az epidemiológián kívül más szakterületek is foglalkoznak. Az epidemiológia jellegzetesen interdiszciplináris tudomány, ötvözi különböző természettudományok (toxikológia, patológia, virológia, genetika stb.) és társadalomtudományok (statisztika, szociológia, pszichológia, demográfia stb.) ismereteit.

Ebben a jegyzetben különösen fontos a szociológiához való kapcsolódás hangsúlyozása.

Az egészség és a betegség a szociológia számára is fontos vizsgálódási terület. Különböző szociológiai kiindulópontok, megközelítések, felosztások ismertek (Pikó 2009):

- *Gyógyítás/orvoslás szociológiája* (sociology in medicine). Ebben a megközelítésben a szociológia elsősorban a *gyógyítás folyamatát*, az arra ható társadalmi tényezőket vizsgálja. Ide tartoznak azok a kutatások, amelyek az orvos-betegkapcsolattal, a betegek viselkedésével vagy a beteg utakkal foglalkoznak. Magyarországon ezeknek a kutatásoknak nincsenek jelentős hagyományai.
- *Egészségügy szociológiája* (sociology of medicine). A szociológiának ez az irányzata az egészségügyet, mint *társadalmi intézményt* tekinti, és magukat az egészségügyi intézményeket, illetve az ellátás folyamatát vizsgálja.
- *Egészségfejlesztés és betegségmegelőzés szociológiája* (sociology of health). Az egészségüggyel foglalkozó szociológiának ez az irányzata az egészségi állapotra ható *társadalmi rizikófaktorokat és védőfaktorokat* vizsgálja. Az egészségi állapotnak ez a szociológiai szemléletmódja az, amely a leginkább közel áll az epidemiológiához, és ezen belül is szinte teljesen megfelel a társadalom epidemiológia által vizsgált problémakörnek.

2.4. Az epidemiológia története

Az epidemiológia tudománya a betegségek történetével párhuzamosan fejlődött.

Bár az epidemiológia, mint tudomány a második világháborút követően válik igazán jelentőssé, az epidemiológia kialakulása több évezredes múltra tekint vissza. Amint az orvostudomány, úgy az epidemiológia, a betegségek természetének, terjedésének megismerésére való törekvés is az ókori görögökhöz nyúlik vissza. Ez egybe esik az úgynevezett *első nagy epidemiológiai korszaknak* a kezdetével is, amelyet elsősorban a nagy járványok és az ezekből adódó magas halálozási arány jellemezett. Ennek megfelelően az epidemiológia egyik ősatyjának *Tuküdidészt* tekintik, aki megfigyelései alapján először írta le részletesen a *pestis terjedését és a betegség jellemzőit*. Amint az orvostudomány, úgy az epidemiológia egyik ősatyjának is az i.e. 400 körül élt *Hippocratest* tekintjük. Hippocrates volt az, aki szakított azzal a nézettel, hogy a betegségek természetfeletti erőknek köszönhetőek, és így csak természetfeletti erőkkel gyógyíthatóak. Hippocrates a betegségek kialakulását természetes okokban kereste, és kezelésükre is racionális gyógymódokat alkalmazott. Azzal, hogy gyógyítási módszereit a *gondos megfigyelésre és a tapasztalati tudásra* alapozta, tulajdonképpen a modern epidemiológia alapjait vetette meg. Szintén a modern epidemiológiai szemlélet jelenik meg Hippocrates azon nézetében, mely szerint az életmód (evés, mozgás, lelki állapot) és a fizikai környezet hatással van a betegségek kialakulására, illetve az egészség megőrzésére (Friis, Sellers 2009).

A középkor társadalmának egészségi állapotát a *nagy járványok* határozták meg. A születéskor várható átlagéletkor 30-35 év volt, de az 1346-1352 években, amikor 20-30 millió ember – Európa népességének egyharmada halt meg a nagy pestis járvány következtében, a születéskor várható átlagéletkor csupán 18-20 év volt.

A pestishez hasonló más nagy járványok és betegségek (influenza, tífusz, himlő, tuberkulózis) szintén hozzájárultak a középkor népességének meglehetősen alacsony átlagéletkorához. Bár a maihoz hasonló időskori betegségek szintén előfordulnak, de az összhalálozásban betöltött szerepük rendkívül kicsi volt a fertőző betegségekhez képest (Szántó 2002).

Az epidemiológia és a statisztika fejlődésében is meghatározó volt *John Graunt*, aki 1662-ben jelentetett meg tanulmányt „Natural and Political Observations Made Upon the Bills of Mortality” címmel. Ebben a munkában Graunt először készít részletes leírást a *születési és halálozási adatokról*, azok szezonális ingadozásairól, a gyermekhalálozásról, és először írja le a férfiak nőket meghaladó halálozási arányait. Graunt az elsőként mutatja be a főbb népesedési jellemzőket kvalitatív eszközökkel, és ezért szokták őt a statisztika Kolumbuszának is nevezni (Friis, Sellers 2009).

Az 1700-as évek elején *Edward Jenner* a himlő elleni oltás felfedezőjeként vonult be az orvosi és az epidemiológia szakirodalomban. Egy ősi ázsiai módszert átvéve próbálta a himlővel történő enyhe fertőzéssel megelőzni a súlyosabb fertőzés kialakulását. Kísérleteit először elhagyott gyerekeken és bűnözőkön végezte, majd amikor az eljárás biztonságosnak és eredményesnek bizonyult a királyi család is beoltatta magát. Jennernek köszönhetjük tehát azt a felfedezést, hogy *egy betegséggel történő enyhe fertőzéssel kialakítható a betegséggel szembeni immunitás*.

William Farr Graunt munkásságát követve 1800-ban szisztematikusan összegyűjti és elemzi a Brit halálozási statisztikákat. Számos olyan módszert dolgoz ki, amelyet mai napig alkalmaznak a népmozgalmi statisztikákban és a betegségek osztályozásában. Elemzése során összefüggést mutat ki a népsűrűség és a halálozási arány között.

A XIX. században, a korábbi járványszerűen terjedő megbetegedések mellett egyre gyakrabban jelennek meg a nagy városokban koncentrálódó, és a rossz higiéniai viszonyokhoz, vagy kifejezetten a szegénységhez kötődő betegségek. A rossz minőségű víz és a kolera kapcsolatának felfedezése *John Snow* nevéhez kötődik, akit az epidemiológia atyjaként is szoktak hívni. Snow a kolera terjedésének okait kereste az 1849. évi londoni kolerajárvány idején. Vizsgálódását azzal kezdte, hogy feltérképezte, hol laknak azok, akik kolerában meghaltak. Mivel feltételezte, hogy a víz kapcsolatban állhat a kolera terjedésével, ezért különös figyelmet fordított a közutakra. A halálozási adatokból készített ponttérkép és a közutak elhelyezkedése alapján arra a következtetésre jutott, hogy a megbetegedések annak a két vízellátó társaságnak a kútja körül sűrűsödtek, amely a Temze erősen fertőzött részéről vette a vizet. Snow tehát arra a következtetésre jutott, hogy a fertőzött víz összefügg a kolera terjedésével. Ennek hatására az egyik vízellátó társaság a vízgyűjtő helyét a folyó kevésbé fertőzött részére tette át. 1854-ben egy újabb kolera járvány egyfajta természetes kísérletként lehetőséget adott Snow hipotézisének ellenőrzésére. A haláleseteket és a kutak elhelyezkedését Snow az alábbi térképen jelölte (1. ábra):



1. ábra A kolera miatti halálozások ponttérképe London, Golden Square környékén 1854-ben

Principles of Epidemiology in Public Health Practice U.S. Department of Health and Human Services p: 1-1 – 1-81

A térképen jól látható, hogy a fertőzések egy kút körül sűrűsödnek, mégpedig annak a vízellátó társaságnak a kútja körül, amely továbbra is a fertőzött vizet használta.

Mivel Snow eredeti feltételezése az volt, hogy a fertőzés terjedése a vízzel van összefüggésben, bejelölte a közutak helyét is a térképre. Jól látható, hogy a haláleseteket jelző pontok a Broad streeten található „A”-val jelölt kút körül sűrűsödnek. Snow korábbi hipotézisének így módon történt megerősítése a fertőzött vizet adó kút megszüntetését eredményezte. A feltételezés további megerősítéseként a kút megszüntetés után a fertőzés rövid időn belül megszűnt.

Snow az epidemiológia ma is alapvetőnek tekintett módszereit alkalmazta a két londoni kolera járvány idején: *megfigyeléseket végzett, kvantitatív adatokat gyűjtött, az információkat logikusan rendszerezte, és hipotézisei ellenőrzésére ismételt megfigyelést végzett.* Nemcsak azt bizonyította be, hogy a fertőzött víz hozzájárul a kolera terjedéséhez, hanem azt is, hogy az epidemiológiai elemzések és információk megalapozhatnak, közvetlen és gyors egészségügyi beavatkozásokat (Principles of Epidemiology).

A XIX. század közepétől kezdődően a korábbi évszázadokat jellemző több országra, vagy egész földrészre kiterjedő nagy járványok mérséklődtek, sőt többnyire megszűntek. A helyi járványok és a fertőzéseken alapuló megbetegedések azonban változatlan jelentős szerepet játszottak a halálozási arányokban. Ennek megfelelően ebben az időszakban a figyelem kevésbé a betegségek terjedésére irányult, hanem inkább *a betegséget, fertőzést kiváltó kórokozók feltárára helyeződik a hangsúly* (Szántó 2002).

A magyar *Semmelweis Ignác*ot nem csak az orvostudomány, hanem az epidemiológia is a meghatározó személyek között tartja nyilván. Azzal, hogy *megfigyelte*, hogy az orvosok, orvostanhallgatók boncolás vagy más betegek vizsgálata után kézmosás nélkül vizsgálják meg a gyermekágyas anyákat, és ebből azt *a logikai következtetést vontak le*, hogy ezzel maguk az orvosok fertőzik meg őket, és okozzák halálukat, alapvető epidemiológiai módszert alkalmazott.

Semmelweishez hasonlóan az orvostudomány mellett az epidemiológia is a fontos elődök között tartja számon *Robert Koch*-t, akinek először sikerült kitenyészteni a tuberkulózis és a kolera kórokozóit. Jelentőségét többek között abban látják, hogy először bizonyította be, hogy bármilyen betegség esetén közvetlen kapcsolat mutatható ki valamilyen mikroorganizmus, és a betegség között (Friis, Sellers 2009).

A XIX. században az epidemiológiai módszerek elsősorban a betegségek lefolyására és a fertőzések kialakulására koncentrálták, a betegségek okaként pedig legelterjedtebbé az immunológiai és bakteriológiai magyarázatok váltak a század végére. A XX. század jelentős változása a korábbi századokhoz képest, hogy a fertőző betegségek szerepe lényegesen csökkent a halálokok között. Ennek megfelelően elsősorban a 30-as, 40-es évektől kezdődően a figyelem egyre inkább a nem fertőző betegségek és más egészségügyi problémák felé fordult.

A *második világháborút követő időszakban* előtérbe kerülnek a krónikus, degeneratív megbetegedések, és így az epidemiológia módszereiben és elméleti megközelítéseiben is jelentős fejlődés következett be. E fejlődésben jelentős mérföldkőnek szokták tekinteni *Doll és Hill* tanulmányát, amely először mutatta ki *a dohányzás és a nyelvrák közötti összefüggést*, vagy az 1948-ban, Frahminger város lakói körében végzett kutatást *a szívkoszorúér megbetegedések okairól*. Ezt követően egyre szélesebb körben készülnek olyan epidemiológiai vizsgálatok, amelyek *a különböző megbetegedések kialakulásának biológiai és társadalmi okait vizsgálják*. Az egészségkárosító magatartások elterjedtségére és kiváltó okaira vonatkozó kutatások szintén a második világháborút követően, elsősorban a hatvanas évektől kezdődően jelennek meg nagyobb számban. Ugyanakkor az elmúlt évtizedekben újabb fertőző betegségek is megjelentek, mint a HIV vagy az Ebola, amelyek az epidemiológia számára is újabb kihívásokat jelentett.

Feladatok

- Mit jelent az epidemiológia fogalma?
- Milyen társadalmi tényezők befolyásolhatják az egészségi állapot alakulását?
- Mi a különbség a pandémia és az epidémia között. Keressen példákat pandémiákra és epidémiákra a XX. század történetéből.

Ajánlott irodalom

- [1] Friis, Robert H. és Sellers, Thomas A.. *Epidemiology for Public Health*. 2009. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts. 4th ed.. 717.
- [2] *Principles of Epidemiology in Public Health Practice*. An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. US Department of Health and Human Services. Third Edition. <http://www.ihs.gov/medicalprograms/portlandinjury/pdfs/principlesofepidemiologyinpublichealthpractice.pdf>.
- [3] Szántó, Zsuzsa. *Betegség, gyógyítás, társadalom*. in: Szántó Zs., Susánszky É. szerk.: *Orvosi szociológia*. 2002. Semmelweis Kiadó. Budapest. 15-32.

- [4] Pikó, Bettina. *Az orvosi szociológia múltja és jövőbeli kihívásai: az elmélettől a gyakorlatig.* in: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk): *PoliHISTÓRIA Buda Béla 70. születésnapjára.* 2009. Akadémia Kiadó. 163-178. letöltés ideje: 2009. november 14..

3. A népesség egészségi állapota

A fejezet célja a magyar népesség egészségi állapotát leíró fontosabb adatok megismertetése.

Bemutatásra kerülnek

- a mortalitás és morbiditás főbb mutatói
- a halálozási arányok és a születéskor várható átlagos élettartam főbb tendenciái
- a hazai morbiditási vizsgálatok fontosabb eredményei

3.1. Alkalmazott mutatók

3.1.1 A mortalitás fontosabb mutatói

Az alábbiakban a mortalitáshoz kapcsolódó fontosabb mutatókat ismertetjük (Andorka 1997)

- *Nyers halálozási arányszámot* úgy kapjuk meg, hogy az adott évi halálozások számát elosztjuk az évközépi népesség számával. Ez a mutató függ a népesség korösszetételétől (idősebb népesség esetén nagyobb a nyers halálozási arány).
 - Példa: Magyarországon a nyers halálozási arányszám 2008-ban 13,0 volt 1000 főre számítva
- A *korspecifikus halálozási arányszám* az adott korcsoportban meghaltak számát viszonyítja az adott korcsoport létszámához. A nemek eltérő halálozási aránya miatt nemenként számolunk korspecifikus halálozási arányokat.
 - Példa: Magyarországon 2005 és 2007 között a 45-64 éves korcsoportban a 100000 megfelelő korú férfira jutó korspecifikus halálozás 1803 fő, a nőkre vonatkozó megfelelő adat pedig 685 fő volt.
- A *születéskor várható átlagos élettartam* azt mutatja meg, hogy születéskor, vagy valamely életkorban hány további év megélése valószínűsíthető. A mutató kiszámítása a halandósági táblán alapul.
 - Példa: A születéskor várható átlagos életkor 2008-ban a férfiaknál 69,79 év volt, a nőknél pedig 77,76 év.
- *Ok-specifikus halandóság* halálok szerint mutatja az egy adott halálokban, az adott évben meghaltak számát az évközépi népességhez viszonyítva.
 - Példa: 2008-ban az öngyilkosság és önsértés miatt meghaltak százezer lakosra jutó száma 24,7 volt
- *Csecsemőhalandóság* mutatóját úgy kapjuk meg, hogy az adott évben összes 1 éven alul meghaltak számát osztjuk az adott év összes újszülöttjének számával.
 - Példa: 2008-ban az ezer élve szülöttre jutó egy éven aluli meghaltak száma 5,6 volt
- *DALY* (Disability adjusted life years): az elvesztett egészséges életévek számát fejezi ki, amelyek valamely betegség miatti idő előtti halálozás, rokkantság, vagy betegség miatt *nem* következnek be. A mutató az ideális és a tényleges egészségi állapot között különbséget fejezi ki.
 - Például a WHO számításai szerint Közép-Kelet Európa számos országában, így Magyarországon is az elveszített egészséges életévek 8-15%-a a túlzott alkoholfogyasztásra vezethető vissza.

A magyar nők 7, a magyar férfiak 10,5 évvel kevesebb egészségben eltöltött életévre számíthatnak a legjobb európai országokhoz képest (Vitray, Mihalicza 2006)

3.1.2. A morbiditás fontosabb mutatói - prevalencia/incidencia

A *prevalencia* vagy *prevalencia arány* valamilyen egészségügyi probléma népességen belüli előfordulását fejezi ki egy adott időpontban vagy valamilyen adott időszakban. A prevalencia értékét úgy kapjuk meg, hogy egy adott időszakban vagy időpontban betegek számát elosztjuk a teljes népesség számával. Prevalenciát nem csak teljes népességre, hanem a népesség valamely csoportjára is számolhatunk.

Például:

- Az elmúlt évben rendszeresen dohányzók aránya a felnőtt népességen belül
- Az elmúlt fél évben valamilyen szívbetegségben szenvedők aránya
- Az adott pillanatban influenzában megbetegedettek aránya

A prevalencia fogalmán belül megkülönböztetünk *periódus prevalenciát* és *pont prevalenciát*.

- A *periódus prevalencia* valamely *időszakra* (egész élet, egy adott év, előző hónap vagy hét) vonatkozóan mutatja a megbetegedések vagy egészségkárosító magatartások előfordulási arányát.
 - az előző évben kábítószer használók aránya
 - egy adott hónapban dohányzók aránya
 - az előző héten alkoholt fogyasztók aránya
- A *pont prevalencia* egy *adott időpontra* vonatkozóan, vagy az időintervallum specifikálása nélkül fejezi ki a megbetegedési arányt.
 - Jelenleg dohányzók aránya
 - December 1-én kórházban kezelt betegek aránya

Incidencia aránya egy adott időszakban bekövetkezett *új* megbetegedésekről ad információt. Azt fejezi ki, milyen gyorsan terjed egy betegség vagy egy probléma. Az incidenciát úgy kapjuk meg, hogy egy adott időszak *új* eseteinek/ megbetegedéseinek számát elosztjuk az adott népesség ugyanarra az időszakra vonatkozó számával.

Például:

- azoknak az aránya, akik ebben az évben kezdtek el kábítószer fogyasztani
- azoknak az aránya, kik először kerültek alkoholbetegként kezelésbe

Az incidencia egy sajátos formájának is tekinthető a „*támadási*” *arány* (attack rate) mutatója, ami a valamilyen okból nagyon rövid idő alatt bekövetkező megbetegedésekre vonatkozóan fejezi ki az incidencia arányt. Ilyen lehet például egy szalmonella-fertőzés, amely egy kisebb közösségen belül nagyon rövid idő alatt okoz nagyarányú megbetegedést.

A prevalencia és az incidencia kiszámítását az alábbi hipotetikus helyzettel mutatjuk be (2. ábra):

Adott egy 20 fős népesség, amelyből egy 15 hónapos időszakon belül 10 fő megbetegszik.

- *Incidencia arányának kiszámítása* október 1 és szeptember 30 közötti időszakra vonatkozóan április 1-i népességgel számolva:
 - Új betegek száma 4 fő, mert a többiek október 1 előtt betegedtek meg. A teljes népesség száma április 1-én 18 fő, mert a teljes népességből 2 fő korábban meghalt.

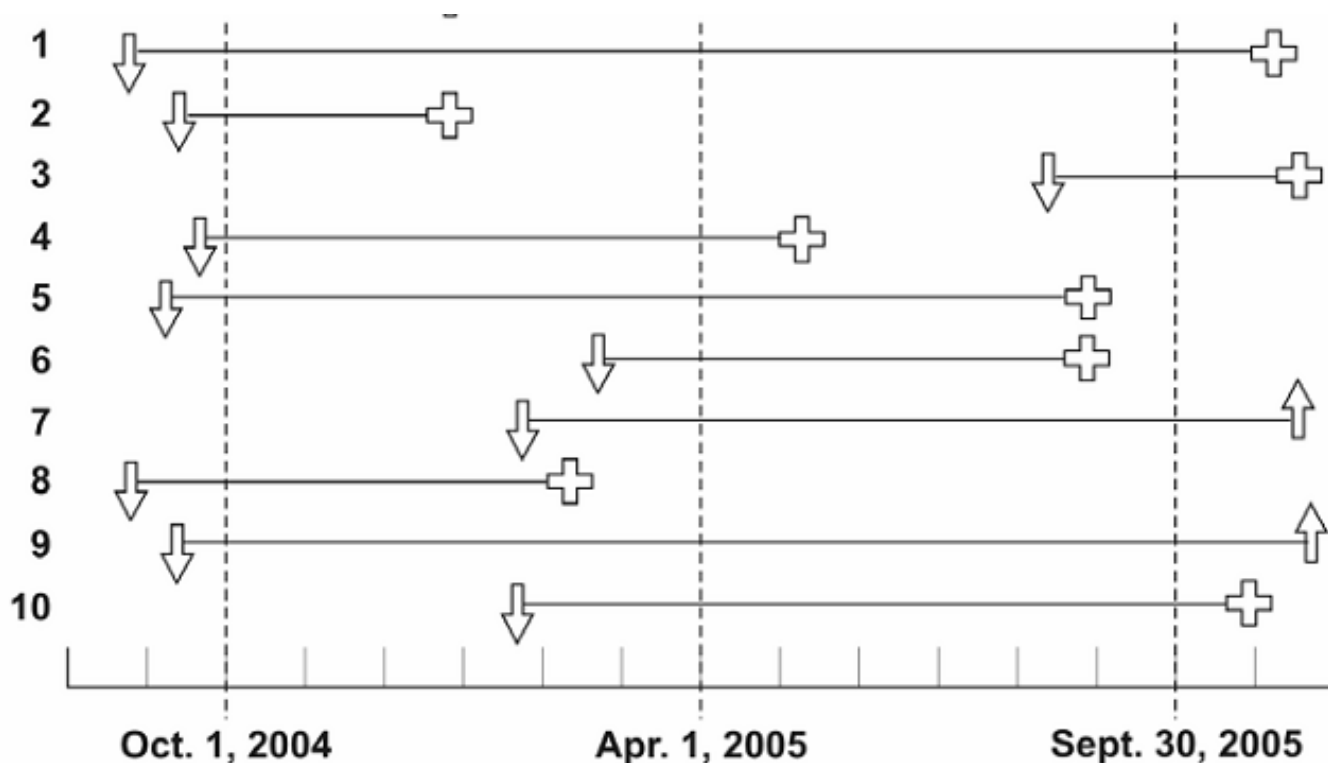
Az incidencia aránya: $4/18=22\%$

3. A népesség egészségi állapota

- *Periódus prevalencia arányának kiszámolása* a teljes időszakra vonatkozóan:
 - A teljes időszakban összesen 10 fő volt valamikor beteg. A teljes népesség száma, aki valamikor élt az adott időszakban 20 fő. Tehát az adott időszakra vonatkozó prevalencia arány $10/20=50\%$
- *Pont prevalencia arányának kiszámítása* április 1-re vonatkozóan:
 - Április 1-én 7 fő volt beteg, a népesség száma pedig 18 fő volt. Az április 1-re vonatkozó pont prevalencia aránya: $7/18=38,89\%$

2. ábra

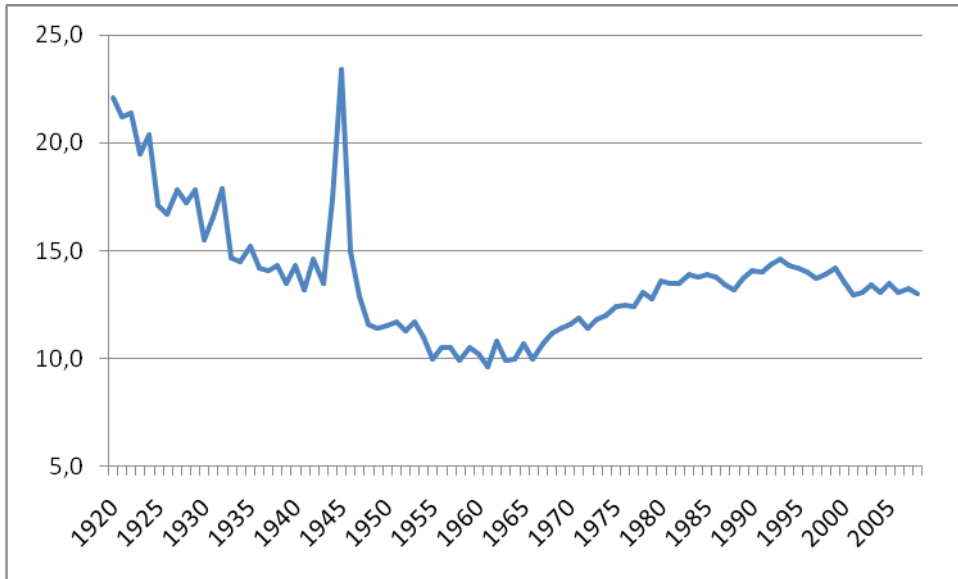
	↓	Betegség kezdetének időpontja
	+	Halál időpontja
	↑	Felépülés időpontja
Fő		



Vegyük észre, hogy az incidencia és a prevalencia nem feltétlenül mozog együtt. Például hiába csökken az újonnan kábítószerrel fogyasztók aránya egy adott népességben belül, vagyis csökken a kábítószer-fogyasztás incidenciája, a kábítószer-fogyasztás életprevalenciája csak akkor fog csökkenni, ha a magas incidenciájával jellemzett csoport kikerül az adott népességből. Például, ha a mai 18 évesek körében magas az incidencia arány, akkor ennek a kohorszoknak 10 év múlva is magas lesz az életprevalencia aránya, akkor is, ha az incidencia arány időközben jelentősen lecsökkent.

3.2. A mortalitás változása Magyarországon

Magyarországon 2008-ban az ezer lakosra jutó halálozások száma 13,0 volt, a születéskor várható átlagélettartam pedig 73,83 év volt. A hosszú távú tendenciákat tekintve a múlt század első felében a halálozási arányok egyértelműen javultak Magyarországon, a halálozások jelentős megugrása csupán a két világháború idején volt megfigyelhető. A halálozások gyakorisága, 1961-ben elérte az eddig regisztrált legalacsonyabb értéket: 9,6 ezreléket (Józan 2008). Ezt követően a halálozási arányok romlása vált jellemzővé egészen 1993-ig. Figyelemre méltó, hogy több más rendszerváltó országhoz hasonlóan kiugróan rosszak voltak az értékek 1991 és 1993 között, amikor 0,6 ezrelékkal nőtt a nyers halálozási ráta, elérve ezzel a második világháborút követő időszak legmagasabb értékeit. 1994-től enyhe javulás figyelhető meg, azonban még 2008-ban sem éri el a hazai halálozási arány az 1966-ban mért legalacsonyabb értéket (3. ábra).

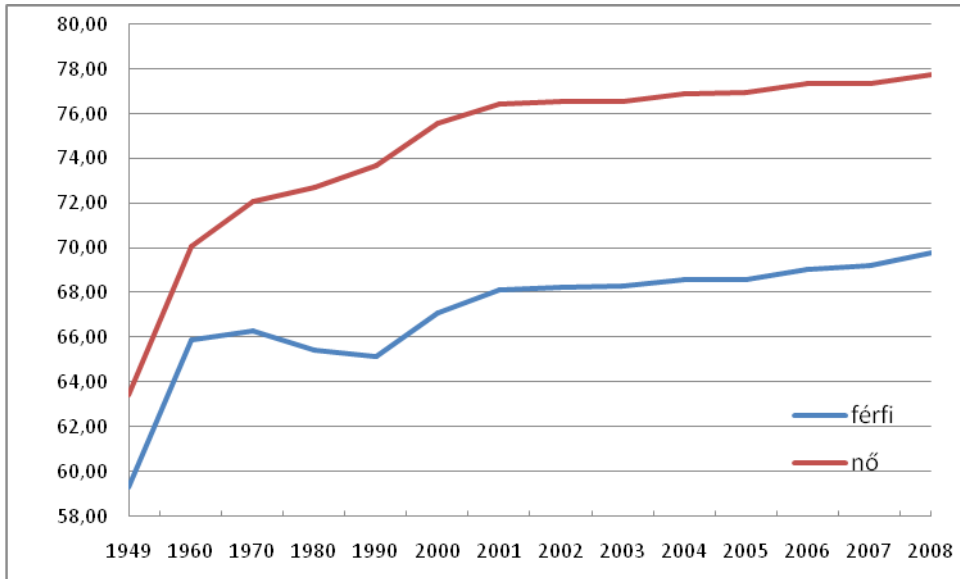


3. ábra Ezer lakosra jutó halálozások száma 1920-2008

Demográfiai évkönyv 2008

A halandóság romlása elsősorban a *középkorú férfiakat* érintette. Ennek következtében a nők és a férfiak születéskor várható élettartama egyre inkább eltávolodott egymástól, így a férfiak születéskor várható átlagélettartama az elmúlt 20 évben több mint 8 évvel volt rövidebb, mint a nőké (4. ábra). Összehasonlításképpen a nők előnye EU átlagban 6,2 év, de legkisebb különbséget mutató Izlandon csupán 3 év (Vitray, Mihalicza 2006). Különösen kiugró a nemek közötti különbség a rendszerváltást követő néhány évben, amikor a halandóság újabb romlása elsősorban a férfiakat érintette, és így a születéskor várható élettartamuk több mint 9 évvel volt kevesebb, mint a nőké.

3. A népesség egészségi állapota

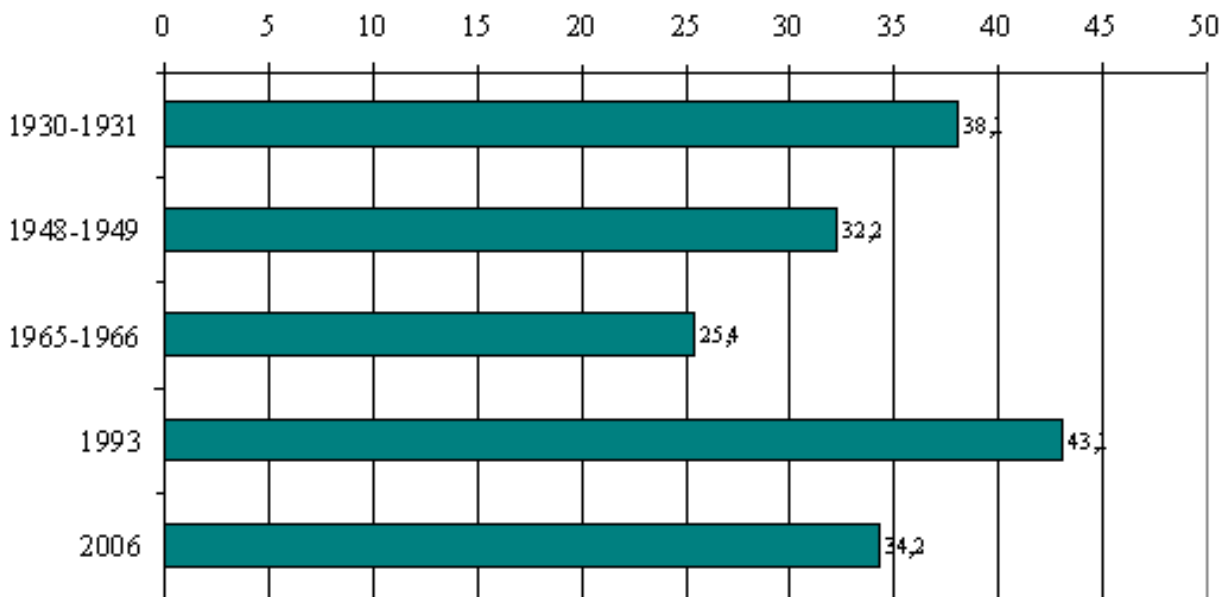


4. ábra Születéskor várható átlagéletkor nemenként

Demográfiai évkönyv 2008

A halálozási adatok romlása a férfiak esetében a 35-39 és a 60-74 éves korcsoportokban már 1955-től elkezdődött, 1964-től pedig 25 éves kortól minden korcsoportban romlás következett be, de a legnagyobb mértékű a 40-49 éves korcsoportokban volt (Józan 1988). Különösen magas volt a 30-65 éves férfi népesség halandóságának romlása 1966 után. Nőknél a romlás a 40-44, 50-54 éves csoportokban volt a legjelentősebb.

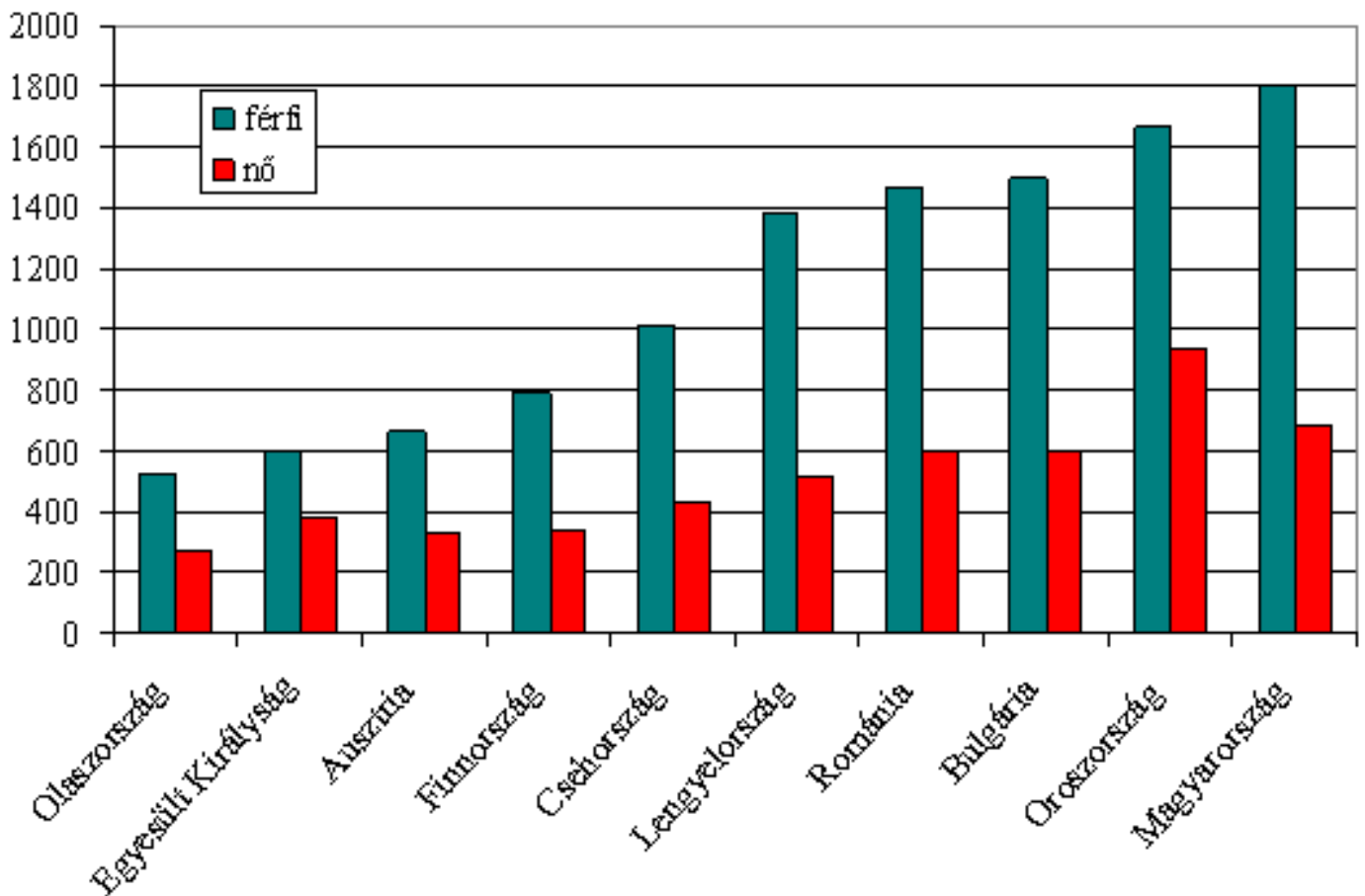
Az alábbi grafikonon jól látható, hogy míg a 30-as évektől kezdődően a hatvanas évek közepéig jelentősen javult a 30-65 éves férfi korosztály halálozási valószínűsége, addig az azt követő közel három évtizedben a romlás oly mértékű volt, hogy 1993-ra a halálozási valószínűség rosszabbá vált, mint 60 évvel korábban volt (5. ábra). És bár az 1994-től tapasztalt javulás jelentős volt ebben a férfi korcsoportban, 2006. évi halálozási valószínűségük még mindig rosszabb volt, mint a második világháborút közvetlenül követő években.



5. ábra A 30 és 65 éves születésnapok közötti halálozási valószínűségek (férfi népesség %)

Józan (2008):36

A magyarországi halálozási adatok nemcsak a hatvanas évek hazai adataihoz képest mutatnak igen rossz arányokat, hanem nemzetközi összehasonlításban is. Az ezer lakosra jutó halálozások száma csupán 4 európai országban – Oroszország, Bulgária, Lettország és Oroszország) volt rosszabb, mint nálunk (Demográfiai Évkönyv 2008). Már ebből is látható, hogy halálozási adataink nemcsak Európa más országaihoz képest, hanem a környező országokhoz képest is meglehetősen rosszak. Lengyelország és Csehország születéskor várható élettartama, Magyarországhoz hasonlóan elmaradt az európai átlagtól. 1966-ban azonban ez az elmaradás még igen csekély volt, Csehország esetében 1,4 év, Lengyelország és Magyarország esetében pedig közel két év. Ezt követően Magyarországon a romlás egyértelmű volt, Lengyelországban inkább csak a 80-as években volt megfigyelhető, Csehországban - a rendszerváltást követő néhány évet leszámítva végig enyhe javulás volt. Mindezek eredményeként ma a magyarok átlagosan 6 évvel, a lengyelek 4,5 évvel, a csehek pedig 3,2 évvel élnek rövidebb ideig, mint az európai uniós átlag (Józan 2008). Nemzetközi összehasonlításban is különösen rossznak tekinthető a 45-64 éves korosztály halálózása. Ebben a korcsoportban a magyar férfiak halálózása meghaladja az orosz vagy a bulgár férfiakét, és a nők halálózása is csak Oroszországban magasabb (6. ábra).



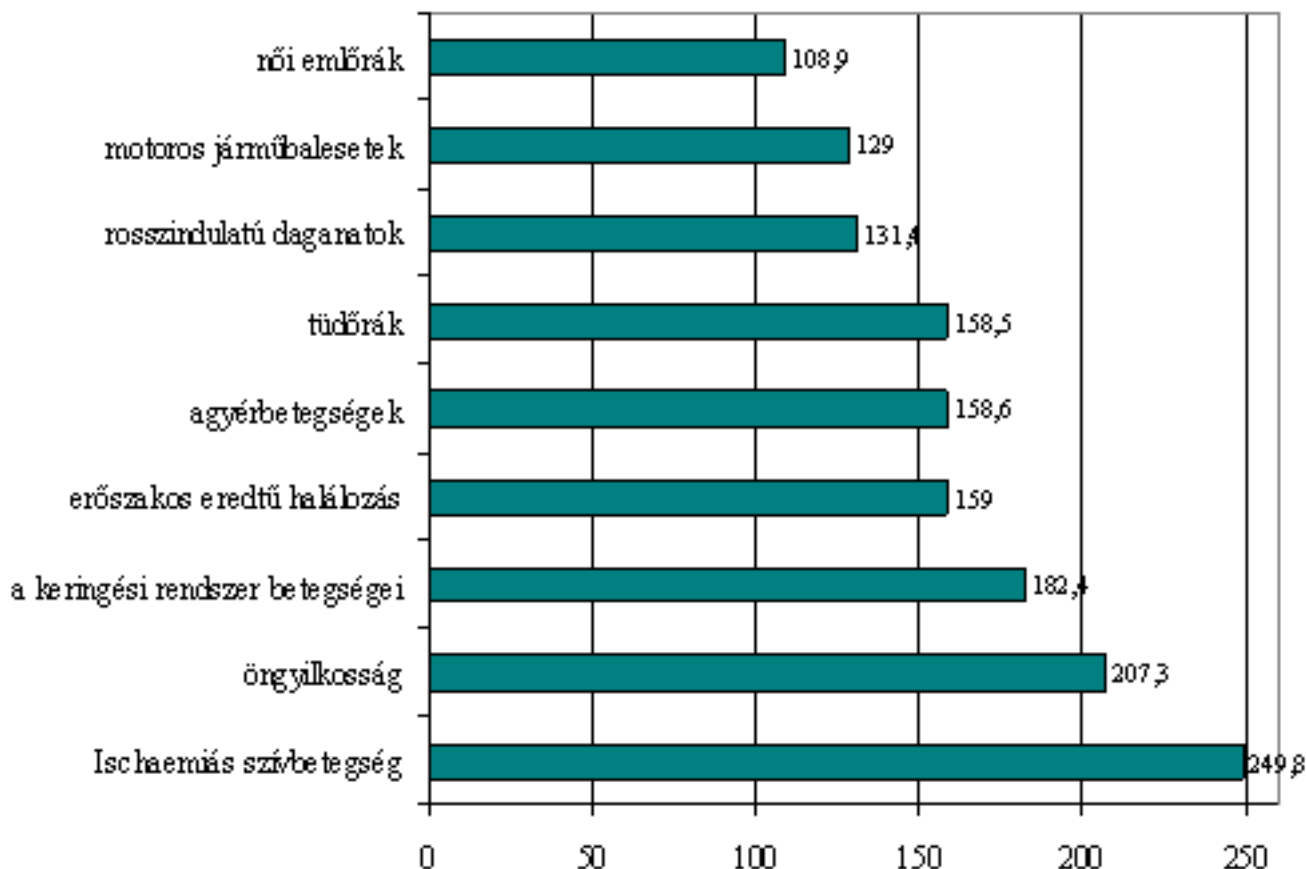
6. ábra A 45-64 népesség korszpecifikus halálozási rátája néhány európai országban

Kovács, Őri (2009a):58

Megjegyezzük, hogy az orosz és bolgár népesség Európában kiemelkedően magas halálozási adatai a fiatalabb korosztályok magas halálózásának köszönhetőek. Oroszországban, Bulgáriában, de Romániában is rendkívül magas a csecsemőhalandóság is.

Halálokok szerint vizsgálva, a nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan Magyarországon is a *keringési rendszer betegségei* jelentik a legfőbb halálokat. A halálozási adatokban megmutatkozó javulás is elsősorban az e halálokokban bekövetkezett javulásnak köszönhető. A kedvező tendenciák ellenére a keringési rendszer miatti halálozások rátája még mindig jelentősen meghaladja az európai átlagot (7. ábra). A második leggyakoribb halálokok a daganatos halálozások, amelyben nem következett be jelentősebb javulást az elmúlt két évtizedben, és nemzetközi összehasonlításban is igen rossz a helyzetünk. Különösen

igaz ez a légzőszervi daganatok miatt bekövetkezett halálózásra. Javulás volt az úgynevezett „külső” (öngyilkosság, emberölés és baleset) miatti halálózásban, Míg az emberölés miatti halálózás hagyományosan alacsony Magyarországon, addig az öngyilkosság és baleset miatti halálózás ma is jelentősen meghaladja az európai átlagot.



7. ábra Magyarország népességének halandósága az Európai Unió^{1 2} népessége halandóságának százalékában néhány fontos halálókban a 21. század első éveiben

Józan (2007)

A kezelhető – azaz az orvosi beavatkozással elkerülhető – halálózások terén Magyarország szintén elmarad az európai átlagtól, de helyzete jobb, mint például Bulgáriáé vagy Romániáé (Kovács, Óri 2009b: 75). Józan (2007) számításai szerint e területen egyértelműen javulás következett be. Míg 1993-ban a kezelhető halálózások 21,8%-kal járultak hozzá a hazai teljes halandósághoz, ez az arány 2006-ra 16,2%-ra csökkent. Szintén kedvezőtlen az úgynevezett megelőzhető, azaz az életmódra (elhízottság, alkohol, dohányzás) visszavezethető – halálózások aránya.

3.3. Morbiditás

A népesség egészségi állapotára vonatkozó rendszeres felmérés az utóbbi éveket leszámítva nem készült Magyarországon. Az a néhány korábbi adatfelvétel, amely a 80-as, 90-es évekre rendelkezésre áll, a halálózási adatokhoz hasonlóan, szintén a magyar népesség rossz egészségi állapotát tükrözi.

Az 1981. évi rétegződés vizsgálat adatai alapján a népesség 3,6%-a mondta magát fogyatékosnak, és 22,3%-a mondta azt, hogy tartós betegsége van. A tartós betegségek közül a leggyakoribbak a keringési rendszer betegségei - 13,7%-ban fordultak elő (Andorka és társai 1988 p:7).

¹Az EU-25-ök halandósága.

²Az EVSZ európai népességének kormegoszlására standardizálva

Egy 1986. évi vizsgálat szerint a 18 évnél idősebb férfiak 35,5%-a, a nők 41,1%-a vélekedett úgy, hogy valamilyen tartós, huzamosabb ideje meglévő betegsége van. Mindkét nemnél a szív és érrendszeri, a mozgásszervi betegségek, valamint a gyomor, máj, epe, vese betegségek fordultak elő a leggyakrabban. A férfiak 23,7%-a, és a nők 33,7%-a járt valamilyen rendszerességgel orvoshoz. (Andorka és társai i.m.: 8)

A TÁRKI 1997-ben 14 évesnél idősebb népesség körében végzett kutatása szerint a felnőtt népesség 60%-a érezte magát kisebb-nagyobb mértékben betegnek. Közülük enyhébb (1-2 hónapig problémát okozó) betegségről 18,3%, súlyosabb, hosszabb ideig problémát okozó betegségről 20,9%, korlátozott életfeltételekkel együtt járó, súlyosabb betegségről pedig 20,7% számolt be (Lehmann, Polonyi 1998).

A TÁRKI-vizsgálat szerint a legelterjedtebbek a mozgásszervi betegségek – a megkérdezettek egyharmada számolt be erről. Második legelterjedtebb betegségecsoport a szív-keringési és nyirokrendszeri megbetegedések, amelyekről a megkérdezettek több mint egynegyede számolt be. A megkérdezettek közel egyötödének volt valamilyen hallás- látásszervi problémája, több mint 16%-nak idegrendszeri, valamint emésztőszervekhez kapcsolódó betegsége volt.

2000-ben, majd 2003-ban került sor az OLEF (Országos Lakossági Egészségfelmérés) vizsgálatokra. A 2003. évi eredmények szerint a magyar felnőtt férfiak fele és a nők 41%-a véli jónak, vagy nagyon jónak az egészségi állapotát. Ez az adat elég jól közelít a TÁRKI 1997. évi adataihoz. Ebben a szubjektív egészségi állapotot jelző mutatóban is kifejeződik az, amit már a halálozási adatoknál láttunk: Magyarországon háromszor annyian vélik rossznak vagy nagyon rossznak az egészségi állapotukat, mint az európai uniós átlag. Az OLEF eredményei alátámasztják a korábban már leírtakat: a keringési betegségek a legelterjedtebb betegségek közé tartoznak Magyarországon, ilyen betegségben szenvedett 2003-ban a férfiak 32%-a, és a nők 39%-a. Az európai uniós átlaghoz képest 70%-kal magasabb azoknak az aránya (29%), akik magas vérnyomásban szenvednek. A vizsgálat eredményei szerint a magyar lakosság fele túlsúlyos vagy elhízott, és minden tízedik magyar felnőtt számára nehézséget jelent 200 méternél nagyobb távolság megtétele (OLEF 2003).

A 2005. évi EU-SILC felmérés szerint a tartósan betegek aránya növekedett a korábbi évekhez képest. Eszerint a férfiak 37,1%-a és a nők 44,1%-a (a teljes minta 40,9%) szenvedett valamilyen tartós betegségben. (KSH 2005)

A KSH adatai szerint a 2000-es években jelentősen nőtt a rendszeresen gyógyszert szedők aránya is. Míg 1994-ben a férfiak 20,6%-a és a nők 29,7%-a szedett rendszeresen valamilyen gyógyszert, addig ezek az arányok 2003-ra 35,6%-ra illetve 57,8%-ra emelkedtek (KSH 2005).

A 2009. évi ELEFT (Európai lakossági egészségfelmérés) Magyarországra vonatkozó adatai szerint 2003-hoz képest javult az egészségi állapot szubjektív megítélése: a férfiak 58,9%-a és a nők 50%-a vélte jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát, és csupán a férfiak 11,7%-a és a nők 17,3% tartja magát betegnek. Ez az arány azonban nemzetközi összehasonlításban még mindig nagyon rossz. Európa 27 országa közül 2008-ban csupán Portugáliában volt magasabb a magukat betegnek tartók aránya, mint Magyarországon. Ugyanakkor a megkérdezettek 40%-a vélte úgy, hogy egészségi problémája kisebb-nagyobb mértékben korlátozta mindennapi életvitelét a kérdezést megelőző félév során. Míg a súlyosabb korlátozottság férfiaknál és nőknél hasonló arányú volt (8,1% illetve 9,1%) az enyhébb fokú korlátozottság a nőknél elterjedtebb.

Az ELEFT eredményei szerint, bár viszonylag sokan ítélik jónak az egészségi állapotukat, minden korábbi vizsgálatnál magasabb (69%) azoknak az aránya, akik valamilyen krónikus betegségről, vagy hosszan tartó egészségi problémáról számolnak be. A korábbi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan 2009-ben is a nők között elterjedtebbek a betegségek (72,8%), mint a férfiak között (64,6%). E betegségek egy része azonban nem okoz akadályoztatást a mindennapi életvitelben. A korábbi eredményekhez hasonlóan a leggyakoribb egészségügyi problémák közé tartozik a magas vérnyomás, a mozgásszervi és a szív- érrendszeri betegségek (ELEFT 2009).

Az OLEF vizsgálat eredményeihez hasonlóan az ELEFT vizsgálatból is a mozgáskorlátozottság igen magas aránya derül ki. A teljes mintára vonatkozóan a férfiak 10% és a nők 17%-a nehezen vagy alig tud segédeszköz vagy segítség nélkül 500 métert megtenni, a 65 éven felüli népességben pedig ez az arány már eléri a 43%-t.

Az egészséget veszélyeztető tényezők közül az ELEFT adatai is a túlsúlyosság magas arányára utalnak. A 15 évesnél idősebb magyar népesség 53,7%-a tekinthető túlsúlyosnak a testtömeg index adatok alapján, a felnőttek egyötöde pedig kifejezetten

elhízott³. A túlsúly és az elhízottság a férfiaknál gyakoribb probléma, mint a nőknél (60,9% illetve 50%). A nemek közötti különbség elsősorban fiatal korban ragadható meg, amikor a nők körében még fele annyi a túlsúlyosok aránya, mint a férfiak között. Az életkor előrehaladtával azonban a nők között a túlsúlyosok aránya megháromszorozódik, és 65 év felett már majdnem olyan arányban túlsúlyosak a nők, mint a férfiak. Figyelemre méltó, hogy míg fiatal korban a túlsúlyosok aránya nem változott az elmúlt 10 évben, addig az idősebb korcsoportokban nőtt a túlsúlyosság (2. tábla).

2. táblázat - A túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya nemenként és korcsoportonként, %

év	18-34	35-64	65-
férfi			
2000 OLEF	42,0	64,8	61,3
2003 OLEF	42,1	66,1	68,7
2009 ELEF	41,1	69,8	69,8
nő			
2000 OLEF	22,5	56,4	59,4
2003 OLEF	22,4	57,3	61,1
2009 ELEF	21,3	57,3	65,9

(ELEF 2009:6)

Feladatok

- Melyek azok a fontosabb mutatók, amelyekkel egy társadalom egészségi állapota leírható?
- Milyen megállapítások fogalmazhatóak meg a mortalitási és a morbiditási adatok alapján a magyar népesség egészségi állapotával kapcsolatban?
- Melyek azok a főbb betegségcsoportok, amelyek a leginkább meghatározzák a lakosság egészségi állapotát?

Ajánlott irodalom

- [1] Józán, P. *Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon. Műhelytanulmányok.* 2008. MTA Társadalomkutató Központ. Budapest. 126.
- [2] KSH (2005): *Társadalmi helyzetkép.* 2007. KSH. Budapest.
- [3] Monostori, J., S. Molnár, E., és Spéder, Zs.. *Demográfiai portré 2009.* Jelentés a magyar népesség helyzetéről. 2009. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet. Budapest.
- [4] Vitray, J., Mihalicza, P., Kolosi, T., Tóth, I. Gy., és Vukovich, Gy.. *Egészségi állapot. in: Társadalmi riport 2006.* 2006. TÁRKI. Budapest. 138-150.

³ A testtömegindex (BMI) a testsúly és a testmagasság arányát fejezi ki. A kg-ban számított testtömeget osztják a méterben mért testmagasság négyzetével. Az ELEF a BMI érték alapján túlsúlyosnak a 25-29,99 közötti értékkel rendelkezőket, elhízottnak pedig a 30 vagy nagyobb értékűeket tekintette.

4. Különböző egészségkárosító magatartások változó megítélése – történeti áttekintés

A fejezet bemutatja, hogyan változott egyes szerfogyasztó magatartások megítélése a történelem során. Megismerteti azokat a funkciókat, amit ezek a viselkedések különböző időszakokban betöltöttek. Bemutatja, hogy a bizonyos időszakokban problémásnak, deviánsnak vagy betegségnek tartott viselkedéseket kultúráktól és történelmi koroktól függően tekinthették normális, elfogadott viselkedésnek és lehettek normákat sértő, a társadalom befolyásolási szándékát kiváltó viselkedések is.

A fejezet főbb témakörei:

- Az egészségkárosító magatartások, mint normális, elfogadott viselkedési formák.
- A fogyasztást befolyásolni kívánó törekvések kezdete
- A XX. század szabályozási törekvései
- Az ezredforduló normalizációs folyamatai

4.1. Egységkárosító magatartások, mint elfogadott, normálisnak tartott viselkedési formák

Az alkohol és a kábítószeres fogyasztása több évezrede jelen van az emberiség életében. Az alkoholfogyasztásra vonatkozó első emlékek 10 ezer évre nyúlnak vissza. Alkoholtartalmú italt bármilyen növényből megpróbáltak készíteni az emberek, ami éppen elérhető volt. Az első italok feltehetően a mai sörhöz hasonlóak, vagy mézből készült italok voltak. A bor előállítása valamivel később válik ismertté, de szintén legalább 5-6000 éves múltra tekint vissza. A Biblia a bor felfedezését Noénak tulajdonítja és a borfogyasztás számos pozitív tulajdonságát említi. A Tóra pedig a borról, mint Isten ajándékáról ír (Anderson, Baumberg 2006).

A mai kábítószereseket szintén több ezer éve ismeri és használja az emberiség. Az ópiumot például már az időszámítás előtt 4000-ben használták a sumérok, és nem sokkal később az egyiptomiak is, időszámítás előtt 2000-re pedig Görögországban is elterjedt. Az indiai kender pedig ismerték időszámítás előtt 3000-ben.

A dohányt is meglehetősen régóta ismeri az emberiség. Mexikóban és Brazíliában már az időszámítás előtti 500-ban termesztették. Tudunk arról, hogy a maják és az aztékok nádszázból szívták a füstjét (Marék 1970).

A különböző pszichoaktív szerek elterjedéséhez jelentős mértékben hozzájárultak azok a *különböző funkciók*, amelyeket az évezredek során betöltöttek. Az alkoholt és a kábítószereseket is használták *szakrális célokra*. Az alkohol fogyasztása nemcsak fontos szerepet tölt be a keresztény egyházak szertartásaiban, de ennek köszönhetően a bortermelés elterjedésében is jelentős szerepet játszott a kereszténység terjedése az ókori Római Birodalomban (Anderson, Baumberg i.m.). Az ópium használat terjedésében fontosnak tartják az iszlám vallást, amely az alkoholfogyasztást tiltva, de az ópiumhasználatot engedve, hozzájárult ahhoz, hogy az ópiumot használó zarándokok közvetítésével Mekka az ópium használat és az ópium elosztás egyik központja legyen a X. században. A légyölő galócát, ami az egyik legelterjedtebb varázs gomba, Szibériában használták a sámánok, szertartásaik részeként. Más leírások szerint a meszkalint tartalmazó peyotl kaktuszt a tarahumara indiánok félistennek, a nap ikertestvérének tekintették (Bayer 2000:338). A peyotl kaktusz rituális fogyasztása a perui indiánok körében is elterjedt volt már 3000 évvel ezelőtt. A kínaiak a cannabist használták a szellemvilággal való kapcsolatteremtésre (Bayer i.m.:289). A maja és azték papok a nikotin részegítő hatását isten közelségének tartották. Jól ismert a békepipa rituális célú használata az indiánkultúrában (Marék 1970).

Másik lényeges funkció, ami hozzájárult a pszichoaktív anyagok terjedéséhez az *energiapótló hatás*, amely a szerek használatát gyakran az étkezés helyettesítőjévé is tette. Talán legismertebb az alkohol energiapótló hatása, amely feltehetően hozzájárult a hazai reggeli pálinka ivás elterjedéséhez. A kokalevél rágása eredetileg a fáradtság-, éhségcsökkentő,

stimuláló hatása miatt terjedt el az inkák körében. A kínai ópiumszívás 17. századi elterjedésében is fontos szerepet tulajdonítanak az ópium éhségcsökkentő szerepének (Blum és társai 1970). Indiában pedig az idősebb férfiak használták fontos erősítőszerként, geriátricumként (Bayer i.m.).

Bár az alkohol *étkezést kiegészítő, folyadékpótló szerepe* mindig fontos volt, különös jelentőséget kapott ez a funkció a középkori Európában, amikor a fertőzött vizek miatt a folyadékfogyasztás szinte kizárólagos formája a sör vagy a bor fogyasztása volt. Ráadásul az alkohol eltartható és szállítható is volt, ami tovább növelte fontosságát a folyadékfogyasztásban (Elekes 2004).

Szinte valamennyi ma ismert tiltott drogot és az alkoholt is használták és használják *gyógyítási célokra* (Mäkela 1983). Bár az alkoholnak a gyógyításban való alkalmazása a mai napig nem tűnt el, voltak évszázadok, amikor a tömény italt szinte csak gyógyító hatása miatt alkalmazták. Erre utal, a sok nyelven elterjedt aqua vita (élet vize) elnevezés, és az a furcsa tény, hogy amikor Norvégiában betiltották a tömény italok fogyasztását, a spanyol influenzajárvány idején engedélyezték a háztartásonkénti fél liter tömény vásárlását, a járvány megfékezése érdekében (Anderson és Baumberg 2006). Mäkela (1983) szerint különösen elterjedt volt az alkohol használata a hadi gyógyászatban, nyugtató, érzéstelenítő, fertőtlenítő, vérkeringést serkentő hatása miatt.

A kábítószeresek közül talán legismertebb és legerjedtebb az opiátok gyógyászati célú felhasználása, amit nemcsak napjainkban használnak fájdalomcsillapító, érzéstelenítő vagy köhögéscsillapító szerként, hanem már Hippokratész írásából is egyértelműen kitűnik az ópium gyógyászati jelentősége. Később az ázsiai társadalmak a gyomorfertőzések fontos ellenszereként használták. Bayer szerint: „a XVI. századi Indiában az „egyszerű” nép körében is elterjedt az a szokás, hogy napjában egyszer-kétszer ópiumos vizet igyanak, vagy egy-két opiumpilulát nyeljenek le” (i.m.: 95). A cannabis gyógyászati alkalmazásának első leírása i.e. 2737-ből származik, és ismert tény, hogy napjainkban is használják orvosi rendelvényre is fájdalomcsillapító hatása miatt.

Európába való bekerülése után, a XVI-XVII. században a dohányt is gyógynövénynek tekintették, és fontos gyógyászati funkciót tulajdonítottak neki. Sokszor tekintették a szemlélődés, vagy az elmélyedés egyik fontos kellékének (Bíró 2008).

Végül a pszichoaktív anyagok használatának mindig fontos funkciója volt, és talán ma a legerjedtebb funkciója az *ünneplés és a relaxálás*. Ahogy ma az emberek baráti összejöveteleken, ünnepekkor alkoholt fogyasztanak, vagy a fiatalok a hétvégi szabadidős programok részeként gyakran használnak valamilyen tiltott szert, úgy használták ezeket a szereket korábbi korok emberei is ünnepi alkalmakkor.

4.2. A fogyasztás befolyásolására irányuló törekvések

A fogyasztás befolyásására irányuló törekvések majdnem olyan régiak, min maga a fogyasztás. Különösen igaz ez az alkoholra, amely meglehetősen korán kiváltotta a befolyásolási szándékot. Időszámítás előtti 2500-ból származó írások már a túlzott borfogyasztásból eredő problémákról számolnak be, sőt ugyanebből az időszakból származnak az első borfogyasztás korlátozására irányuló törekvésekről szóló ismereteink is (Blum és társai 1970). Hamurabi törvénykönyve i.e. 1700-ban az alkohol *hamisítását* tiltotta. A Tóra, bár mint korábban volt szó róla Isten ajándékának tekintette az alkoholt, arra is felhívja a figyelmet, hogy a *túlzott* alkoholfogyasztás tudatvesztéshez és erőszakos cselekedetekhez vezethet. Az ókori Görögországban pedig a rabszolgák számára határozottan tiltott volt az alkoholfogyasztás (Anderson és Baumberg 2006).

Az alkohol okozta problémák korlátozásának viszonylag korai megjelenése ellenére, a pszichoaktív szerek fogyasztása befolyásolandó társadalmi problémaként, normasértő viselkedésként szélesebb mértékben először csak a XVII-XIX században jelenik meg, elsősorban protestáns országokban

A dohányzás visszaszorítására irányuló törekvések először I. Jakab nevéhez kötődően a XVII. századi Angliában tűnnek fel. Bár I. Jakab dohányzás elleni heves fellépésének motívumai nem teljesen egyértelműek, a király a dohányzást a szifiliszhez hasonlóan a „barbár indiánok ajándékának” tekinti, amely használata során a férfiak „elsatnyulnak”. A dohányzásnak korábban tulajdonított gyógyhatására alapozva kijelenti, hogy egészséges ember gyógyszert nem szed. Azonban már Jakab idejében is összeütközésbe kerül a dohányzás elutasítása a dohányzásból befolyó jövedelmek nagyságával, és így csak az angol gyarmatbirodalmon kívüli dohányokra vonatkoztak a tiltó rendelkezések (Bíró 2008).

A XIX. században ismét Anglia a dohányzás elleni „küzdelem” központja. A 30-as években megjelennek az első dohányzás ellenes mozgalmak, 1868-ban pedig a világon először Angliában kezdenek el *nem dohányzó vasúti kocsik* közlekedni.

Az alkoholfogyasztás *társadalmi problémaként* való megjelenése is a XVIII. századra tehető annak ellenére, hogy amint azt már említettük, bizonyos korlátozási törekvések, amelyek elsősorban a lerészegedésre irányultak, korábbi időszakokban is fellelhetőek. Az alkoholfogyasztás *problémaként* történő megfogalmazódása a XVIII században nemcsak a fogyasztás igen magas szintjével magyarázható, hanem elsősorban a kapitalizálódással, az ipari társadalmak kialakulásával, amely megkövetelte a munkaerő hatékonyságának megőrzését (részegen nem lehet dolgozni) a munkáltató és a munkavállaló oldalán egyaránt.

Az alkohol *probléma* megfogalmazódása az 1830-as évektől kezdődően a *Józsáagi mozgalmakhoz*¹ kötődik, amely mozgalmak Európában és Észak-Amerikában – országonként különféle elterjedtséggel – egyaránt megjelentek. A Józsáagi mozgalmak elsősorban *erkölcsi, morális kérdésnek* tekintik az alkoholfogyasztást, és a *teljes absztinenciát* hirdetik.

Bár a Józsáagi mozgalmak először a társadalmak elit csoportjaiból indulnak el, időnként saját alkoholfogyasztásuk korlátozását tűzve ki célul, tevékenységük gyakran irányul a kevésbé privilegizált társadalmi csoportok felé, az alkoholt, mint minden társadalmi probléma legfőbb okát megjelenítve. A Józsáagi mozgalmak elsősorban Észak-Amerikában és a Skandináv országokban játszottak különösen erős szerepet, ahol a munkásmozgalmakkal is szorosan összekapcsolódtak. Az angol-nyelvű országokban a józsáagi mozgalmak a nőmozgalmak szerveződéséhez, öntudatosulásához is hozzájárultak. A XIX. század végén jelentős józsáagi mozgalmak jelennek meg Németországban, Hollandiában, Svájcban és néhány kelet-európai országban is. Ugyanakkor Olaszországban, Franciaországban és általában a dél-európai országokban a józsáagi eszmék csak igen szűk körben terjednek. A józsáagi mozgalmak tehát inkább jellemzőek a protestáns országokra, mint a katolikusokra, és erősebbek a töményt fogyasztó országokban, mint a bort fogyasztó országokban (Barrows és Room 1991: 28.).

A XIX. század közepén, új orvosi terminológiaként is megjelenik az *alkoholizmus* fogalma a lerészegedés meghatározására. Az alkoholizmus *betegségkoncepciójának* megjelenését, és a kifejezetten alkoholproblémára irányuló *szociológiai kutatások* kezdetét az 1930-as évek végéhez, a negyvenes évek elejéhez és E. M. Jellinek nevéhez kötik (Fillmore 1988).

Az alkoholizmus betegségkoncepciójának elfogadottá válása az ötvenes, hatvanas években mindenképpen azzal a jelentőséggel bírt, hogy *mérsékelte az alkoholprobléma kriminalizálását, illetve morális elítélését, és hozzájárult az alkoholbetegek kezelésének kiépüléséhez.* Ugyanakkor leszűkítette a problémát az alkoholbetegre, a kialakult függésre és az alkohol okozta fizikai problémákra.

A hetvenes évek változást hoznak az alkohol probléma megítélésében. Bruun és munkatársai nevéhez kötődően megjelenik a *„teljes fogyasztási modell”* és a *„problémás ivás”* koncepciója. A teljes fogyasztási modell szerint a *nagyivás vagy problémás alkoholfogyasztás és a társadalom összes alkoholfogyasztása között összefüggés van* (Bruun és társai 1975). Azaz, ha a problémás fogyasztást mérsékelni akarjuk, akkor az egész társadalom alkoholfogyasztását mérsékelnünk kell. Másrészt ahhoz, hogy a problémás alkoholfogyasztást megismerjük, a teljes társadalom fogyasztási szokásait kell ismernünk. A „problémás ivás” koncepció a korábbi betegség koncepcióval szakít. Abból indul ki, hogy az alkoholtól való függőség csak kis részét képezi az alkohollal összefüggő problémáknak, és a betegségkoncepció *a probléma megoldását kizárólag a medicina hatáskörébe utalja.* Ugyanakkor az alkohol nem csak a fogyasztó betegségét okozhatja, hanem a fogyasztó és szűkebb-tágabb környezete számára számos egyéb jogi, és szociális probléma okozója is lehet. Így a hetvenes évektől kezdődően, elsősorban a szociológiában egyre inkább elterjed az „alkoholizmus” mellett a „problémás ivás” fogalmának használata (Knupfer 1967 idézi Fillmore 1988: 101).

A kilencvenes évektől kezdődően egyre gyakrabban jelennek meg azok a megközelítések, amelyek vagy kétségbe vonják az összes fogyasztás és a problémás fogyasztás kapcsolatát, vagy alacsony hatékonyságúnak tartják az összes fogyasztás befolyásolására való törekvéseket. Egyre több kutatási eredmény bizonyítja, hogy nem feltétlenül az ivás mennyisége vagy gyakorisága, hanem inkább az *ivás módja, körülményei, kulturális beágyazottsága* a meghatározó a problémák kialakulásában (Skog 1999, Mäkelä és társa 2003, Kraus és társai 2003). E megközelítés szerint nem *általában* az alkoholfogyasztásra kell helyezni a hangsúlyt, hanem a *veszélyes fogyasztási módokra és helyzetekre* kell a kutatóknak és az alkoholpolitikának koncentrálni (Norström 1995).

¹ Az eredeti angol elnevezés szerint „Temperance Movement”, amely a magyar irodalomban különböző fordításokban szerepel.

A kábítószer-fogyasztás szabályozására vonatkozó első büntetőjogi törvények a 16. században születnek meg Angliában, ezek a korlátozások azonban még csak a *nyilvános helyen történő intoxikáció korlátozására* irányultak. Történetek kísérletek a 19. században is bizonyos drogok használatának korlátozására, ezt azonban az egyéni szabadságjogokra hivatkozva újra és újra visszautasították (Bonnie 1975). A kábítószerhez való viszony igazán a huszadik század elején változott meg az USA-ban, amikor megszülettek az első, ópiumellenes törvények. E kezdeti törvényeket a *kínai bevándorlás elleni kampány* fontos részeként szokták emlegetni (Morgan 1978). Az USA-ba nagy számmal beáramló olcsó kínai munkaerő erőteljesen veszélyeztette az őslakosok egyébként is romló munkaerő-piaci helyzetét, ami különösen a nyugati partvidéken erős kínai-ellenességet eredményezett (Saper 1974). Az első ópiumellenes törvény 1890-ben születik, amely a fogyasztást és tartást nem korlátozza, de előírja, hogy *ópiumot csak amerikaiak állíthatnak elő*.

1909-ben szövetségi törvény születik, majd az ópiumkereskedést és forgalmazást korlátozó 1912-es Hágai Ópium Konvenció után 1914-ben megszületik a „Harrison Act”, amely előírta a drogtermelők és forgalmazók regisztrálását, adókötelessé tette a drogkereskedelmet, és a vásárlást orvosi recepthez kötötte (Saper 1974). Az első marihuána ellenes törvény 1936-ban születik (Marihuana Tax Act), amely a Harrison Act-hoz hasonlóan a forgalmazás korlátozását és a fogyasztás tiltását is szolgálta.

A XX. század közepétől további nemzetközi egyezmények szabályozzák a kábítószer előállítását, kereskedését és fogyasztását. Itt csak a két leglényegesebbet említjük, az *1961. évi Egységes Kábítószer-egyezményt* és a szerek körét kiterjesztő *1971. évi Pszichotrop anyagokra vonatkozó egyezményt*. Ezek alapján „csak gyógyászati és tudományos célra szolgáló kábítószer használata indokolt és megengedett. Az egyéb célra történő felhasználás, mivel mind az egyén, mind a társadalom számára rendkívül veszélyes, ezért tilos, és mint ilyen, minden állam közös érdeke, hogy a visszaszorítás érdekében a lehetséges és szükséges intézkedéseket tegyék” (Nagy és Lovass 1985:88).

Összességében az alkohol, a kábítószer és a dohányzás szabályozásának története azt mutatja, hogy igazán átfogó, jogszabályokban is megfogalmazódó szabályozási szándékkal igazán csak a XX. században találkozunk, részben az első alkoholtilalmak, részben pedig az első kábítószer-ellenes törvények formájában. Ez azt is jelzi, hogy *az évszázadokon, vagy évezredekken át „normálisnak”, elfogadottnak tartott viselkedési formák a XX. századra deviánssá, normasértővé váltak*.

4.3. A befolyásolás lehetséges indítékai

A XX. században felerősödő befolyásolási szándéknak *egyik lehetséges magyarázata a fogyasztás terjedése*. Az alkohol és drogprobléma története azonban azt mutatja, hogy a fogyasztás elterjedtsége és a befolyásolási szándék nem mindig járt együtt. Míg a múlt század húszas éveiben, számos országban inkább a prohibíciós alkoholpolitika érvényesült, addig a második világháborút követő időszakot jellemző *nagymértékű alkoholfogyasztás növekedés liberálisabb alkoholpolitikával társult*. Az elsősorban nagy alkoholfogyasztással jellemzett dél-európai országokban, a hetvenes években elkezdődött fogyasztás csökkenést pedig több szakember szerint *csak követte* a fogyasztást korlátozó alkoholpolitika (Andorka 1994, Room 2004, Prina F., Allaman, A. 2007).

Egy másik elterjedt értelmezés szerint a társadalom drogfogyasztásra való reagálása mögött gyakran valamilyen *más, a drogtól független társadalmi probléma vagy érdek* húzódik meg (Andorka 1994, Room és Mäkelä 2000, Elekes 1993). Ilyen lehet az ópiumot termelő kínai bevándorlók visszaszorításának szándéka a XX. század eleji USA-ban, a gyakran gazdasági érdekekkel magyarázott liberális alkoholpolitika a rendszerváltó országokban (Moskalewicz és Simpura 2000), vagy az egyéni autonómia és az állami beavatkozás közötti konfliktus (Szász 2001).

A különféle szerek fogyasztásának problémakénti érzékelését számos kutató köti e szerek szimbolikus jelentéséhez, illetve ahhoz, hogy mikor, kik voltak a tipikus fogyasztók. Room (2004) szerint a különböző pszichoaktív szerek használata vagy nem használata különböző, koronként *változó szimbolikus jelentéssel bír*, amely a fogyasztás eltérő megítélését eredményezi. A preindusztriális társadalmakban a pszichoaktív szerek használata gyakran csak a vagyonos, hatalommal rendelkező emberek privilégiuma volt, így használatuk a magasabb társadalmi státus jelezhetette. Az orosz cári udvarban például, egyes pszichoaktív szerek használata a hatalom és a luxus szimbóluma volt, fogyasztásuk pedig pozitív megítélést kapott. Azonban nemcsak a drog fogyasztása, hanem *nem* fogyasztása is kaphat szimbolikus jelentőséget. A XIX. századi angol munkásság számára az absztinencia volt a követendő példa, ami a törekvő, szorgalmas, családjáért gondot viselő

ember jellemzője volt és az alkoholfogyasztás erőteljes morális elítélését eredményezte (Room i.m.). Bíró (2008) szerint a dohányzás megítélésében kapott meghatározó szerepet az, hogy hol, mikor, kik terjesztették el a dohányzás szokását. A XIX-XX. század fordulóján például a dohányzó nőt prostituátnak, művésznek vagy leszbikusnak tekintették, a kacérsággal és az erkölcstelenséggel azonosították. Bíró ugyanakkor úgy véli, hogy a hazai dohányzás nagymértékű elterjedéséhez jelentősen hozzájárult az a „politikai dohányzás”, amely a különböző társadalmi csoportok egységét, azonosságát volt hivatva szimbolizálni.

A különböző szerek fogyasztásához kötődő szimbolikus tartalmak különös jelentőséget kaptak a XX. században, a fiatalkori szerfogyasztásban. Room és Sato (2002) szerint *az alkohol és más drogok fogyasztása, vagy nem fogyasztása lényeges szerepet tölthet be a fiatalok különböző kulturális és társas közösségeinek definiálásában*. Az alkohorról és más drogokról megszerzett ismeretek a fiatalok kulturális tőkéjének részét képezik. E kulturális tőke értékét növeli, hogy olyan ismeretek birtoklását jelenti, amit a felnőtt világ elutasít, vagy tilt (legális kor alatti alkoholfogyasztás, vagy tiltott szerfogyasztás). Room (2001) szerint a pszichoaktív szerhasználat a tinédzserek és fiatal felnőttek számára az autonómia és az érettség elfogadtatása iránti igény megnyilvánulása mellett, a különböző társadalmi csoportokhoz való tartozást, és elsősorban a felnőtt világtól való elkülönülést is kifejezi. Azaz, a fiatalok szerfogyasztásában egyaránt megnyilvánul a felnőtt világba tartozás vágya, és *a felnőtt világ normáival való szembefordulás*, kiváltva ezzel a társadalom szabályozási szándékát.

4.4. A deviáns normalizálódása

A huszadik század vége azt mutatja, hogy mindenféle korlátozó/tiltó politika ellenére a fiatalkori pszichoaktív szerfogyasztás jelentős mértékben nőtt, megítélése pedig változóban van.

A kilencvenes években a fiatalok *tiltott és legális szer fogyasztásának jelentős mértékű terjedése* figyelhető meg (Masham 2004, Plant és Plant 2006, Järvinen és Room 2007). A megnövekedett fogyasztás egyben *a fogyasztási formák átalakulásával, a problémásabb fogyasztási formák terjedésével* is együtt járt. Järvinen és Room (i.m.) a „lerészegedés új kultúrájáról”, „pszichoaktív forradalomról” és általában a *veszélyes fogyasztási formák elterjedéséről* ír a kilencvenes évek fiataljai körében.

A fogyasztás terjedését értelmező irodalom egy része a kockázathoz és a fiatalkorhoz való viszony változásával próbálja magyarázni a növekedést. Ez a megközelítés Beck elméletéből kiindulva azt mondja, hogy a felnőtt társadalmak *megváltozott kockázat értelmezése* következtében a fiatalok számára is egyre bizonytalanabbá válik a helyes-nem helyes, veszélyes–nem veszélyes magatartások közötti határ (Beck 2003). A kockázat átértékelődése, a kockázat megváltozott kezelése olyan időszakban következik be, amikor az ifjúsági életszakasz meghosszabbodása következtében *a fiatalok körében a felnőtt társadalomhoz képest is erősödő individualizáció, a szabadidő eltöltésének és a fogyasztás jelentőségének a megnövekedése* figyelhető meg (Gábor 2004, Vaskovics 2000, Zinnecker 2006).

Míg az előbbi gondolatkör lényege a *kockázathoz és a fiatalkorhoz való viszony megváltozása*, addig az elmúlt két évtized szakmai gondolkodásában egyre erőteljesebben jelen van egy olyan megközelítés, amely *a fogyasztáshoz való megváltozott viszony* alapján próbálja értelmezni a fiatalkori szerhasználat egyre nagyobb arányú elterjedtségét. *Eszerint, a kilencvenes évekre önálló fogyasztóvá vált, kockázatkereső fiatalok szabadidős tevékenységének, fogyasztási szokásainak elfogadott, normális részévé vált, normalizálódott a pszichoaktív szerek használata*. Az elfogadottság jelei nemcsak a fiatalok körében, hanem a társadalom szélesebb rétegeiben is fellelhetőek (Parker, Aldridge, Measham 1998, Parker, Williams, Aldridge 2002, Parker 2005).

Az eredetileg stigmatizált, hátrányos helyzetben lévő személyek visszailleszkedésére kitalált „normalizáció” fogalmat Parker és munkatársai a brit társadalom nem stigmatizált, rekreációs droghasználóira adaptálták, *a normalizációt a társadalmi viselkedési formák értelmezésében, megítélésében végbemenő változásként értelmezve*. A dohányzás például a huszadik században normalizált viselkedés volt. A dohányzókat tolerálták a nem dohányzók, a dohányzás jelen volt minden társadalmi-gazdasági csoportban, és mindkét nemre egyaránt jellemző volt. A XXI. század változást hoz a dohányzás megítélésében, a dohányzókat egyre kevésbé tolerálják, a szociális terük egyre inkább leszűkül, és a dohányzás egyre stigmatizáltabb, anti-szociálisabb viselkedésnek minősül. Parker és munkatársai szerint a rekreációs droghasználatban éppen a dohányzással *ellentétes* folyamat tanúi lehetünk: a rekreációs droghasználat stigmatizált, deviáns viselkedésből egyre elfogadottabb viselkedéssé, a mainstream ifjúsági kultúra részévé válik. A normalizáció folyamatát az egyre könnyebb

hozzáférésben, a drogokat kipróbálók és rendszeresen használók arányának növekedésében, a drogokat használók és nem használók egyre elfogadóbb attitűdjében, és a tiltott szerek média és a felnőtt társadalom általi kulturális elfogadottságában vélik felfedezni.

A normalizáció koncepciójával szembeni kritikák egy része azt veti fel, hogy a normalizáció folyamata elsősorban olyan országokban figyelhető meg, amelyekben a fogyasztás széles körben elterjedt (Shildrick 2002). Más kutatások arra utalnak, hogy a normalizáció különböző jellemzői megragadhatóak olyan országokban is, ahol a pszichoaktív szerek használata sokkal kevésbé gyakori. Svéd kutatások azt mutatják, hogy a droghasználókat egyre inkább normál, beilleszkedett állampolgároknak tekintik, és a droghasználók egyre kevésbé különböznek társadalmi-gazdasági téren a drogot nem használóktól (Sznitmann 2007). Kuntsche (2004) svájci kutatások alapján szintén arra a következtetésre jut, hogy a rekreációs droghasználat (beleértve az alkoholfogyasztást, dohányzást és egyéb droghasználatot) egyre inkább a fiatalok normalizált szabadidő eltöltési formájává válik. Mások arra hívják fel a figyelmet, hogy csak *bizonyos drogok* használata normalizálódik, és a *fiatalok bizonyos csoportjai számára* (Shildrick 2002).

A normalizáció körüli viták a 2000-es években folyamatosan jelen vannak a droggal foglalkozó szakmai gondolkodásban. A kritikák ellenére, jelentőségét abban ragadhatjuk meg elsősorban, hogy megpróbálja értelmezni a fiatalok pszichoaktív szerhasználatában, a kilencvenes években, egész Európában bekövetkezett növekedést, és a szerhasználattal kapcsolatos társadalmi megítélés változását. Ugyanakkor egyfajta lehetséges választ ad más, „normál” fiatal népesség körében végzett kutatások eredményeire is. Így például kutatások sorozata bizonyítja, hogy a fiatalok társadalmi-gazdasági háttere alig, vagy egyáltalán nem befolyásolja szerhasználatukat, azaz a rekreációs szerhasználat nem köthető hátrányos helyzetű, marginalizálódott csoportokhoz, hanem *a fiatalok minden társadalmi rétegében fellelhető* (Room 2007, Ahlström és társai, 2008, Parker és Williams 2003, Measham 2002). Measham (2002) szerint *a nemek közötti különbségek csökkenésében is egyfajta normalizációs folyamat ragadható meg*. Míg korábban a nők/lányok drogfogyasztása inkább kötődött szubkultúrákhoz, marginalizálódott csoportokhoz, a „rossz”, „szánalomra méltó”, „kontrollálatlan”, „drogfüggő” minősítésből a kilencvenes évek Angliájába elterjedt viselkedéssé vált, sőt az ivás és a tiltott szer használat a nők számára nőiességük erősítésének és kiemelésének is eszköze lett.

Parker és társai (1998) szerint a normalizálódásnak lehet természetes következménye a fogyasztás növekedésének megállása, megváltozása. Szerintük a normalizálódás egyik jele a könnyű hozzáférés, amely eredményezheti azt is, hogy *mindenki, aki ki akart próbálni egy adott szert, már kipróbálta azt*. Az a változás, ami a különböző pszichoaktív szerekhez, és a szerek fogyasztásához való viszonyban végbement, *változásokat hozott a különböző szerekhez kötődő szimbolikus tartalmakban is*. A dohányzás esetében határozottan megragadható a szimbolikus tartalom megváltozása, amely egy korábban elfogadott, gyakran pozitív tartalommal bíró viselkedési formát mára egyértelműen *a stigmatizált, antiszociális viselkedések közé szorított* (Parker és társai 1998.), vagy egyenesen *kriminalizált* (Bíró 2008). Amíg a marihuána használat kevésbé normalizálódott, sőt a felnőtt világ által elítélt viselkedési forma volt, addig szimbolizálta a felnőtt világtól való elkülönülést, az azzal való szembefordulást, a különböző ifjúsági kultúrákhoz való kötődést. *A normalizálódott marihuána elveszítette ezt a szimbolikus tartalmát*, és csökkent a jelentősége a fiatalok öndefiniálásában, a felnőtt világtól való elkülönülésében.

Az alkoholfogyasztás elterjedt és elfogadott a felnőtt világban. Európában az elmúlt századokban soha nem a felnőtt világtól való elkülönülést, az azzal való szembefordulást szimbolizálta, legfeljebb a fogyasztás bizonyos formái fejezték ki a felnőttek szokásaival való szembefordulást. *A fiatalok alkoholfogyasztásában mindig fontosabb szerepet játszott az, hogy a felnőttek világába való átlépést szimbolizálta*. Azaz az alkohol, a marihuánától és más tiltott drogoktól eltérően, nem a felnőtt világtól való elhatárolódást, hanem éppen ellenkezőleg, az *oda való tartozást jelképezi*. Ezért, ha beszélhetünk az alkoholfogyasztás normalizálódásáról abban az értelemben, hogy a nagyívás, vagy akár a lerészegedés a fiatalok normális szabadidő eltöltési formáinak a része lett, olyan része, amelyet a felnőtt társadalom mindig jobban elfogadott, mint a tiltott szerfogyasztást, ez a fajta normalizálódás semmiképpen sem eredményezte az alkoholfogyasztás szimbolikus tartalmának az elvesztését. Az alkohol továbbra is megmaradt az önálló fogyasztóvá válás, a felnőtt társadalomba való belépés egyik jelképeként.

Összességében tehát az egészségkárosító magatartások olyan viselkedési formák, amelyek – koronként és kultúránként eltérő mértékig *társadalmilag elfogadott, vagy normakövető magatartási formák is lehetnek*, egy bizonyos szint után

pedig a viselkedés átbillenhet *normasértő, problémás viselkedéssé, vagy éppen betegséggé*. Az, hogy egy adott társadalom jogrendszere, ellátórendszere a fogyasztás mely formáira, módjaira terjeszti ki kontrollálási, befolyásolási szándékát, hol húzza meg a „normális” és a „problémás” határait erőteljesen hatással van arra, hogy a probléma mértékét milyennek látjuk, és arra is, hogy *milyen képet kapunk a társadalom által problémásnak tartott fogyasztókról*.

Feladatok

- Keressen példákat arra, hogy különböző, ma egészséget károsítónak tartott magatartások megítélése hogyan változott a történelem során.
- Milyen pozitív funkciókat töltött be az alkoholfogyasztás a történelem során?
- Milyen okokkal tudná magyarázni azt, hogy a kábítószer-fogyasztás a XX. századra törvény által büntetett viselkedéssé vált?

Ajánlott irodalom

- [1] Anderson, P. és Baumberg, B.. *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Commission*.. 2006 June. Institute of Alcohol Studies. UK.
- [2] Bíró, J.. *Dohányzéspolitika. A dohányzás diskurzusa és kontrollja. in: Addiktológia VI.1.*. 2008. 5-23.
- [3] Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R., Room, R., Schmidt, W., Skog, O-J., Sulkunen, P., és Österberg, E.. *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective Vol. 25.*. 1975. The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- [4] Järvinen, M. és Room, R.. 2007. Youth Drinking Ashgate Publishing Limited. Gower House, Hampshire.
- [5] Maesham, F.. *The decline of Ecstasy, the Rise of Binge drinking and the Persistence of Pleasure in: Journal of Community and Criminal Justice, 51(4)*. 2004. 309-326.
- [6] Moskalewicz, J. és Simpura, J.. *Alcohol and Alcohol Policy in Eastern European Transitions. Journal of Substance Use 2000. 5.* 2000. 30-38.
- [7] Parker, H., Aldridge, J., és Maesham, F.. *Illegal leisure. The normalization of adolescent drug use*. 1998. Routledge, Taylor and Francis Group. London, New York. 177.
- [8] Room, R.. *Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. in: Addiktológia, 2007, 3.* 2007. 232-254.
- [9] Room, R. és Mäkelä, K.. *Typologies of the Cultural Position of Drinking. Journal of Studies on Alcohol 61.* 2000. 475-483.
- [10] Szasz, T.. *Szertartásos kémia*. 2001. Új Mandátum. Budapest. 240.

5. Az alkohol- és egyéb drogproblémák elterjedtségének mérési módszerei – közvetett indikátorok

A fejezet célja az alkohol- és egyéb drogprobléma mérésével kapcsolatos általános módszertani problémák bemutatása. Ismertetjük az alkohol- és egyéb drogproblémák fontosabb közvetett indikátorait, és az indikátorokkal kapcsolatos érvényességi problémákat.

5.1. Általános megfontolások

Az egészségkárosító magatartások epidemiológiai vizsgálatának, és az összegyűjthető információk értelmezésének egyik legfőbb korlátja az, hogy olyan viselkedési formákat próbálunk mérni, amelyek lehetnek tiltottak, vagy társadalmi elítélés alá eshetnek. Ez pedig a viselkedés rejtését, titkolását eredményezheti az érintettek, a környezetük és a velük foglalkozó intézmények részéről egyaránt.

A mérés kapcsán elsődleges kérdésünk az, hogy *mit, minek az elterjedtségét* mérjük.

Az alkalmazott indikátorok egyik csoportja a *fogyasztás mennyiségét, gyakoriságát* próbálja közvetett vagy közvetlen módon becsülni azt feltételezve, hogy a probléma mértéke, vagy a problémás fogyasztás az egyén szintjén, és makroszinten is valamilyen összefüggésben áll a fogyasztott mennyiséggel és a gyakorisággal. Az indikátorok másik nagy csoportja a *fogyasztás következményeit, a fogyasztásból eredő problémákat, a fogyasztás jogi, egészségügyi szociális következményeit* veszi számba, feltételezve azt, hogy bizonyos mértékű fogyasztás már feltétlenül felszínre kerül valamilyen probléma formájában. Egyrészt tehát feltételezzük, hogy a fogyasztás és a problémás fogyasztás között mérhető kapcsolat van, másrészt feltételezzük, hogy a problémás fogyasztás előbb-utóbb statisztikailag mérhető módon felszínre kerül. Mindkét összefüggés sokat elemzett, sokat vizsgált kérdése a szakirodalomnak. Mindkét összefüggés mérésére léteznek *makrostatisztikai módszerek*, és léteznek *survey módszerek*.

Az alkalmazott jelzőszámok másik csoportosítása már inkább a politika szempontjából lehetséges kezelési módokat tükrözi le, és ahogy megkülönböztethetőek kínálatcsökkentő programok, vagy politikák és keresletcsökkentő programok vagy politikák, ugyanúgy szokásos a keresletet kifejező indikátorok és a kínálatot kifejező indikátorok megkülönböztetése. Míg a *keresletet kifejező indikátorok* többsége azonos a fenti két csoportban említettekkel, addig a *kínálatot kifejező indikátorok* a hozzáférhetőséget próbálják mérni.

A továbbiakban az indikátorok bemutatásánál azt a csoportosítást alkalmazzuk, amely az *adatgyűjtés módját* képezi le. Ebben a fejezetben bemutatjuk az alkohol- és drogprobléma *közvetett indikátorokat*, azaz a makroszinten gyűjtött vagy gyűjthető statisztikákat, a következő fejezetben pedig megismerkedünk a különböző kérdőíves adatfelvételek során alkalmazott, *közvetlen indikátorokkal, mérési módszerekkel*.

5.1.1. Közvetett indikátorok

A közvetett indikátorok körébe tartoznak azok a statisztikai adatok, intézményi nyilvántartások, amelyek önmagukban, vagy különböző becslési módszerekkel alkalmasak a fogyasztás, vagy a fogyasztásból adódó problémák mérésére. (Hartnoll 1993)

Ezeknél az indikátoroknál két általános problémával kell számolnunk. Az egyik a becslés alapjául szolgáló alapadatok *belső érvényessége*, azaz mennyire megbízhatóak az adatok (hogyan történik pl. a halálozási adatok regisztrálása, mennyire pontosan vezetik a kórházi nyilvántartásokat stb.). A másik problémát elsősorban az jelenti, hogy ezeknek az indikátoroknak az alapján a *nyilvántartásba vétel kritériuma szerinti alkohol- és drogfogyasztókat* tudjuk számba venni. A különböző intézményekben nyilvántartottak száma két tényezőtől függ. Az egyik tényező a *minőség*, vagyis hol, milyen környezetben,

milyen jogi vagy erkölcsi normák alapján, kit tekintenek drogosnak, alkoholistának, ki az, akiről a környezet, vagy az adott intézmény úgy ítéli, hogy kezelésre, gondozásra, vagy éppen büntetésre szorul. Az intézményi adatokat befolyásoló másik tényező, az *ellátó hálózat fejlettsége*, illetve a problémához való viszonya. Ahol nem a szükségleteknek megfelelő a hálózat, vagy éppen kiépülőben van, vagy az intézmények attitűdje elutasító, az adatok nehezen alkalmazhatóak a változás mérésére. Különösen fontos ennek figyelembe vétele Magyarországon, ahol az intézményi adatok legalább annyira tükrözik az intézményi hálózat kiépülését, a probléma iránti változó figyelmet, mint a fogyasztás tényleges változását. A kérdés tehát az alkalmazott indikátorok *külsőérvényessége*, azaz mennyire megbízhatóak azok a becslések, amelyeket az adatok alapján a vizsgált jelenség elterjedtségének mérésére végzünk.

5.2. Az alkoholprobléma fontosabb közvetett indikátorai

5.2.1. Az egy főre jutó fogyasztás

Az alkoholprobléma egyik legrégebben használt és legelterjedtebb indikátora az *egy főre jutó alkoholfogyasztás* és az ezen alapuló becslés. Ennek alapján két kérdést szokás vizsgálni:

1. Mennyire fejezi ki az egy főre jutó alkoholfogyasztás önmagában is becsült adata a tényleges fogyasztást (belső érvényesség)?
2. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás adata mennyire alkalmas arra, hogy megbízhatóan következtetethessünk a mértékten, vagy problémás alkoholfogyasztás elterjedtségére, alakulására (külső érvényesség)?

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás *belső érvényességével* kapcsolatos legfőbb probléma az, hogy ez az adat önmagában is becsült, elsősorban termelési és eladási statisztikákon alapul. Azt az alkoholmennyiséget tudjuk számba venni, amelyről hivatalos információnk van. Az úgynevezett „*nem regisztrált alkoholfogyasztásról*” ezek az adatok nem tudnak információt adni. Azaz a hivatalos eladási statisztikák nem tartalmazzák az alábbiakat:

- a más országban elfogyasztott alkohol mennyisége,
- a más országban megvásárolt és hazavitt, saját országban elfogyasztott alkohol,
- a határátlépésekkor, vámmentes üzletekben vásárolt alkohol,
- az otthon készített, illetve illegálisan szerzett alkohol (Trolldal 2000)

A nem regisztrált alkoholfogyasztás méreteiről csupán néhány példát emelünk ki a WHO 1999. évi kiadványából (Global Status 1999). Eszerint Dániában 20 %-kal, Észtországban 25 %-kal, Finnországban 20 %-kal, Norvégiában egyharmaddal, Oroszországban 7,5 literrel, Szlovéniában 7-8 literrel növeli meg a nem regisztrált fogyasztás az egy főre jutó összes regisztrált fogyasztást.

A nem regisztrált alkoholfogyasztás mértéke hosszú ideig nem tűnt problémának Magyarországon, feltételezhető volt, hogy ennek egy része jól becsülhető, más része pedig nem befolyásolja jelentősen az egy főre jutó fogyasztás mennyiségét. A kilencvenes években azonban már valószínűsíthető volt, hogy a nem regisztrált alkoholfogyasztás mennyisége jelentősen megnőtt. Köszönhető ez részben a határok átjárhatóságának, a megnövekedett idegenforgalomnak, és feltételezhető az is – bár erre konkrét adat nincs –, hogy jelentősen megnőtt a feketekereskedelem szerepe, illetve a házi szeszfőzés aránya.

A WHO 1995-re Magyarországról is közöl becslést: eszerint az egy főre jutó nem regisztrált fogyasztás 2,5 liter volt hazánkban. Egy 2006-ban készült tanulmány szerint pedig már 4 literre becsülték az egy főre jutó nem regisztrált fogyasztást (Anderson, Baumberg 2006). A fenti arányok a becslések bizonytalansága mellett is jelzik, hogy *a nem regisztrált fogyasztás országoként eltérő mértékben, de igen jelentős arányú lehet*. Az adatokból úgy tűnik, hogy a legnagyobb arányú nem

regisztrált fogyasztás az Északi-Európai országokban és a volt szocialista országokban található. Míg azonban az északi országokban elsősorban a turizmus, addig a volt szocialista országokban feltehetően a feketekereskedelem és a házi szeszfőzés teszi ki a nem regisztrált fogyasztás jelentősebb részét (Global Status 1999, Leifman 2000.)

A fentiekből következően, egyre több törekvés irányul *a nem regisztrált alkoholfogyasztás becslésére*. Ez történhet statisztikai módszerekkel és becslésekkel, illetve adatfelvételeken alapulva. Az elsőre említjük példaként Trolldal tanulmányát, aki 15 EU ország adatai alapján a turista forgalom és a vámmentes kereskedelem adataiból próbálta korrigálni a regisztrált fogyasztást (Trolldal 2000.). A halálozási adatok alapján becsülte a nem regisztrált fogyasztás feltételezett mértékét Európa országaiban Rehm és társai (2004). Survey-n alapuló becsléseket elsősorban finn kutatók végeztek. A finn Drinking Habit Survey 1968-tól rendszeresen vizsgálja a házi készítésű alkohol, a turista forgalomból adódó alkohol, a vámmentesen fogyasztott alkohol arányát, valamint a nem fogyasztásra alkalmas alkoholtartalmú italok fogyasztását, illetve arányát (Mustonen et al. 1999). E becslések szerint a nem regisztrált alkoholfogyasztás összfogyasztáson belüli aránya a korábbi 10-15 %-ról a kilencvenes évek végére 25-30 %-ra emelkedett Finnországban. Azaz, a nem regisztrált fogyasztás aránya politikai, gazdasági tényezőktől függően – időben változhat.

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás *külső érvényességével* kapcsolatos probléma lényege az, hogy egy adott társadalomra jellemző összfogyasztás alakulásából valóban *következtethetünk-e a problémás alkoholfogyasztás méreteire*. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás és a problémás alkoholfogyasztók száma közötti összefüggés becslése Ledermann nevéhez fűződik (Ledermann 1956), majd Bruun és társai (1975) munkája alapján vált meghatározó alapelvvé: "... amikor egy országban az összes alkoholfogyasztás nő, valószínűsíthető, hogy a nagyfogyasztás prevalenciája szintén nő az adott országban. Sőt, a nagyfogyasztás prevalenciája sokkal nagyobb mértékben növekszik, mint az összes fogyasztás: átlagosan, ha az átlagfogyasztás megkétszereződik, akkor a prevalencia érték az eredeti négyszeresére fog nőni." (Bruun 1975. p:38). Ezzel az összefüggéssel kapcsolatban felvetett leggyakoribb kifogás az, hogy egy adott népességben belül, az összes alkoholfogyasztás növekedhet oly módon is, hogy új, eddig alkoholt nem, vagy csak kismértékben fogyasztó csoportok kezdenek el mérsékelten inni (ilyen lehet például a nők, vagy egyre fiatalabb korcsoportok bekapcsolódása az alkoholfogyasztásba). Ilyenkor nőhet az alkoholfogyasztás anélkül is, hogy a mértéktelenül alkoholt fogyasztók aránya nőne (Skog 1980). Ugyanakkor amint azt már korábban említettük, az elmúlt évek kutatásai egyre gyakrabban hívják fel a figyelmet arra, hogy a probléma mértéke nemcsak a fogyasztott mennyiséggel, hanem a fogyasztás módjával, körülményeivel, a fogyasztott ital fajtájával is összefügg.

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás azonban minden kritika és fenntartás ellenére az alkoholprobléma mérésének *egyik legelfogadottabb közvetett indikátora*, amely jellegéből adódóan nemzetközi összehasonlításokra, és időbeli trendek mérésére is alkalmas.

5.2.2. A fogyasztásból eredő problémák

Az alkoholfogyasztásból eredő problémák közül legrégebben és legelterjedtebben a *májzsugorodásos halálesetek* számának alakulását alkalmazzák az alkoholprobléma becslésére. A becslésre alkalmazott Jellinek képlet alapját¹ az a megfontolás képezi, mely szerint a májzsugorodásos halálesetek meghatározott részét a túlzott alkoholfogyasztás okozza, és egy adott évben a súlyos alkoholfogyasztók meghatározott része hal meg májzsugorodásban. Bár szokásos megkülönböztetni alkoholos eredetű és nem alkoholos eredetű májzsugorodást, az epidemiológusok inkább az összes májzsugorodásos halálesetekkel számolnak, elsősorban az alkoholos eredetűség bizonytalan, és pontatlan regisztrálása miatt (belső érvényességi probléma). Részben a BNO X-re való áttérésnek köszönhetően egyre inkább alkalmazzák a „krónikus májbetegség” és a „cirrhosis” kategóriákat. Ezek azonban tágabb kategóriák, mint az „alkoholos eredetű májbetegségek” kategóriája.

Kifejezetten alkoholfogyasztással összefüggő halálozás az „alkohol függőségi szindróma”. Ennek alkalmazása azonban sok pontatlanságot rejt (nem megfelelő laborvizsgálatok, stigmatizálástól való félelem miatt a halálok eltitkolása, stb.), valószínűsíthető, hogy ezek az adatok a legtöbb országban jelentős mértékben alábecsültek.

A halálozási adatokkal kapcsolatos legfőbb *belső érvényességi probléma* az, hogy *hogyan történik a halálokok regisztrálása*.

¹ A Jellinek képlet szerint a súlyos alkoholisták száma = az adott évben májzsugorodásban meghaltak száma x 0,6 x 144

Példa:

Magyarországon a májbetegségben meghaltak száma az alábbiak szerint alakult:

- 2004: 4808 fő
- 2005: 3000 fő
- 2006: 3535 fő
- 2007: 3404 fő
- 2008: 3741 fő

Reálisnak tekinthető-e hogy a halálozások száma egy év alatt (2004 és 2005 között) 38%-kal csökkent, majd 3 év alatt (2005 és 2008 között) 25%-kal csökken? Ilyen hirtelen, nagymértékű változás egy jellemzően krónikus lefolyású betegségnél szinte lehetetlen. Mégis mivel magyarázható az adatok ilyen mértékű változása?

1. Alkalmazásra kerültek a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) 10. revíziója óta bevezetett – a WHO által előírt – módosítások.
2. A KSH új Halottvizsgálati bizonyítványt vezetett be, mely jobban megfelel az Eurostat és a WHO elvárásainak,
3. 2005-ben megváltozott az adatok regisztrálása: a korábbi kézi regisztrálás helyett a szöveges bejegyzések kódolása és az elsődleges halálok kiválasztása 2005-től gépi úton történik.
4. A gépi kódolásra való áttérés nem változtatta meg alapvetően a halálok csoportok struktúráját és a főbb halálokok súlyát és sorrendjét. Ugyanakkor a módszertani változások bizonyos halálokok idősorában törést okoztak, ezért a 2005. évtől megváltozott szempontok alapján kell értékelni ezeknek a betegségeknek a dinamikáját
5. Azaz a májbetegségben meghaltak számának rövid időn belüli radikális változása a statisztikai regisztrációs rendszer változásának köszönhető.

A halálozási adatokkal kapcsolatos leggyakrabban felmerülő *külső érvényességi probléma* lényege az felvetés, hogy az alkoholfogyasztás és a halálozási adatok kapcsolatának vizsgálatakor figyelembe kellene venni az alkohol protektív szerepét is. Mind több kutatás elemzi az alkoholfogyasztás és a halálozási adatok kapcsolatát, amely kapcsolatot leginkább egy U görbével tartanak leírhatónak (Edwards és társai 1994, Poikolainen 1995) Azaz, egy bizonyos szintig a mérsékelt alkoholfogyasztás *csökkenti a halálozási arányokat*, elsősorban a szívkoszorú-érelmeszesedés okozta halálokat, egy bizonyos szint után pedig az alkoholfogyasztás növeli a halálozási arányokat, elsősorban a májsugorodásos és a baleseti halálozási arányokat. Bár sokan vélekednek úgy, hogy a pozitív hatás elsősorban a mérsékelt fogyasztók egyéb szocio-demográfiai jellemzőinek köszönhető, nem pedig az alkoholfogyasztásnak, a kilencvenes években több kísérlet történt arra, hogy aggregát szinten elemezze az alkoholfogyasztás *okozta, és megelőzte* halálozások arányát (English et al., 1995). E tanulmányok egy része arra a következtetésre jutott, hogy az alkoholfogyasztás növekedése legalábbis nem feltétlenül okozza a halálozási adatok növekedését. Másképpen, egyre több szakember véli úgy, hogy a magyarországi magas májbetegség miatt bekövetkezett halálozási arányt nem lehet csak az alkoholfogyasztás *menyiségével* indokolni.

Számos kutatás foglalkozik az alkoholfogyasztás és a különböző *erőszakos halálozások* kapcsolatával. Skog elemzése határozott összefüggést mutat az alkoholfogyasztás növekedése és a baleseti halálozás növekedése között (Skog 2000). Ugyanakkor Skog arra is felhívja a figyelmet, hogy a két változó közötti összefüggés szorossága kultúránként és ivási szokásonként más és más lehet. 14 európai ország adatai alapján végzett elemzése szerint, az alacsonyabb fogyasztású észak-európai országokban az egy főre jutó alkoholfogyasztás növekedése nagyobb növekedést indukál a baleseti halálozásban, mint a magasabb alkoholfogyasztású dél-európai országokban megfigyelhető.

Az alkoholfogyasztás okozta problémák egyéb közvetett mutatói között találhatjuk például a *bűnözés* alakulását. Elsősorban Közép- és Kelet-Európai kutatások mutattak szoros kapcsolatot a bűnözés és az alkoholfogyasztás alakulása között

(Global Status 1999). Más kutatások az *öngyilkosság* és az alkoholfogyasztás közötti kapcsolat alapján, az öngyilkosság alakulását is az alkoholfogyasztás egy közvetett indikátorának tekintik (Elekes, Skog 1993). Bizonyos országokban, illetve kultúrákban határozott kapcsolat mutatható ki az alkoholfogyasztás aggregát adatai valamint a *gyilkosságok és más erőszakos bűncselekmények* adatainak alakulása között.

Összességében az *alkoholprobléma közvetett indikátorai között meghatározó szerepet kap az egy főre jutó alkoholfogyasztás és az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálesetek, elsősorban a májzsugorodásban, illetve a májbetegségben meghaltak számának alakulása*. Számos egyéb, az alkoholfogyasztás következményeire utaló mutató használata is szokásos a nemzetközi szakirodalomban. Ezek kapcsolatának szorossága az alkoholfogyasztással, országonként és kultúránként eltérő lehet, alkalmazásuk azonban mindenképpen hasznos, elsősorban az alapindikátorok által mutatott trendek korrigálására, ellenőrzésére. Valamennyi indikátor esetében fontos a közvetettség hangsúlyozása, azaz csak közvetetten utalnak az alkoholprobléma alakulására.

5.3.A droghelyzet közvetett indikátorai

A droghelyzet mérésére alkalmazott közvetett indikátorok külső érvényessége, alkalmazhatósága sokkal problematikusabb, mint az alkohol esetében tapasztaltuk. A két helyzet közötti alapkülönbség, amely a mérhetőséget is befolyásolja az, hogy míg az alkoholfogyasztás a legtöbb kultúrában megengedett és nyilvános, addig a kábítószerfogyasztás rejtett, közvetve vagy közvetlenül büntethető.

A közvetett indikátorok többsége vagy a fogyasztás okozta problémára irányul, vagy pedig a kínálati oldal adatain keresztül próbál a fogyasztás alakulására következtetni. Azaz, a különféle intézményekbe került, a nyilvántartásba vétel kritériuma szerinti droghelyzetről van információ. Ez jelenti egyrészt azt, hogy a droghelyzetre irányuló kezelő, ellátó, büntető intézményrendszer fejlettsége jelentős mértékben befolyásolja az adatok változását, ami Magyarországon még ma is igen jelentős mértékben megkérdőjelezi az adatokból levonható következtetések megbízhatóságát. Másrészt ezek az adatok csak bizonyos drogok fogyasztóiról, a fogyasztás bizonyos stádiumában adnak információt.

Az alkalmazott vagy alkalmazandó indikátorokat két nemzetközi szervezet munkái alapján mutatjuk be.

Az *Európa Tanács Pompidou Csoportja* a nyolcvanas-kilencvenes években elemezte Európa nagyvárosainak adatain keresztül az egyes indikátorokat. Hasonló indikátorokkal elemzik az európai droghelyzetet az *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* kiadványai is. (Multi-city study 1994, Annual Report 2009)

A keresleti oldal indikátorai közül jelentős a *kezelési igény*, és ezen belül is az *első kezelésbe vétel*. A kezelték száma követlenül az ellátó hálózat mutatója, közvetetten azonban utalhat a súlyosabb, vagy problémásabb droghelyzetre is. Különös jelentőséget tulajdonítanak az első kezelésbe vétel mutatójának, amely kifejezetten a kezelésben először megjelentekre koncentrálnak, érzékenyebben mérve ily módon a droghelyzetben bekövetkezett változásokat.

A kezelési adatokkal kapcsolatban fontos tudni, hogy csak a súlyos droghelyzetről adnak információt. Ezek az adatok a legtöbb országban jól jelzik a szenvedélybetegségek elterjedtségének változását, de a szolgáltatások elérhetősége és típusa erősen befolyásolhatja a trendeket. A mutató alkalmazásakor figyelembe kell venni, hogy az első fogyasztás és az első kezelésbe vétel között gyakran évek telnek el. A mutató információt adhat arról, hogy a fogyasztó a szenvedélybetegség mely szakaszában folyamodik segítségért, de használhatók a kezelési adatok arra is, hogy a betegek milyen hosszú ideig maradnak a kezelésben vagy folyamodnak egyéb szervezetekhez. Az EMCDDA kifejezetten felhívja a figyelmet arra, hogy a kezelték számából levonható következtetéseknél különös figyelemmel kell lenni a droghelyzeti hálózat, és az adatszolgáltatási rendszer változására.

A *kórházi ápolásra* vonatkozó adatokat elsősorban az egészségügyi rendszer, és az a politika befolyásolja, amely meghatározza a kórházba utalást, vagy a kórházba történő felvételt. Kérdéses a rutin kórházi statisztikák megbízhatósága is. A korlátokat figyelembe véve, megbízhatóbb adatgyűjtés mellett alkalmas lehet arra, hogy a fekvőbeteg ellátás igénybevételét összehasonlítsák más ellátási formák igénybevételével, használható a szenvedélybetegre fordított egészségügyi kiadások becslésére, valamint a fekvőbeteg ellátás országok közötti összehasonlítására.

A *hepatitis* adatok hasznos jelzői lehetnek az injekcióval történő drogfogyasztásnak, de főleg abban az esetben, ha megkülönböztetik a droggal összefüggő hepatitist az egyéb veszélyeztető tényezőkkel kapcsolatba hozható hepatitistól. Csökkenti a mutató értékét, hogy számos helyen nincs információ a fertőzés forrásáról, illetve nem ismert az alábecslés mértéke.

A *HIV/AIDS megbetegedések száma* az intravénás drogfogyasztásnak lehet közvetett mutatója.

A *droggal kapcsolatos halálozás* esetében a legfőbb probléma a fogalom definiálása, azaz mit tekintünk droggal kapcsolatos halálesetnek. Ennek értelmezése országonként változó lehet: például csak a túladagolás miatt bekövetkezett haláleseteket sorolják ide, vagy más, a drogfogyasztás hatása alatt bekövetkezett baleseti vagy egyéb halálozást is. A droggal kapcsolatos halálesetek alakulásában fontos szerepet játszik az, hogy mennyire veszélyeztető drogfogyasztás az, amely egy adott kultúrát jellemez. Például mennyire szennyezett a feketepiacon beszerezhető kábítószer, vagy akár az, hogy mennyire változó vagy állandó a drogok tisztasági foka.

A *rendőrségi letartóztatások, illetve nyilvántartások* jól használhatók, de minden esetben figyelembe kell venni a rendőrségi gyakorlatot, és azt, hogy a rendőrség mikor, mit részesít előnyben. Ezen túl, a rendőrségi adatok tükrözik, hogy a különböző társadalmi osztályokból származók különbözőképpen "veszélyeztetettek" a rendőrségi letartóztatások szempontjából. Mégis jobb jelzők, mint az igazságügyön belüli pályafutás későbbi szakaszainak mutatói, mert itt a büntetőügyi politika még nem érezteti hatását. Általában az mondható, hogy a letartóztatottak számában bekövetkező jelentősebb változások nagy valószínűséggel jelzik a valós tendenciákat, feltéve, hogy nincsenek jelentős változások a drogpolitikában.

A *bírósági adatok* prevalencia vizsgálatára igen korlátozottan használhatók, de a büntetőpolitikát jól jelzik, különösen összehasonlító vizsgálatokban.

A kínálati oldalról adnak információt az alábbi indikátorok:

A *kábítószer lefoglalások* számában bekövetkezett változások elsősorban a kábítószer elérhetőségét mutatják. A lefoglalt mennyiség jelentősége meglehetősen kérdéses, de más piaci jelzőkkel és drogpolitikai erőfeszítésekre vonatkozó információkkal együtt használható mutatók.

A *tiltott drogok tisztaságára és árára* vonatkozó adatok a feketepiaci állapotokról adnak információt.

A fenti korlátoknak a figyelembevételével dolgozta ki az EMCDDA azokat a kulcs indikátorokat, amelyeket valamennyi EU tagország számára kötelezően gyűjtendő és jelentendő indikátorokként ír elő²:

- *a normálpopuláció érintettsége*

célja:

- fogyasztás elterjedtségének, mintázatainak vizsgálata a felnőtt, fiatal felnőtt és középiskolás átlagnépességben,
- a drogfogyasztók jellemzőinek és
- a drogokkal kapcsolatos attitűdöknek a mérése

- *problémás használat elterjedtsége*

célja:

² Az indikátorok részletes bemutatása megtalálható: Nyírády, Elekes: Nemzetközi indikátorok és adatbázisok. Szöveggyűjtemény 2011. (www.tankonyvtar.hu [<http://www.tankonyvtar.hu/>])

A kulcsindikátorok magyar vonatkozású elemzéseit megtalálhatók a Nemzeti Drogfókuszpont által közreadott „Éves Jelentésekben” (www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>])

A kulcsindikátorokra vonatkozó nemzetközi elemzések szintén megtalálhatók a Nemzeti Drogfókuszpont, vagy az EMCDDA honlapján (www.emcdda.europa.eu [<http://www.emcdda.europa.eu/>])

- normálpopulációs vizsgálatokkal nem mérhető *problémás* használat prevalenciájának és incidenciájának a vizsgálata helyi és országos szinten
- *kezelési igény*
célja:
 - a kezelés igénybevétele mintázatának, az ellátórendszer kapacitásának, teljesítményének a vizsgálata
 - fogyasztók szocio-demográfiai jellemzőinek, a fogyasztás mintázatainak a vizsgálata
 - problémás fogyasztás trendjeinek mérése
 - más módszerek alkalmazásának kiindulási pontja is lehet
- *fertőző betegségek elterjedtsége*
célja:
 - HIV, HCV, HBV és szexuális úton terjedő betegségek elterjedtségének mérése főként az intravénás fogyasztók körében
 - változások követése
 - veszélyeztetett szubkultúrák azonosítása
- *halálozás*
célja:
 - közvetett és közvetlen kábítószeres halálesetek számának vizsgálata
 - magas kockázatú magatartásformák azonosítása

Feladatok:

- Milyen korlátokkal kell számolnunk az egészségkárosító magatartások elterjedtségére vonatkozó adatok értelmezésekor?
- Milyen közvetett indikátorokkal becsülhetjük az alkoholprobléma mértékét?
- Milyen érvényességi problémák merülnek fel a droproblémára vonatkozó közvetett indikátorok alkalmazásakor?

Ajánlott irodalom

- [1] Anderson, P. és Baumberg, B.. *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Commission.* 2006 June. Institute of Alcohol Studies. UK.
- [2] *Annual Report 2008: Annual Report on the state of the Drugs problem in Europe.* 2008. EMCDDA.
- [3] Edwards (et al.), G.. *Alcohol policy and the public good. Oxford medical publication.* 1994. Oxford University Press.
- [4] *Global Status Report on Alcohol.* 1999. Substance Abuse Department, Social Change and Mental health, WHO.
- [5] Hartnoll, R.. *A droproblémák felmérése alapkövetelmények. Szenvedélybetegségek I. évf. 5.* 1993. 324-334.

- [6] Nyírády és Elekes. *Nemzetközi indikátorok és adatbázisok. Szöveggyűjtemény.*. 2011. www.tankonyvtar.hu [<http://www.tankonyvtar.hu/>].
- [7] Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C.T., Frick, U., Jernigan, D., Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., és Murray, C.J.L.. *"Alcohol." Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors.* 2004. WHO. Geneva.

6. Normál népesség körében végzett kutatások – közvetlen indikátorok.

A fejezet célja a normál népesség körében végzett, önbevalláson alapuló vizsgálatok előnyeinek és korlátainak bemutatása.

Megismertetjük

- az alkohol- és egyéb drogfogyasztás elterjedtségét mérő kérdéscsoportok fontosabb típusait
- a problémás alkoholfogyasztás mérési eszközeit
- Néhány ismertebb nemzetközi kutatásban, illetve nemzetközi szervezet által alkalmazott kérdezési formákat

6.1. A normál, önbevallásos vizsgálatok korlátai

A normál népesség körében végzett vizsgálatok mögött az a feltételezés húzódik meg, mely szerint a normál fogyasztás és a problémás fogyasztás között kapcsolat áll fenn (Bruun et al. 1975). A *normál népességre* vonatkozó önbevallásos vizsgálatok fontos sajátossága, hogy az *átlag, nem problémás* népességről adnak információt. Tehát az átlagot érik el, és az átlag népességre jellemző fogyasztási szokásokat kutatják. A normál népesség körében végzett kutatások alkalmasak annak vizsgálatára, hogy a különböző szerek fogyasztása milyen mértékben terjedt el, mely társadalmi csoportokra, milyen típusú fogyasztás a jellemző, illetve az időbeni változások tendenciájának megállapítására, a fogyasztás következményeinek, a kapcsolódó problémáknak, vagy a fogyasztást befolyásoló tényezőknek az elemzésére. Végül alkalmasak e vizsgálatok a különböző társadalmi csoportok drogokhoz és drogfogyasztókhoz való viszonyának, és a viszony változásának a vizsgálatára.

A *problémás* alkohol- és egyéb drogfogyasztók sajátosságainak, és a problémás fogyasztás kialakulásának megismerésére és megértésére *más típusú* vizsgálatok szükségesek. Room (2007) szerint nemcsak hogy más típusú vizsgálatok szükségesek, hanem a normál népesség körében végzett kutatások és a klinikai kutatások kapcsán „az alkoholproblémák két világaról” beszélhetünk (i.m.:249). Míg a normál népesség körében végzett vizsgálatok kevéssé alkalmasak a marginalizált, és a társadalomból kirekesztett népesség vizsgálatára, így az itt jellemzett problémás drogfogyasztó is inkább tartozik a jobb társadalmi-gazdasági státusúak közé, addig a klinikumban végzett kutatások szerint az alkohol- és drogprobléma miatt kezelték legjellemzőbb tulajdonsága az erős marginalizáció (i.m.:248), ami Room szerint azzal magyarázható, hogy a kezelésben való jelentkezés elsősorban a *marginalizáció egyik következménye*. A normál népesség körében végzett vizsgálatok tehát nem a különböző problémát kezelő intézményekben megjelent fogyasztókról, klinikai esetekről adnak információt. A súlyos drogfogyasztókra, vagy alkoholistákra vonatkozó ismeretek megszerzéséhez más típusú vizsgálatok szükségesek. Ebben egyébként a drogkutatások nem térnek el jelentősen más szociológiai vizsgálatoktól, hiszen például a normál népesség körében végzett jövedelem vizsgálatok is csupán az átlag népesség jövedelmi helyzetéről adnak információt. A legszegényebb, vagy leggazdagabb társadalmi csoportok megismeréséhez külön, speciális vizsgálatok szükségesek.

A normál népesség körében végzett vizsgálatokban a hangsúly az *önbevalláson* van, és ebből adódik a vizsgálatokkal kapcsolatos egyik legfőbb kétely is: mennyire tekinthetők valósnak az önbevalláson alapuló válaszok. Különösen gyakori a kétely az alkoholfogyasztás önbevalláson alapuló adataival szemben, hiszen itt a kapott mennyiségek szembe állíthatók a hivatalos eladási statisztikákkal, amelyek mindig magasabb értékeket mutatnak, mint az önbevalláson alapuló értékek. Ennek köszönhető, hogy viszonylag sok kutatás, elemzés foglalkozik e vizsgálatok megbízhatóságával, illetve a megbízhatóság növelésének lehetőségeivel (lásd erről Elekes-Liptay 1988).

A bevallás mértéke erősen függ az adott szer megítélésétől, a fogyasztással szembeni attitűdtől, az adott országban érvényesülő alkohol- és drogpolitikától. Ez a tény az alkoholfogyasztás esetében Magyarországon valószínűleg nem rontja jelentősen az önbevallás mértékét, hiszen az alkoholfogyasztás nem tartozik a kifejezetten társadalmi elítélés alá tartozó viselkedési formák közé. Ugyanakkor a tiltott szerfogyasztás esetében, amelynek időszakonként változó mértékben

ugyan, de komoly jogi következménye lehet, a társadalmi megítélés is negatívabb. Így elképzelhető, hogy az önbevallás kevésbé tükrözi a tényleges helyzetet, mint egy olyan társadalomban, ahol például a marihuána fogyasztás, legalább a kipróbálás szintjén, a társadalom egy jelentős részét érinti. Éppen ezért különösen fontos ezekben a vizsgálatokban a bevallás mértékének a lehetőségek szerinti javítása (például az anonimitás biztosításával, a kérdéses körülményeinek megfelelő megválasztásával, a kérdések megfelelő megfogalmazásával). Az önbevallás megbízhatóságával szemben megfogalmazott kételyek ellenére, a különböző módszertani, ellenőrző vizsgálatok, elemzések (pl. a kérdőív belső inkonzisztenciájának mérése, direkt és indirekt válaszmegtagadások, a kérdőív egy-két héten belüli újbóli megkérdezése ugyanabban a körben, fókuszcsoporthoz készítése stb.) azt bizonyítják, hogy az *önbevallásos módszer jól alkalmazható nemcsak az alkoholfogyasztás, hanem a drogfogyasztás elterjedtségének, gyakoriságának, illetve időbeni változásának mérésére is.*

A szakirodalom már az 1900-as évek kezdetétől beszámol epidemiológiai vizsgálatokról (Billings 1903, Swiecicki 1972). A kutatások jelentős terjedéséről és a módszerek fejlődéséről azonban elsősorban a század második felétől beszélhetünk. Az 1970-es évekre az Amerikai Egyesült Államokon kívül, már néhány európai, elsősorban skandináv országban is készül a felnőtt népesség alkoholfogyasztását vizsgáló kutatás (Mäkela 1971, Jonsson és Nilsson 1969). A tiltott szerek fogyasztásának mérése rövidebb múltra tekint vissza, és tulajdonképpen napjainkban is – az alkoholtól eltérően – csak a fogyasztás tényére és gyakoriságára terjed ki. Európában a kilencvenes években terjednek el a normál, felnőtt népességen végzett drog epidemiológiai vizsgálatok, amelyekre a korábbi észak-amerikai kutatások elsődleges hatást gyakoroltak.

A normál népességre irányuló vizsgálatok terjedésében egyrészt kifejeződik az a már korábban is megfogalmazott feltételezés, mely szerint a normál népesség fogyasztási szokásaiból következtethetünk a problémás fogyasztásra. Az alkalmazott vizsgálati módszerekben, a kutatások irányultságában bekövetkezett változásokban ugyanakkor bizonyos mértékig tükröződik a probléma észlelésében bekövetkezett változás is. Parker és társai (1998) szerint a nyolcvanas évek Angliájában a drogprobléma megjelenési formája a heroin és a heroint használó fiatal volt. A kilencvenes évek „drog sztorija” az ecstasy használat és a hozzá kapcsolódó partikultúra volt. Ezekre, a szubkultúrákhoz tartozó drogfogyasztás megismerésére a normálnépességen végzett vizsgálatok nem voltak alkalmasak. Ugyanakkor a fiatalokról szóló szociológiai irodalom egyre inkább a sajátos ifjúsági szubkultúrák/alternatív kultúrák háttérbe szorulásáról és egy egységes fogyasztói kultúra előtérbe kerüléséről számolt be (Somlai 2007, Parker és társai 1998, Gábor 2000). Ez pedig egyre inkább előtérbe helyezte egy generáció, vagy egy társadalom egészének drogokhoz való megváltozott viszonyának vizsgálatát.

6.2 Az alkoholfogyasztás közvetlen indikátorai

Az alkoholfogyasztás jellemzőit meglehetősen sok kérdéssel, és összetettebben szokás vizsgálni, mint más drogok fogyasztását. A szakirodalomban megjelenő módszerek többsége a Straus-Bacon-féle mennyiség-gyakoriság (QF – quantity-frequency) indexen, majd annak Cahalan által továbbfejlesztett és kibővített változatán alapulnak. (Elekes 2004). Azaz *a fogyasztást a mennyiséggel, a gyakorisággal és az ebből számított összefogyasztással jellemzik. Az eltérő megközelítések részben a megkérdezendő intervallumok nagyságában fejeződnek ki, amelyre a kérdés kiterjed (egész élet, előző év, előző hónap, előző hét). Különösen lényeges a vizsgálandó időszak nemzetközi kutatásokban, amelyekben eltérő ivási kultúrájú országok vesznek részt, azaz egyaránt megtalálható az északi vagy száraz (ritkán, de akkor sokat fogyasztó) és a déli vagy nedves (gyakran, de keveset fogyasztó) ivási szokás (Room 1999). Míg a ritka alkoholfogyasztással jellemezhető országokban nagyobb intervallumokra vonatkozó kérdéseket szokás használni, addig a rendszeresebb fogyasztással jellemezhető országokban a rövid időintervallumokra vonatkozó kérdéseknek van inkább értelme. A gyakoriságra vonatkozó kérdések vonatkozhatnak általában az alkoholfogyasztásra, és vonatkozhatnak a különböző italajták (bor, sör, tömény stb.) gyakoriságára.*

Az elfogyasztott alkohol *mennyiségének* mérésére vonatkozóan szintén többféle megközelítés ismert. Legelterjedtebb a *tipikus fogyasztási alkalomra*, illetve az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozó mennyiség megkérdezése. Míg a tipikus fogyasztási alkalom mennyisége inkább az észak-amerikai kutatásokban volt jellemző, addig az utolsó fogyasztási alkalom mennyiségét inkább a korai európai kutatások alkalmazták (Alanko 1984, Room 1990). Elsősorban észak-amerikai kutatásokban elterjedt még a különböző *mennyiség-fokozatok gyakoriságának* (GF – graduated frequency) skálán történő kérdezése (Greenfield, Kerr 2008).

A mennyiségre vonatkozó kérdésekkel kapcsolatos viták arról is szólnak, érdemes-e külön kérdezni a mennyiségeket *italfajtánként* (bor, sör, tömény). Emellett érvelnek azok, akik az eltérő italajták eltérő veszélyességét hangsúlyozzák. Az

italfajták szerinti kérdés mellett szól a *különféle ivási kultúrák* (tipikusan bor-, vagy sör-, vagy töményfogyasztó országok) változásának vizsgálata, valamint az a módszertani megfontolás, mely szerint *a kérdezettek italfajtákban és nem általában alkoholban gondolkodnak* (Elekes 2002).

• Példák a mennyiség-gyakoriság (QF) kérdésformákra:

• GENACIS¹ Kérdőív:

Gyakoriság: Körülbelül milyen gyakran ivott alkoholt az elmúlt egy évben?		Mennyiség: Az elmúlt év egy olyan szokásos napján, amikor ivott alkoholt, általában mennyi italt fogyaszt el? (Egy ital=2dl bor; vagy egy korsó (5dl) sör; vagy fél dl égetett szesz.)	
1	minden nap	1	10 vagy több italt
2	hetente 5-6 alkalommal	2	8-9 italt
3	hetente 3-4 alkalommal	3	6-7 italt
4	hetente 1-2 alkalommal	4	4-5 italt
5	havonta 1-3 alkalommal	5	2-3 italt
6	összesen 7-11 alkalommal egész évben	6	1 italt
7	összesen 3-6 alkalommal egész évben	7	kevesebb, mint egy italt
8	összesen 1-2 alkalommal egész évben	0	egyszer sem ittam az elmúlt egy évben?
0	egyszer sem ittam az elmúlt egy évben		

¹GENACIS: Gender, Alcohol Culture – An International Study <http://www.genacis.org/>

- Példák az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozó kérdésformákra:
- SMART kérdőív

	Sör	Bor	Tömény
1. Melyik italfajtából ivott az elmúlt 12 hónapban?	1. Nem 2. Igen	1. Nem 2. Igen	1. Nem 2. Igen
2. Hány nappal ezelőtt itta ezt az italfajtát utoljára? <i>(írja be a napok számát)</i>			
3. Mennyit ivott akkor ebből az italból <i>(írja be az italok számát: egy korsó sör=5 dl, egy pohár bor=1dl, egy pohár tömény=0,4 dl)</i>			

- ESPAD³ kérdőív borra vonatkozó kérdése

<p>Gyakoriság:</p> <p>Mikor ittál utoljára alkoholt?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soha nem iszom alkoholt 2. 1–7 nappal ezelőtt 3. 8–14 nappal ezelőtt 4. 15–30 nappal ezelőtt 5. Régebben, mint egy hónapja, de egy éven belül 6. Régebben, mint egy éve <p>Italfajta: Gondolj vissza arra a napra, amikor utoljára ittál alkoholt. Az alábbi italok közül melyeket ittad ezen a napon?</p> <p>Több választ is jelölhetsz.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Soha nem iszom alkoholt 1 Sört ittam 1 Előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitalt ittam (pl. smash, baccardi breezer, inside, nite) 1 Bort ittam (pezsgőt is itt jelöld) 1 Égetett szeszt ittam (pl. likőr, pálinka, whisky, koktél, vermut) 	<p>Mennyiség:</p> <p>Ha az utolsó napon, amikor alkoholt fogyasztottál ittál bort, mennyit ittál belőle?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Soha nem iszom bort 2 Amikor utoljára ittam, nem ittam bort 3 Kevesebb, mint két pohárral (2 pohár=2 dl) 4 2-4 pohárral vagy fél üveggel (2-4 dl) 5 5-7 pohárral vagy egy üveggel (5-7 dl) 6 Több mint egy üveggel (7 dl-nél többet)
---	--

³ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs www.espad.org

- Példa a fokozatos gyakoriság (Graduated Frequency – GF) kérdésre
- SMART Kérdőív

1. táblázat - Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordult elő önnel, hogy 12 vagy több italt ivott meg egy alkalommal?

Minden nap, vagy majdnem minden nap	3 – 4-szer egy héten	1 – 2-szer egy héten	2 – 3-szor egy hónapban	egyszer egy hónapban	6 – 11-szer egy évben	2 – 5-ször egy évben	Egyszer egy évben	Nem ittam ennyit az elmúlt 12 hónapban
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. táblázat - Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordult elő önnel, hogy 8-11 italt ivott meg egy alkalommal?

Minden nap, vagy majdnem minden nap	3 – 4-szer egy héten	1 – 2-szer egy héten	2 – 3-szor egy hónapban	Egyszer egy hónapban	6 – 11-szer egy évben	2 – 5-ször egy évben	Egyszer egy évben	Nem ittam ennyit az elmúlt 12 hónapban
1	2	3	4	5	6	7	8	9

6. táblázat - Az elmúlt 12 hónapban hányszor fordult elő önnel, hogy 1-2 italt ivott meg egy alkalommal?

Minden nap, vagy majdnem minden nap	3 – 4-szer egy héten	1 – 2-szer egy héten	2 – 3-szor egy hónapban	Egyszer egy hónapban	6 – 11-szer egy évben	2 – 5-ször egy évben	Egyszer egy évben	Nem ittam ennyit az elmúlt 12 hónapban
1	2	3	4	5	6	7	8	9

6.3 A problémás fogyasztás közvetlen indikátorai

Az alkohol epidemiológiai kutatások a kezdetektől fogva próbálják mérni a *fogyasztás szélsőségesebb, problémásabb vagy veszélyeztetőbb formáinak elterjedtségét*. E problémás fogyasztási formák legelterjedtebben használt mutatói a lerészegedés és a nagyivás.

A *nagyivás* nemcsak az egyik legvitatottabb fogalma az alkohollal foglalkozó szakirodalomnak, hanem különböző értelmezése és elnevezése is létezik annak az ivási módnak, amit gyakran „binge drinking”-nek, a magyar beszámolókból pedig „nagyivásnak” nevezünk. Plant és Plant (2006) szerint annak az ivási formának, amit az angol nyelv „binge” (nagy), vagy „excessive” (túlzott), vagy „immoderate” (mértéktelen), vagy „heavy” (súlyos) elnevezésekkel illet, eleve két különböző értelmezése létezik. Az egyik értelmezés szerint a nagyivás 2-3 napos olyan *folymatos, szünet nélküli ivást* jelent, amikor az egyén minden más tevékenységét felfüggeszti. A másik, elterjedtebb értelmezés szerint a nagyivás *egy ivási alkalomhoz kötődik*, és gyakran szándékosan, vagy véletlenszerűen lerészegedéshez vezet. A nagyivást általában 5/6, nőknél esetenként 4 standard ital egymás után (in a row) történő elfogyasztásával szokás mérni. A viták nemcsak arról folynak, hogy miért pont 4 vagy, 5 vagy, 6 ital elfogyasztását tartjuk nagyivásnak. Az ezzel kapcsolatos érvelések elsősorban a *vér károsnak tartott alkoholszintjéről* szólnak. Nem egyértelmű a fogalom használatában az sem, hogy az „egymás után” kifejezés *milyen időtartamra* (1-2-3 óra) vonatkozik (Lambrecht 2008). Végül nem egyértelmű a „standard ital” *mennyisége* sem. A problémát nem csak az jelenti, hogy országonként eltérő lehet ugyanannak az italfajtának az alkoholtartalma, hanem országonként eltérő lehet az a *tipikus mennyiség*, amit egy italból fogyasztanak/felhasználják. Míg

az USA-ban például egy standard ital 12 gramm etanolt tartalmaz, addig Európában a standard ital lehet 10, 12 vagy 20 gramm etanol tartalmú is (GENACIS 2005).

A fenti viták miatt egyesek az „*extreme*” (túlzott, vagy szélsőséges) alkoholfogyasztás fogalmának alkalmazását javasolják, amely az ivás jellegéből, motivációiból, következményeiből képzett komplex mutató (Martinic és Measham i.m.), vagy a „*heavy episodic drinking*” (súlyos, alkalmoszerű ivás) fogalmát tartják leginkább megfelelőnek (Plant és Plant i.m.).

A fenti kételyek és viták ellenére a binge drinking/nagyivás ma is az egyik legjobban operacionalizált, és legelterjedtebben alkalmazott mutató a szélsőséges alkoholfogyasztási formák mérésére.

- A nagyivás kérdezése az ESPAD-ban:

Gondold végig újra az elmúlt 30 napot. Hányszor fordult elő veled, hogy egy alkalommal 5 vagy több italt ittál meg? (“Egy ital” lehet másfél dl bor, vagy egy korsó (fél liter) sör, vagy egy pohár (4-5 cl) égetett szesz, vagy egy koktél vagy két üveg (5dl) előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital)

1. egyszer sem
2. 1 alkalommal
3. 2 alkalommal
4. 3-5 alkalommal
5. 6-9 alkalommal
6. 10 vagy több alkalommal

A problémás alkoholfogyasztás mérésére használt másik mutató a *lerészegedés* eddigi életre, előző 12 hónapra és előző 30 napra vonatkozó gyakorisága volt. Ugyanakkor a lerészegedés jelentése kultúránként igen eltérő lehet. Vajon ugyanazt jelenti-e a „lerészegedés” a Feröer Szigeteken mint Máltán, vagy Romániában, mint Portugáliában. Egyik országban jelentheti az enyhe „becsípetséget”, és a másikban jelentheti a súlyos ittasságot (Anderson, Hibell 2007).

- A fenti probléma miatt az ESPAD kutatásban például a szokásos prevalencia értékeken kívül az utolsó lerészegedés mértékét is kérdezik.
- A lerészegedés kérdezése az ESPAD-ban:

1. **Hányszor fordult veled elő, hogy annyit ittál, hogy berúgtál? Például támolyogtál járás közben, akadozott a beszéded, hánytál, vagy nem emlékeztél mi történt veled előzőleg?**
 - a. az életed során
 - b. az előző 12 hónapban
 - c. az előző 30 napban
2. **Az alábbi 10 fokú skálán jelöld be, hogy az utolsó napon, amikor alkoholt fogyasztottál, mennyire részegedtél le (ha semmilyen hatása nem volt az alkoholnak az “1”-t jelöljed, ha erősen berúgtál és arra sem emlékeztél mit történt veled, akkor 10-t**

6.4. Az alkoholfogyasztásból eredő problémák mérési eszközei

Az alkoholfogyasztásból eredő további problémák mérését szolgáló kérdések köre kiterjed a legenyhébb következményektől az elvonási tünetek kérdezéséig. Room szerint e kérdéseknek három csoportja különíthető el. A kérdések egyik csoportja az alkoholfogyasztás okozta közvetlen problémákra vonatkozik (pl: „alkoholfogyasztása káros hatással van-e a házasságára?”). A kérdések második csoportja a fogyasztás okozta problémák mások általi észlelésére vonatkozik („barátai helytelenítik-e a fogyasztását), a harmadik csoportba pedig azok a kérdések tartoznak, amelyek a kutató probléma megfogalmazását tükrözik (pl. a „gyakran iszom rögtön azután, hogy felkelek” típusú válasz kategóriában elsősorban a kutató probléma megfogalmazása tükröződik) (Room 1999).

Jelenleg az alkoholprobléma mérésével foglalkozó szakirodalomban három főbb irányvonal látszik kirajzolódni.

Az egyik irányzat a pszichiátriai epidemiológia fejlődéséből adódóan arra törekszik, hogy az alkalmazott kérdésekkel a lehető legjobban leírhatóak legyenek a DSM-IV és a BNO-10 diagnosztikai kritériumai. A másik irányzat igyekszik elkerülni a pszichometriai elemzéseket, és az alkoholfogyasztás, valamint az ebből adódó problémák részletes elemzését tartja elsődlegesnek. Végül a harmadik irányzat, amely az alkoholprobléma viszonylag kevés kérdéssel történő mérhetőségét tűzi ki célul, elsősorban abból az igényből nőtt ki, hogy a kutatások jelentős része ma többcélú, azaz az alkoholprobléma a vizsgálandó kérdéskörnek csak egy részét képezi.

A nagyívás és a lerészegedés gyakorisága mellett a szakirodalom számos olyan tesztet említ, amely a *fogyasztás problémás jellegének* mérésére, illetve a függés diagnosztizálására alkalmas. Talán a legelterjedtebben használt tesztek az *AUDIT* (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Babor et al. 1989), a *CAGE* (Ewing, J.A 1984), a *MAST* (Michigan Alcoholism Screening Test) a *TWEAK* (Selin, K.H 2002) a DSM diagnosztikai kérdéssora és az AUDIT rövidített változata a *RAPS* (Cherpitel 1995).

- A CAGE kérdéssora (2 vagy több *igen* válasz problémát jelez)

	igen/nem
1. Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást	
2. Zavarták-e valaha az emberek azzal, hogy kritizálták az ivását	
3. Rossznak, vagy vétkesnek érezte-e magát az ivásával kapcsolatban	
4. Előfordult-e, hogy ivással kezdte a napot reggel, hogy megerősítse az idegeit vagy megszabaduljon a másnaposságtól	

- Az AUDIT kérdéssora a SMART kérdőívben (8-nál több pont veszélyeztetettséget jelez

Az elmúlt 12 hónapban:	Soha	Havonta vagy ritkábban	Havonta 2-4-szer	Hetente 2-3-szor	4 vagy többször egy héten
A.1. Milyen gyakran fogyaszt alkohol tartalmú italt?	0	1	2	3	4

Az elmúlt 12 hónapban:	1 vagy 2	3 vagy 4	5 vagy 6	7 - 9	10 vagy több
A.2. Hány alkohol tartalmú italt fogyaszt egy olyan átlagos napon, amikor alkoholt iszik? <i>(egy ital= egy pohár (2,5 dl) sör, vagy egy pohár (1 dl) bor, vagy egy pohár (0,3 dl) tömény</i>	0	1	2	3	4

Az elmúlt 12 hónapban:	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta
A.3. Milyen gyakran fordul elő, hogy hat vagy több italt iszik meg egy alkalommal? <i>(egy ital= egy pohár (2,5 dl) sör, vagy egy pohár (1 dl) bor, vagy egy pohár (0,3 dl) tömény</i>	0	1	2	3	4
A.4. Milyen gyakran fordult elő az elmúlt évben, hogy úgy érezte nem tudja abbahagyni az ivást, ha egyszer elkezdte?	0	1	2	3	4
A.5. Hányszor fordult elő az elmúlt évben az, hogy az ivás miatt nem végzett el olyan dolgokat, amit szokásosan elvárnak öntől?	0	1	2	3	4
A.6. Hányszor fordult elő az elmúlt évben, hogy egy nagyobb ivás után reggel innia kellett, hogy magához térjen?	0	1	2	3	4
A.7. Az elmúlt évben hányszor fordult elő, hogy büntudata, vagy lelkiismeret furdalása volt az ivás után?	0	1	2	3	4
A.8. Hányszor fordult elő az elmúlt évben, hogy az ivás miatt képtelen volt emlékezni arra, mi történt az előző este?	0	1	2	3	4

Az elmúlt 12 hónapban:	Igen	Igen, de az elmúlt évben	Igen, az elmúlt évben
A.9. Előfordult-e, hogy Ön vagy valaki más megsérült az Ön ivása miatt?	0	1	2
A.10. Előfordult-e, hogy rokona, barátja, orvos vagy más egészségügyi szakember aggódott az alkoholfogyasztása miatt, vagy azt javasolta, hogy mérsékelje azt?	0	1	2

- A RAPS kérdéssora a SMART kérdőívben

Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e hogy	Igen	Nem
1. Ivás után büntudatot, vagy lelkiismeret furdalást érzett?	1	2
2. Egy barátja, vagy családtagja olyan dolgokat említett, amelyeket Ön mondott vagy csinált ivás közben, de amelyekre Ön nem emlékezett?	1	2
3. Az ivás miatt nem végzett el olyan dolgokat, amit szokásosan elvárnak Öntől?	1	2
RAPS_4. Alkalmanként reggel, amikor felkelt megivott egy alkoholtartalmú italt?	1	2

- A DSM IV (alkoholfüggés) kérdéssora a SMART kérdőívben:

Előfordult-e	Nem	Igen
1. Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e önnel, hogy többet kellett innia azért, hogy érezze az alkohol hatását, vagy előfordult-e hogy ugyanaz a mennyiség már nem okozott olyan bódultságot, mint korábban?	1	2
2. Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e önnel, hogy amikor abbahagyta vagy csökkentette az ivást, vagy ivás nélkül indult el, olyan elvonási tüneteket észlelt, mint fáradtság, fejfájás, hasmenés, reszketés, vagy valamilyen érzelmi probléma?	1	2
3. Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy azért ivott, hogy a fenti problémákat elkerülje?	1	2
4. Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy inni kezdett, bár megfogadta magának, hogy nem fog, vagy hogy többet ivott annál, mint amit szándékozott?	1	2
5. Volt-e olyan időszak az elmúlt 12 hónapban, amikor gyakrabban ivott, vagy egymás után több napig, mint szándékozott volna?	1	2
6. Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy elkezdett inni, és lerészegedett, pedig nem akarta?	1	2
7. Volt-e olyan időszak az elmúlt 12 hónapban, amikor megpróbálta abbahagyni, vagy mérsékelni az ivást, de nem volt képes rá?	1	2
8. Volt-e olyan több napos időszak az elmúlt 12 hónapban, amikor olyan sok időt töltött ivással, vagy az ivás következményeiből való felgyógyulással, hogy alig maradt ideje másra?	1	2
9. Elfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy az ivás miatt abbahagyott, vagy jelentősen mérsékelte fontos tevékenységeket – mint például sport, munka, barátokkal vagy a családdal való találkozás?	1	2
10. Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy tovább folytatta az ivást, bár komoly fizikai vagy érzelmi problémái voltak, amelyeket okozhatott, vagy tovább ronthatott az ivás?	1	2

6.5. A kábítószer-fogyasztás közvetlen indikátorai

A tiltott szerek fogyasztásának mérése rövidebb múltra tekint vissza, és tulajdonképpen napjainkban is – az alkoholtól eltérően – csak a *fogyasztás tényére, és gyakoriságára* terjed ki. Európában elsősorban a kilencvenes években terjednek el a normál, felnőtt népesség körében végzett drog-epidemiológiai vizsgálatok. E kutatások legfőbb célja a normál népességre vonatkozó *prevalencia értékek becslése*, valamint a drogfogyasztáshoz kapcsolódó egyéb jelenségek vizsgálata, mint például a droggal és a drogfogyasztással kapcsolatos *attitűdök mérése*, a droggal kapcsolatos ismeretek, és a fogyasztásból adódó *problémák* mérése. Ugyanakkor ezek a vizsgálatok nem térnek ki, és nem is térhetnek ki mennyiségi adatokra, hiszen nem tudjuk, hogy a feketepiacon vásárolt szer milyen tisztaságú, vagy milyen hatóanyagokat tartalmaz.

A tiltott szerek önbevalláson alapuló vizsgálatára fokozottan érvényesek azok a korlátok, amelyeket az önbevallásos vizsgálatokról általában elmondunk. Ezek a kutatások az *átlag* népességről adnak információt, azaz a kifejezetten problémás fogyasztók, és bizonyos drogot fogyasztók (pl. heroin- vagy kokainfogyasztók) csak ritkán és alulreprezentáltan kerülnek be az adatfelvételekbe. A normál népességre irányuló vizsgálatok természetéből adódóan kifejezetten veszélyeztetett csoportok (pl. nevelőotthonban élők, börtönben élők hajléktalanok) eleve kimaradnak ezekből a vizsgálatokból. Ezért a normál (felnőtt) népességre irányuló vizsgálatok gyakran egészülnek ki bizonyos (elsősorban fiatal) *korosztályokra*, vagy *speciális csoportokra* (pl. börtönben élők) irányuló vizsgálatokkal. Ez utóbbiak kevéssé a kérdőív jellegében, vagy a kérdés módjában, mint inkább a mintavételben különböznek a normál népességen végzett vizsgálatoktól.

Az EMCDDA 1999. évi tanulmánya áttekintést ad a kilencvenes években, Európában és az USA-ban normál népességen végzett adatfelvételek sajátosságairól. Eszerint: a lejelterjedtebben használt indikátorok az *életprevalencia*, az *előző évi prevalencia*, és az *előző havi prevalencia értéke*. A legtöbb kutatás mind a három mutatót közli, ám megjegyzendő, hogy bizonyos, kevéssé elterjedt drogok esetében az előző havi, sőt esetenként az előző évi prevalencia értéke igen alacsony, gyakran nem szignifikáns értéket adó lehet. Az elemzett kutatások nem mindig adnak információt a fogyasztás gyakoriságáról. Találunk olyan vizsgálatokat, amelyek csak az egész életre, vagy az előző évre, vagy az előző hónapra, vagy mindegyikre közölnek gyakorisági adatokat (EMCDDA 1999a).

A tiltott szerekre vonatkozóan *mennyiségi adatot egyetlen kutatás sem közöl*.

A megkérdezett tiltott drogok száma változó, 2 és 15 között volt az elemzett vizsgálatokban, de valamennyi adatfelvétel megkülönböztette a *marihuánát és az egyéb tiltott drogokat*. A kutatások többsége kiterjed a legális drogokra is (nyugtatók, altatók orvosi receptre, vagy anélkül történő fogyasztására).

Az alap indikátorokon kívül találunk kérdéseket a *drog karrierre* és a *fogyasztás módjára* vonatkozóan. Az előbbire ad információt az *első fogyasztás ideje*, a *fogyasztás gyakorisága*, a *folyamatos fogyasztók* aránya (akik egyaránt fogyasztottak az eddigi életükben, és az előző évben), vagy a megszakított fogyasztók aránya (fogyasztottak az életükben, de nem fogyasztottak az előző évben), őket szokták „*kilépőknek*” nevezni. A jelenlegi folyamatos fogyasztást jelezheti az eddigi életben és az előző hónapban fogyasztók aránya, illetve a jelenlegi megszakítás arányát fejezi ki az előző hónapban nem fogyasztók, de az életükben fogyasztók aránya. Számos kutatás beszámol több drog párhuzamos fogyasztásáról, egy adott időszakban (tiltott és legális szerek együttes fogyasztása, vagy gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása). A fogyasztás módja ritkábban szerepel az alkalmazott kérdések között.

- A nemzetközi összehasonlítás javítása érdekében kidolgozott kérdőívben az EMCDDA az alábbi kérdések alkalmazását javasolja:

Gyógyszerek:

- Előző 12 hónap prevalenciája
- A fogyasztás gyakorisága
- Előző hónap prevalenciája és gyakorisága
- Az utolsó alkalommal szedett gyógyszerhez való hozzájutás (orvosi javaslatra, orvosi javaslat nélkül stb.)

A tiltott szerekre vonatkozóan az alábbi kérdések szerenkénti megkérdezését ajánlják (a kérdezett szerek: cannabis, ecstasy, amfetaminok, kokain, heroin, LSD):

- Ismer-e olyant, aki az adott szert fogyasztja
- életprevalencia
- előző évi prevalencia
- előző havi prevalencia
- előző havi fogyasztás gyakorisága

Az attitűd kérdésekben az alábbiak szerepelnek:

- a drogfüggő inkább betegnek vagy inkább bűnözőnek tekinthető
- mennyire ért egyet a marihuána liberalizálásával
- mennyire ért egyet a heroin liberalizálásával
- mennyire helyteleníti:
 - az ecstasy kipróbálását
 - a heroin kipróbálását
 - 10 vagy több cigaretta napi rendszerességgel történő elszívását
 - hetente többször egy-két ital elfogyasztását
 - alkalmankénti marihuána vagy hasis fogyasztást
- mennyire veszélyeztetik magukat azok, akik az alábbiakat csinálják:
 - elszívnak naponta egy vagy több doboz cigarettát
 - minden hétvégén 5 vagy több italt megisznak egyszerre
 - rendszeresen marihuánát vagy hasist szívnak
 - kipróbálják az ecstasyt
 - kipróbálják a kokaint vagy a cracket

A kifejezetten elterjedtségre vonatkozó kérdések gyakran kiegészülnek a *hozzáférhetőségre*, a droggal és drogfogyasztókkal kapcsolatos *véleményekre*, valamint a *környezet, kortárs csoportok fogyasztási szokásaira*.

- Az ESPAD kutatások során alkalmazott kérdések:

<p>Kérdezett szerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nyugtató, altató – orvosi javaslatra, és anélkül • Marihuána, hasis • LSD és egyéb hallucinogének • Crack • Kokain • Heroin • Ecstasy • Mágikus gomba • Alkohol gyógyszerrel • GHB • Szervesoldószer belélegzés • Anabolikus szteroidok 	<p>Kérdések:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gyakoriság az életben • Gyakoriság az előző hónapban (marihuána, ecstasy, szipuzás) • Fogyasztásból eredő problémák • Attitűdök • Ismertség, hozzáférés
--	---

6.6. A dohányzás közvetlen indikátorai ⁴

A dohányzás közvetlen indikátorokkal történő mérése három nagyobb területet foglal magában. Egyrészt az alkohol és kábítószer kutatásokhoz hasonlóan a dohányzással foglalkozó vizsgálatok is kiterjednek a dohányzási *szokások*, a dohányzásból eredő *problémák* és a dohányzással kapcsolatos *attitűdök* vizsgálatára. Több dohányzással foglalkozó kérdéssor vizsgálja a *passzív dohányzásnak* való kitettséget is.

A *dohányzási szokásokat* legelterjedtebben a különböző időszakokra vonatkozó dohányzás gyakoriságával, és az elszívott cigaretta mennyiségével írják le. Utóbbi időben elterjedt az egyes dohánytermékek (cigaretta, szivar, pipadohány) külön-külön történő megkérdezése, sőt vannak kutatások (Gallup 2009, GYTS), amelyek kitérnek a rágó dohány, tubák vagy vízipipa használatának gyakoriságára is.

• Példák a dohányzási szokások kérdezésére

• Kérdések a GYTS⁵ kutatásban:

A fogyasztás gyakorisága:	Kérdezett dohányfajták:
<ul style="list-style-type: none"> • dohányzás az életben • dohányzás gyakorisága az előző 30 napban • jelenlegi vagy korábbi rendszeres dohányzás 	<ul style="list-style-type: none"> • gyárilag sodort cigaretta • kézzel sodort cigaretta • szivar/szivarka
<p>A fogyasztás mennyisége:</p> <ul style="list-style-type: none"> • az előző hónap egy napján elszívott cigaretta mennyisége 	<ul style="list-style-type: none"> • pipa/vízipipa • tubák/rágódohány

• Kérdések az ESPAD kutatásban:

<ul style="list-style-type: none"> • Dohányzás gyakorisága az életben • Dohányzás mennyisége és gyakorisága az előző 30 napban <ul style="list-style-type: none"> • egyáltalán nem • egy cigarettánál kevesebbet hetente • egy cigarettánál kevesebbet naponta • napi 1-5 szálát • napi 6-10 szálát • napi 11-20 szálát • napi több mint 20 szálát
--

⁴A dohányzással kapcsolatos indikátorokat ld. részletesen: Nyírády, Elekes (2011)

⁵Global Youth Tobacco Survey (GYTS2008)

A dohányzásra irányuló kutatások egy részében jelentős törekvés figyelhető meg a *nikotin függés* elterjedtségének mérésére. A szakirodalom alapján Urbán (2007) két irányzatot különböztet meg: az egyik irányzat a fizikai függés és tolerancia kialakulására koncentrál, a másik – amint ezzel már az alkohol függés esetében is találkoztunk – a DSM IV diagnosztikai rendszerére alapozva, a szerfüggés általános tüneteit veszi számba.

- A fizikai függést és toleranciát mérő Fagerstrom Tolerancia Skála (FTS) (Urbán 2007:118):

- A reggeli felébredést követően mikor szívja el az első cigarettát?
- Nehéznek találja-e a dohányzástól megtartóztatnia magát olyan helyeken, ahol ez tiltott (pl. templom, könyvtár, mozi, repülő stb.)?
- Ha fel kellene hagynia valamelyik cigarettával, akkor melyiktől válna meg a legnehezebben?
- Hány szál cigarettát szív el egy nap?
- Többet dohányzik a felébredés utáni első két órában, mint a nap további részében?
- Dohányzik-e akkor is, amikor annyira beteg, hogy szinte egész napját az ágyban tölti?
- Letűdözi-e a cigarettafüstöt?
- Milyen cigarettamárkát fogyaszt?

- A nikotinfüggés DSM-IV alapján azonosított összetevői (Urbán 2007:120):

- nikotintolerancia
- megvonási tünetek (depresszív hangulat, alvászavar, nyugtalanság stb.)
- a szándékosnál nagyobb mértékű nikotinhasználat
- sikertelen leszokási kísérletek
- társadalmilag és személyesen is fontos tevékenységek hanyagolása a dohányzás érdekében
- nyilvánvaló ártalmak ellenére is fenntartott használat
- a nikotintartalmú termékek megszerzésére tett erőfeszítések

Feladatok:

- Állítson össze egy olyan kérdőívet, amellyel felnőtt normálnépesség körében az alkoholfogyasztás elterjedtségét, és a problémás alkoholfogyasztás mértékét vizsgálni tudja
- Milyen torzító tényezőkkel kell számolnunk az önbevallásos vizsgálatok eredményei alapján készített becsléseknél?
- Miben különbözik, és miben hasonlít az alkohol és a tiltott szerek fogyasztásának önbevalláson alapuló mérése?

Ajánlott irodalom

- [1] Elekes, Zs.. 2002. *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai Társadalmijelzőszám-füzetek. (I. fejezet 5-29., III. fejezet 40-49).* KSH. Budapest.
- [2] EMCDDA (1999): *Comparability of general Population Survey. European expert group on drug use surveys. CT.97.EP.09.*
- [3] Greenfield, T. K. és Kerr, W.C.. 2008. *Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. Addiction, 103.* 1082-1099.
- [4] Martinic, M. és Measham, F.. 2008. eds: *Swimming with Crocodiles. The Culture of Extreme Drinking. ICAP Series on Alcohol in Society.* Routledge, Taylor & Francis Group. New York, London.
- [5] Room, R.. 1999. *Measuring drinking patterns and problems: the experience of the last half century. For presentation at the 25th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Montréal, 1999.*
- [6] Urbán, R.. 2007. *A nikotinaddikció in: Demetrovics Zs. szerk: Az addiktológia alapjai I.* 107-131. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.

7. Az alkoholprobléma elterjedtsége

A fejezet célja az alkoholprobléma magyarországi elterjedtségének bemutatása közvetett és közvetlen indikátorok segítségével. A rendelkezésre álló adatok alapján a hazai helyzetet nemzetközi összehasonlításban is értelmezzük.

7.1. Makro statisztikai adatok

7.1.1. Fogyasztás

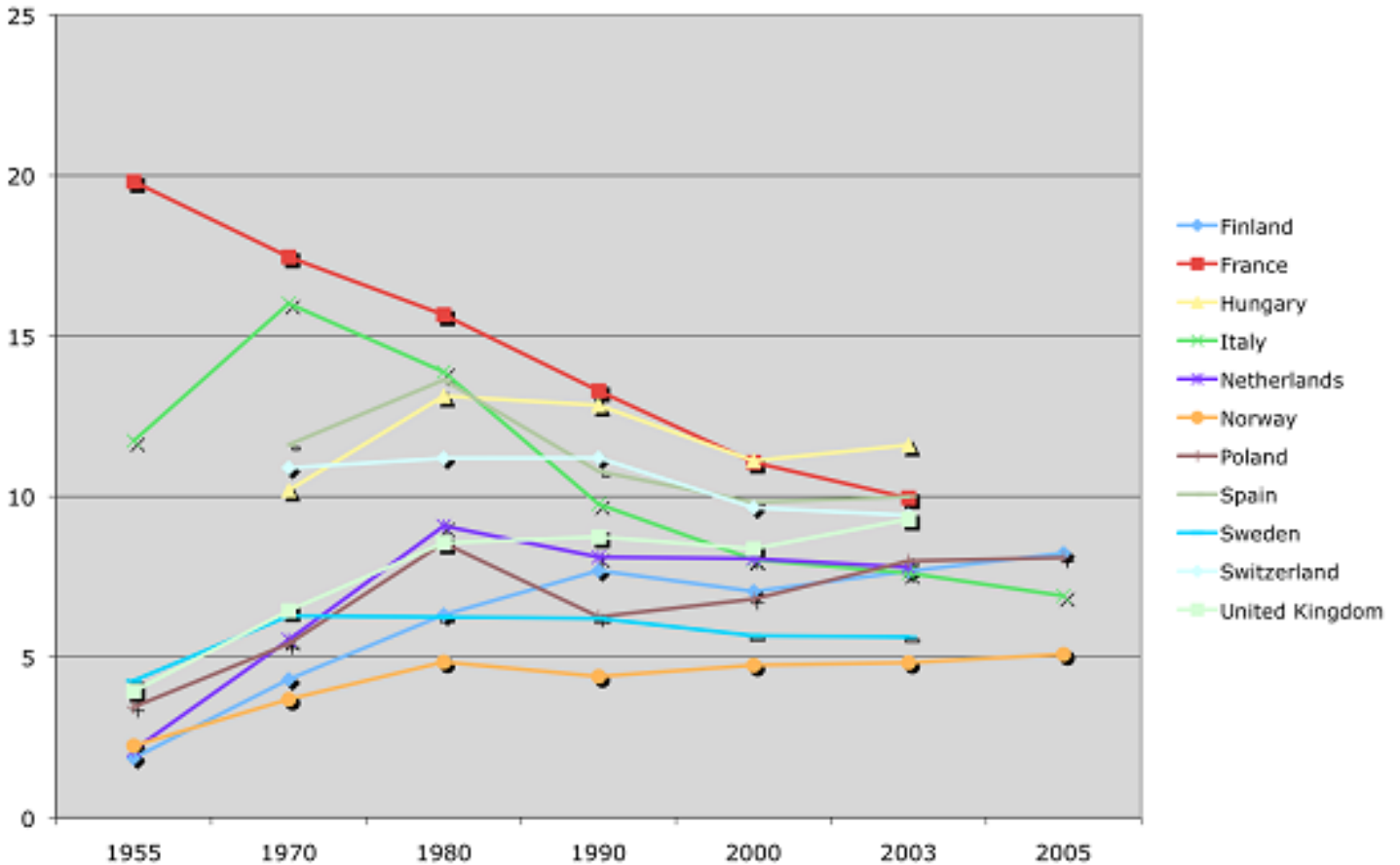
Európa alkoholfogyasztásának alakulását több szerző szerint a ciklikusság jellemzi. A középkorban egész Európára jellemző magas alkoholfogyasztást a XIX században jelentős visszaesés követi. A második világháború után a legtöbb európai országban és Észak-Amerikában az alkoholfogyasztás erőteljes növekedése következett be, amely az országok többségében csupán a hetvenes évekig tartott. Európa egészét tekintve, a fogyasztás a hetvenes évek második felében tetőzött, és azóta jelentős csökkenés ment végbe. A csökkenés azonban különböző mértékben érintette Európa országait. Részletes elemzések a fogyasztásban bekövetkezett változásokról az ECAS¹ program keretében készültek 14 EU tagország és Norvégia adatai alapján. Eszerint, a vizsgált országok fogyasztásában bekövetkezett csökkenés a hetvenes évek közepétől a nyolcvanas évek elejéig jelentős volt, majd a nyolcvanas években mérsékeltebb ütemben, de tovább folytatódott. A kilencvenes éveket elsősorban a stabilizálódás jellemezte. A fogyasztás csökkenése főleg a hagyományosan borfogyasztó országok² fogyasztásában bekövetkezett csökkenésnek volt köszönhető (Leifman 2001). A legnagyobb csökkenés Olaszországban következett be, ahol a hetvenes évek elejének 19 liter egy főre jutó fogyasztása 9 literre csökkent a kilencvenes évek közepére. A csökkenés legkorábban Franciaországban kezdődött, ahol már az ötvenes évek közepén mérséklődött a fogyasztás. A csökkenés valamennyi borfogyasztó országban, a bor fogyasztásában bekövetkezett radikális visszaesésből adódott. A hagyományosan „sörfogyasztók”-ként definiált országokban³ az összes fogyasztás növekedése szintén a hetvenes évek elejéig tartott, ám a csökkenés nem volt olyan radikális, mint a borfogyasztó országokban sőt, például az Egyesült Királyságban vagy Dániában csupán a fogyasztás stagnálása figyelhető meg a hetvenes évektől napjainkig. Ezekben az országokban elsősorban a tömény ital fogyasztásának a csökkenése volt jellemző, míg némelyik országban növekedett a borfogyasztás (Belgium, Dánia, Egyesült Királyság), és nem növekedett a sörfogyasztás. A korábban töményitalt fogyasztó országokban⁴ a fogyasztás növekedése a hetvenes években nem mindenhol fejeződött be. Míg Finnországban a nyolcvanas évek elejét jellemző stagnálást a nyolcvanas évek második felében újabb növekedés, majd a 90-es években stagnálás követte, addig a többi volt tömény fogyasztó országban a növekedés a hetvenes évek végéig, nyolcvanas évek elejéig tartott. Valamennyi, volt töményt fogyasztó országban jelentősen csökkent a töményital fogyasztás az eladási adatok szerint, ugyanakkor a nem regisztrált töményital fogyasztás jelentősége megnőtt. Összességében az ECAS program a fogyasztási adatokon végzett elemzései alapján arra a következtetésre jut, hogy *valóságos homogenizálódás figyelhető meg a vizsgált európai országok alkoholfogyasztásában, ez a homogenizálódás azonban elsősorban a hagyományosan bort fogyasztó országok összes alkoholfogyasztásában, és különösen a borfogyasztásukban bekövetkezett jelentős csökkenésnek köszönhető, és elsősorban a hetvenes évek közepéig volt jellemző* (8. ábra). A sörfogyasztó, és korábbi töményfogyasztó országokban ez a homogenizálódási folyamat a nyolcvanas, kilencvenes években már kevésbé figyelhető meg. Ugyanakkor ezekben az országokban is jellemző a domináns alkoholtípus (sör, vagy tömény) fogyasztásának mérséklődése (Simpura 2001).

¹ European Comparatív Alcohol Study

² Franciaország, Portugália, Olaszország, Spanyolország, Görögország

³ Ausztria, Belgium, Dánia, Németország, Írország, Egyesült Királyság

⁴ Finnország, Hollandia, Norvégia, Svédország

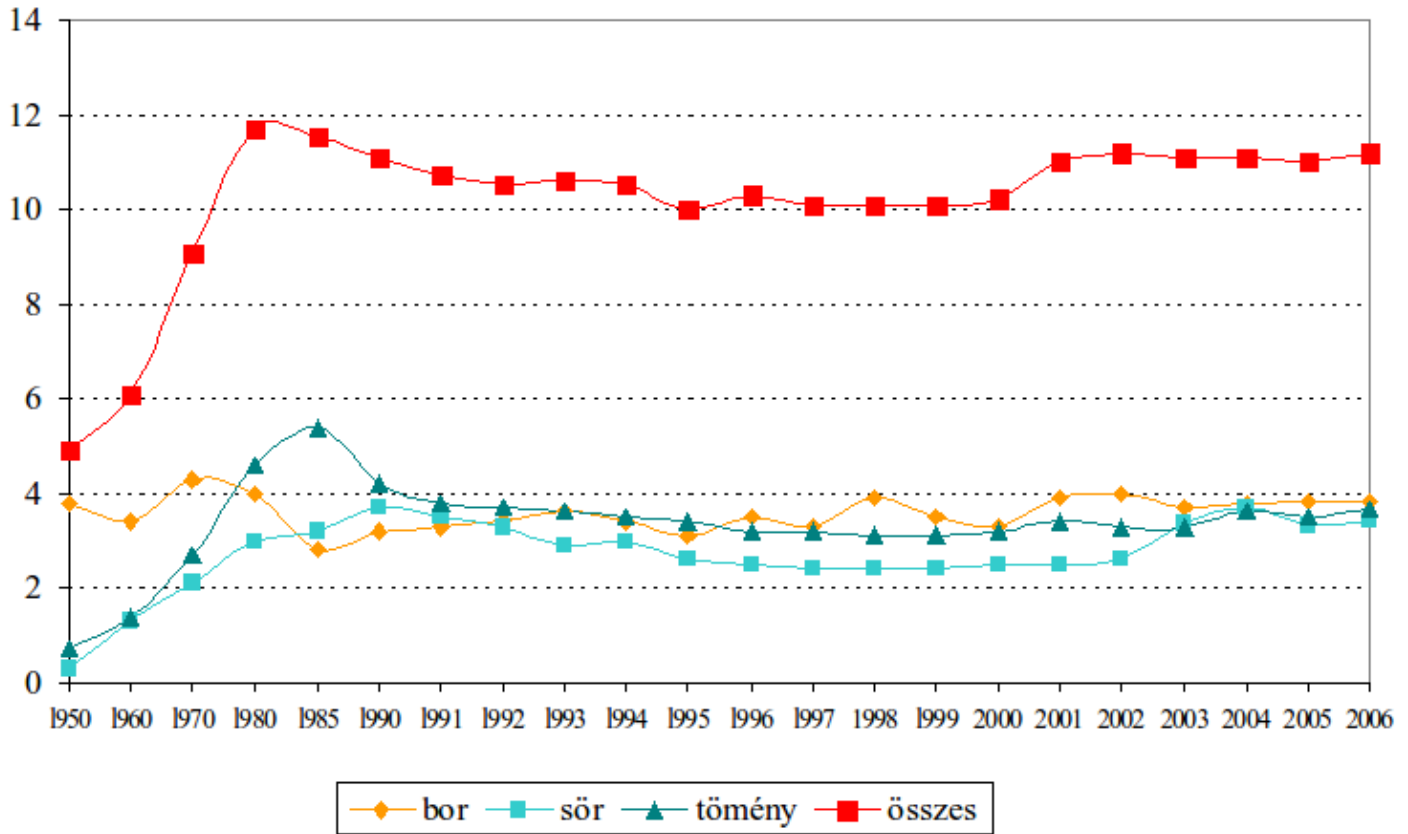


8. ábra Egy főre jutó alkoholfogyasztás 100%-os tiszta szeszben számolva 12 európai országban (1955-2005) (Allaman és társai 2010)

A volt szocialista országok többségében⁵ az egy főre jutó fogyasztás a nyolcvanas évek elejéig egyértelműen nő (Lehto 1995). A nyolcvanas években a *legtöbb volt szocialista országban a fogyasztás csökkenése vagy stagnálása következett be*. Ebből kivételt csupán a volt NDK adatai mutatnak. Különösen nagymértékű csökkenés a volt Szovjetunióban következett be, az 1985-ben elindult, és Gorbacsov nevéhez fűződő alkoholelles kampány következtében (árak jelentős emelése, a hozzáférés radikális korlátozása, reklám stb.). Szintén jelentős csökkenés következett be Lengyelországban a nyolcvanas évek elején, amikor elsősorban a Szolidaritás nyomására a korábbinál szigorúbb alkoholkorlátozó intézkedéseket vezettek be. Összességében ezekben az országokban az alkoholfogyasztás növekedésének mérséklődése vagy megállása jó tíz évvel később következett be, mint Nyugat-Európában, és ezen országok többségében a növekedést nem csökkenés, hanem egy magas szinten történő stabilizálódás jellemezte az elmúlt másfél évtizedben.

Magyarországon a többi volt szocialista országhoz hasonlóan az egy főre jutó alkoholfogyasztás a nyolcvanas évek közepéig nőtt (9. ábra). Az eddigi legmagasabb fogyasztást először 1980-ban éri el az ország, amikor az egy főre jutó fogyasztás tiszta szeszre számítva 11,7 liter volt. Ez pedig 2,4-szerese az 1950. évi adatnak. Ez alatt a 30 év alatt jelentősen átalakult a fogyasztás szerkezete is. Míg a borfogyasztás kisebb nagyobb ingadozásokkal 1980-ban csak 5 %-kal haladta meg az 1950. évi átlagot, addig a sörfogyasztás 10,4-szeresére nőtt, a tömény szesz fogyasztás pedig 6,2-szeresére. 1980-tól bizonyos csökkenés következett be, és az egy főre jutó fogyasztás 11,3 literre csökkent, amely elsősorban a borfogyasztás 15%-os csökkenéséből adódott. 1984-ben újra 11,7 literre nőtt a fogyasztás.

⁵ Bulgária, Magyarország, Lengyelország, Románia, Csehszlovákia, NDK, Szovjetunió, Jugoszlávia



9. ábra Egy főre jutó alkoholfogyasztás 100%-os tiszta szeszben Magyarországon, liter (A főbb addikciók... 1998: 21., Magyar statisztikai évkönyv 2007.)

A nyolcvanas évek második felében végmenet csökkenést a kilencvenes években inkább a stagnálás jellemezte. Jelentősebb változás 2001-ben következett be, amikor egy év alatt közel egy literrel nőtt az egy főre jutó fogyasztás tiszta szeszben számolva. Azóta ismét 11 liter fölött stabilizálódott a hazai alkoholfogyasztás. Ezzel a mennyiséggel *Magyarország Európa negyedik legnagyobb alkoholfogyasztójává vált a 2000-es évek közepére*. Ennél magasabb alkoholfogyasztást csak Luxemburgban, Csehországban és Észtországban regisztráltak ⁶ (WHO Global Alcohol Database). Ha a nem regisztrált fogyasztás becslést is figyelembe vesszük, akkor Európában *Magyarországon volt a legmagasabb az egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta szeszben számított értéke* (Anderson, Baumberg 2006)

Európa más országaira vonatkozó adatok azt mutatták, hogy az összefogyasztás alakulását elsősorban a hagyományosan fogyasztott italfajta fogyasztásában bekövetkezett változás okozta. Ezzel ellentétben Magyarországon a hagyományos italfajtának tekintett bor fogyasztása meglehetősen nagy stabilitást mutatott az elmúlt fél évszázadban. Bár jelentős volt a sörfogyasztás növekedése 1950 és 1990 között, a fogyasztás szerkezetének igazi alakulását a tömény fogyasztás erőteljes növekedése eredményezte a nyolcvanas évek közepéig, majd a nyolcvanas évek végén bekövetkezett csökkenést is elsősorban a tömény fogyasztás csökkenése okozta. Ennek köszönhetően, 1985-re az összes alkoholfogyasztás közel fele, 47 %-a tömény ital formájában történt. Ez az arány az utóbbi évekre lecsökkent 32 %-ra. Ugyanakkor az elmúlt évek alkoholfogyasztásának növekedése részben ismét a tömény italnak, részben pedig a sörnek volt köszönhető.

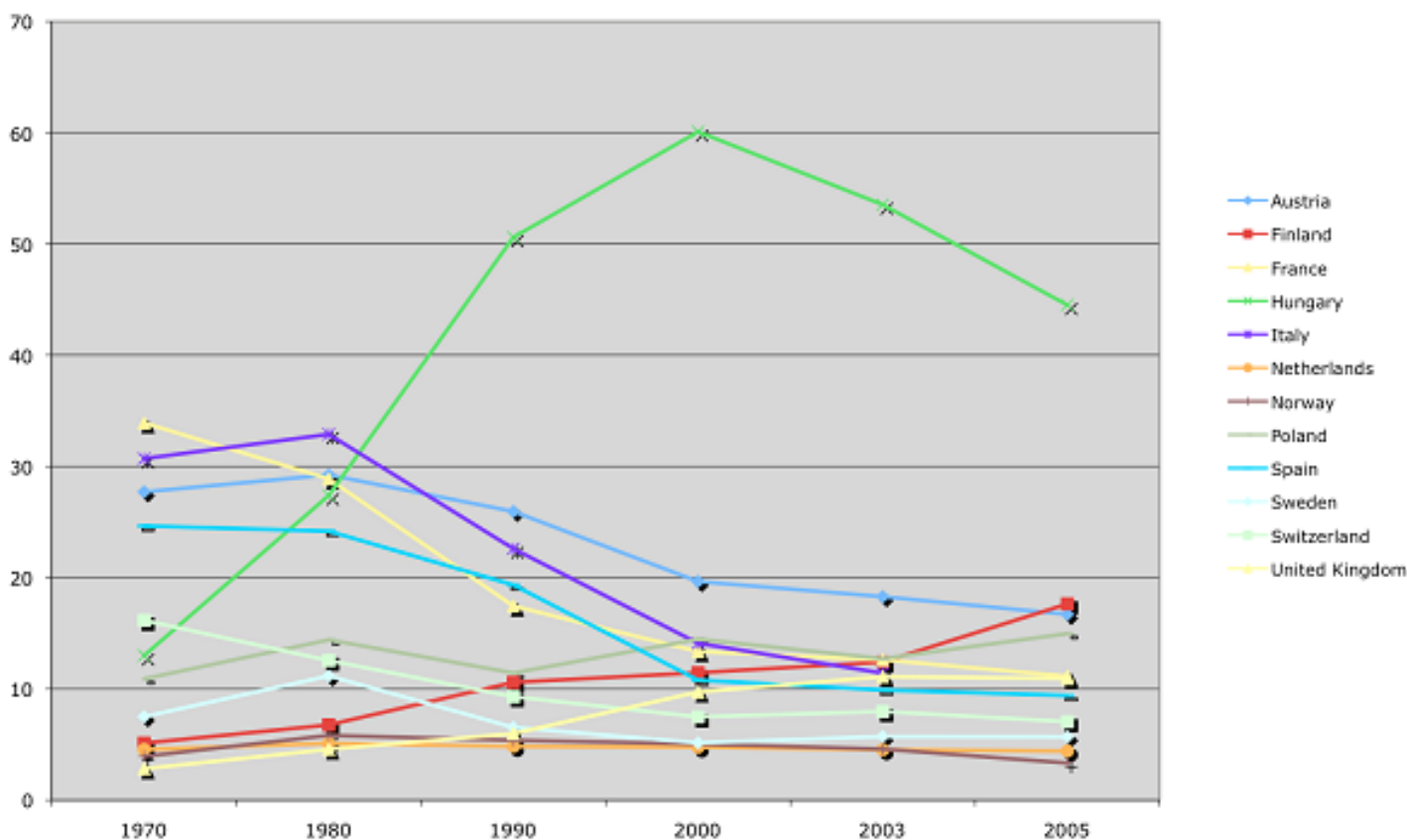
7.1.2. Következmények

A WHO számításai szerint az összes halálozás 3,2%-a alkoholfogyasztásra vezethető vissza. (Global Status 2004 p:1) Csupán Európában, 1999-ben 55 000 15-29 éves fiatal halála alkoholfogyasztással volt kapcsolatos (Rehm and Eschmann, 2002 idézi Global Status 2004). Józan (2003) Magyarországra vonatkozó számításai szerint 1999-ben a 70 év alatti, idő

⁶ Fontos megjegyezni azonban, hogy Luxemburg és Észtország magas egy főre jutó fogyasztásban jelentős szerepet játszik a turistaforgalmon keresztül történő nagy arányú kivitel

előtti halálozásokban az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozások 21%-t képviseltek. *Különösen magas, 27% az alkohol okozta halálozás a 35-64 éves férfinepességben.*

A már korábban is idézett ECAS tanulmány szerint a vizsgált európai országokban a májzsugorodásos halálozási arányokra vonatkozó elemzések a fogyasztási adatokhoz hasonló tendenciát mutatnak (Ramstedt 1999). A százezer lakosra jutó kor szerint standardizált májzsugorodásos halálozások száma a vizsgált 15 európai országban az ötvenes évek elejétől a hetvenes évek közepéig folyamatosan emelkedett, majd a kilencvenes évek első feléig folyamatosan csökkent. Lényegesebben csupán Dánia, Finnország és az Egyesült Királyság tér el ettől a trendtől, mind három országban a halálozási arány folyamatosan nőtt a második világháború után egészen a kilencvenes évek közepéig. Az országok többségét jellemző csökkenő trend akkor is megfigyelhető, ha a májzsugorodásos halálozások összes halálozáson belüli arányát nézzük, bár ez a csökkenés kevésbé meredeknek látszik. *Azaz a májzsugorodásos halálozások az EU országokban kisebb mértékben csökkentek, mint az összes halálozás.* Ramstedt elemzése szerint a 15 európai ország rangsora 1950 és 1995 között meglehetősen stabil ⁷, azonban *a fogyasztási adatokban megmutatózó homogenizálódási tendencia itt is megmutatkozik (10. ábra).* Azaz a legnagyobb javulás a májzsugorodásos halálozási gyakoriság alapján elsősorban a mediterrán országokban figyelhető meg, tehát ott, ahol a fogyasztás is a legjelentősebb mértékben csökkent. Ugyanakkor Dánia, Finnország és az Egyesült Királyság az a három ország, ahol a kilencvenes években is nőttek a halálozási adatok, és ezek azok az országok, ahol az egy főre jutó fogyasztás sem csökkent.



10. ábra Májbetegség és cirrhózis miatti halálozások 100 ezer lakosra jutó száma 12 európai országba (1970-2005) (Allaman és társai 2010)

Magyarországon a 100 ezer lakosra jutó májbetegségek száma hosszú időn át nem mutatta azt az enyhe javulást vagy stagnálást, amelyet a fogyasztási adatoknál tapasztaltunk. A májbetegségben (korábban májzsugorodásban) meghaltak száma a kilencvenes évek közepéig jelentősen nőtt. 1995-1996 között nagyarányú csökkenést figyelhetünk meg. Ez a csökkenés azonban a BNO X-re történt áttéréssel magyarázható (aminek következtében az adatok a korábbi évekkal nem

⁷ Magas halálozási arányú országok: Portugália, Franciaország, Olaszország, Ausztria, Spanyolország, Nyugat-Németország, közepes halálozási arányú országok: Görögország, Belgium, Dánia, alacsony halálozási arányú országok: Svédország, Finnország, Hollandia, Norvégia, Egyesült Királyság, Írország

összehasonlíthatóak), ugyanakkor valószínűsíthető az is, hogy az egészségügy megváltozott finanszírozása is hatással volt a halálozási adatokra. Természetesen nem zárható ki az sem, hogy az alkoholfogyasztás csökkenése érezteti hatását a halálozási adatokban, ennek azonban ellentmond az, hogy a csökkenés csupán egyetlen évben figyelhető meg, akkor pedig sokkal nagyobb arányú, mint azt a fogyasztás csökkenése indokolná. 1996-1999 között újabb növekedés következik be a halálozási adatokban. Újabb csökkenést 2000-ben tapasztalunk először, amely azóta is megfigyelhető. A 2005. évi jelentős csökkenés, amint azt korábban már említettük, részben a BNO újabb revíziójának, részben pedig a kézi regisztrálásról a gépre való áttérésnek köszönhető. (4. tábla)

4. táblázat - A májzsugorodásban/májbetegségben meghaltak száma százezer lakosra számítva, nemenként 1950-2008

év	arány	év	arány
1950	5,0	1996	54,1
1955	5,5	1997*	55,3
1960	8,9	1998	59,0
1965	9,9	1999	72,3
1970	12,9	2000	68,7
1975	18,2	2001	63,7
1980	27,7	2002	60,4
1985	43,1	2003	61,8
1990	52,6	2004	60,1
1991	56,9	2005	54,8
1992	70,4	2006	54,4
1994	83,9	2007	55,7
1995	83,1	2008	52,5

(A főbb addikciók... 1998: 21., Demográfiai évkönyv 2008.)

Magyarország kifejezetten kedvezőtlen helyet foglal el a világban. Akár a krónikus májbetegségben és cirrhosisban (BNO IX. 571), akár pedig az alkoholfüggőség (BNO IX. 303) miatt meghaltak kor szerint standardizált 100 ezer lakosra jutó számát tekintjük, Magyarország egyértelműen vezető helyet foglal el nemzetközi összehasonlításba. A 100 ezer lakosra jutó májbetegségekre és cirrhosisra visszavezethető halálozási adatok alapján *Magyarország a világ második vezető országa*, és csupán a Moldvai Köztársaság előzi meg Magyarországot (Global Status 2004 p: 56-58).

7.2. Az alkoholfogyasztás elterjedtsége önbevallásos vizsgálatok alapján

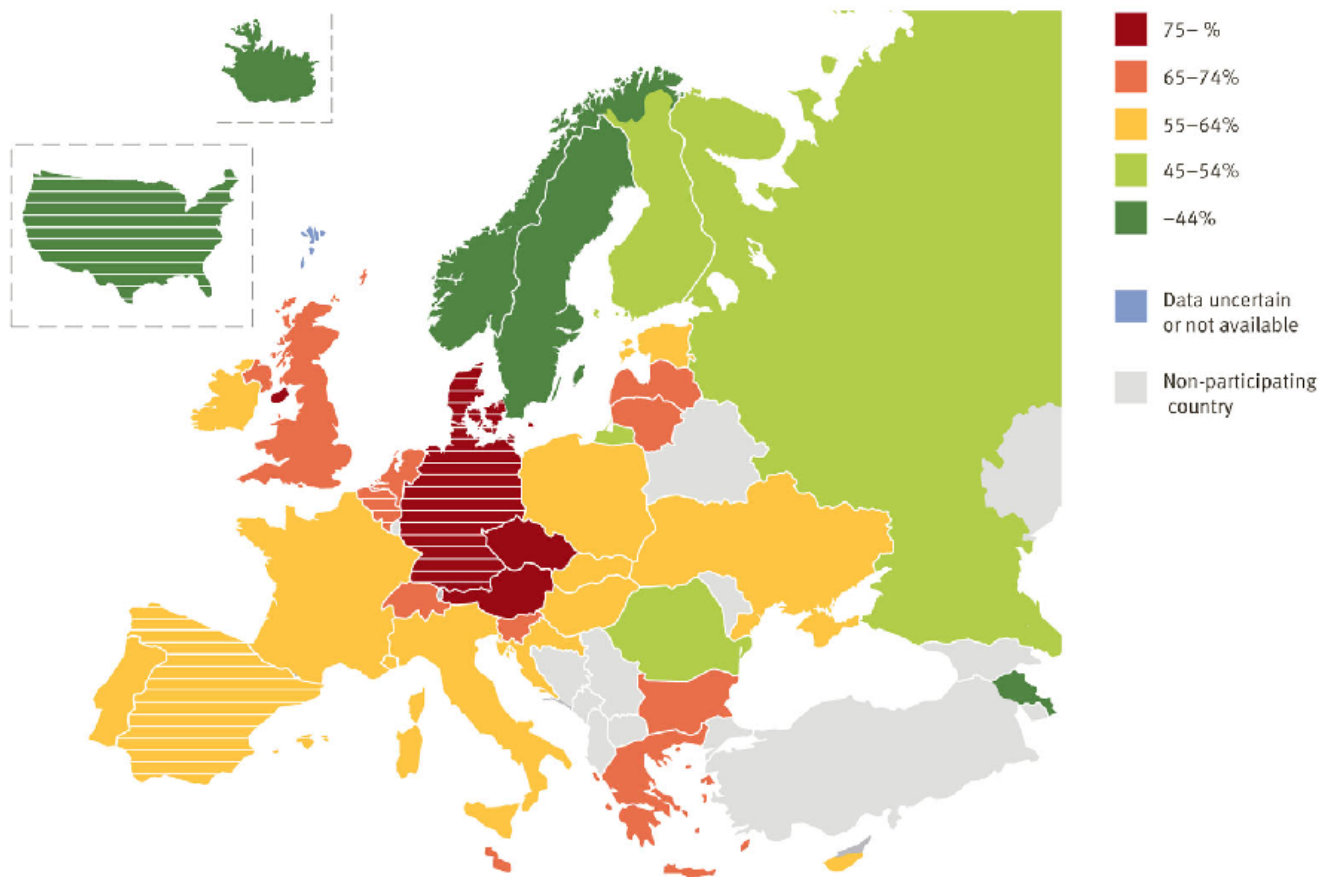
Alkoholfogyasztással kapcsolatos társadalomtudományi kutatás kevés készült Magyarországon. Alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések előfordulnak ugyan különböző más témájú kutatásokban „mellesleg” feltett kérdésként, a probléma mérésére ma már nemzetközileg is jól standardizált kérdéscsoportok egy-két kérdésének kiragadásával, ezek ritkán alkalmasak arra, hogy önmagukban mérjék a probléma elterjedtségét. Rendszeresen ismétlődő, azonos módszerekkel készült vizsgálatok a fiatalok körében készültek részben a HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) (Aszmann 2000. Currie et al. 2004, Németh 2007) részben pedig az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (Hibell et al. 1997, 2000, 2004, 2009.) kutatásoknak köszönhetően. Felnőttek körében kifejezetten alkoholfogyasztásra irányuló kutatás kevés készült és ezek eredményei is csak korlátozottan összehasonlíthatók. A fiatalok alkoholfogyasztását az ESPAD kutatások alapján mutatjuk be. (az adatok forrása: Elekes, Paksi 1996, 2000, Elekes 2007, 2009a, Hibell et al.

1997, 2000, 2004, 2009). A felnőttek fogyasztási szokásait bemutató fejezet elsősorban a 2003-ban végzett felnőtt kutatás eredményein alapul (Elekes, Paksi 2003, Elekes 2009b)

7.2.1. Fiatalok alkoholfogyasztási szokásai

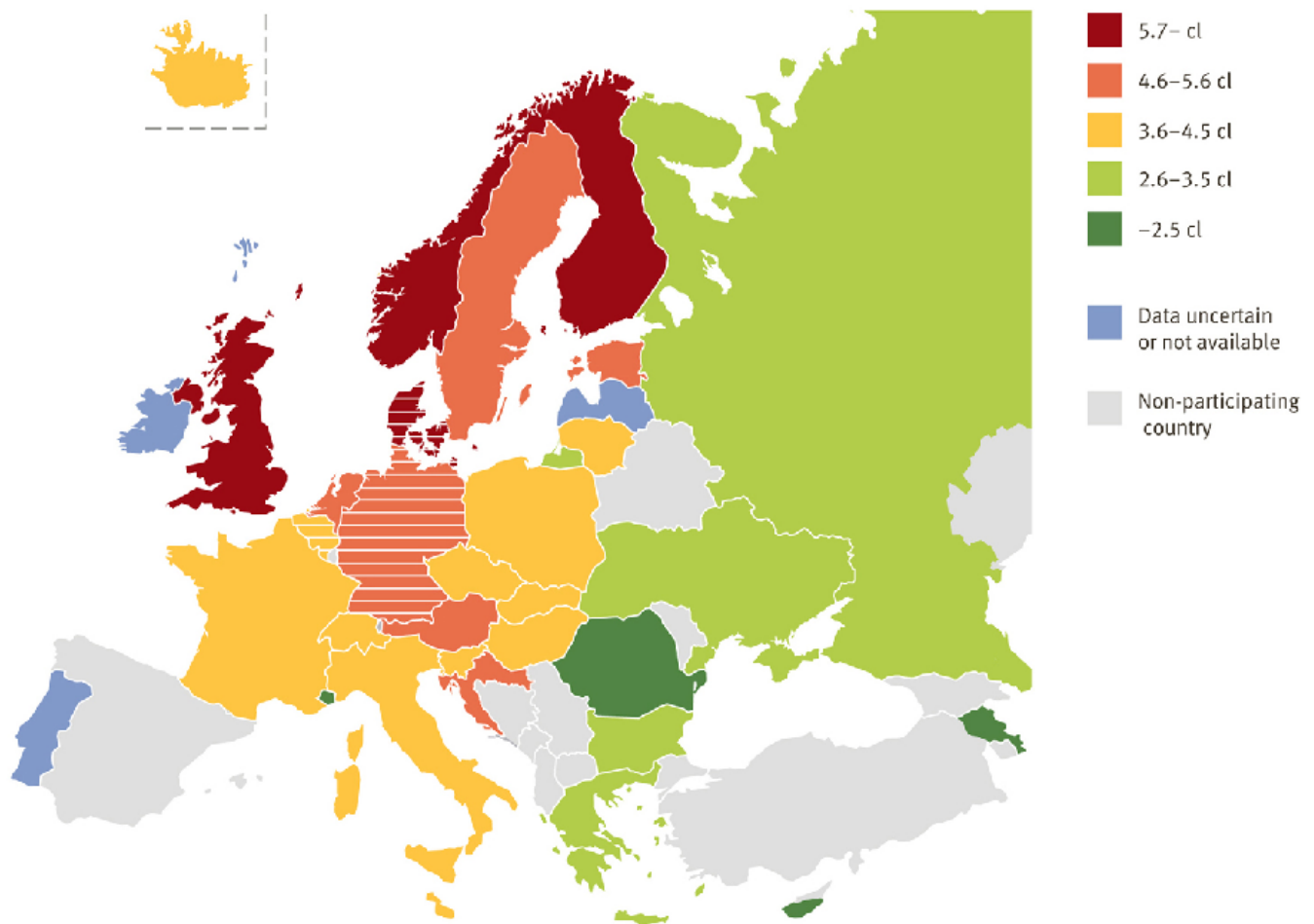
A 2007. évi ESPAD-kutatás keretében Magyarországon végzett adatfelvétel szerint⁸ a 16 éves diákok túlnyomó többsége, 93% fogyasztott már legalább egyszer alkoholt az életében. A fiúknál és a lányoknál az életprevalencia értékek közel azonosak (93,2% illetve 92,8%). A kérdezést megelőző évben alkoholt fogyasztók aránya 84,1%. Az életprevalencia értékekhez hasonlóan az előző év fogyasztási aránya sem mutat jelentős nemek közötti különbséget (fiúk: 82,%, lányok: 85,2%). A kérdezést megelőző hónapban a diákok 58,7%-a ivott alkoholt, 14,2% legalább hat alkalommal, azaz gyakrabban, mint hetente. A havi prevalencia értékek szintén nem mutatnak különbséget a két nem között: a fiúk 59,1%-a és lányoknak is több mint fele 58,2% ivott a megelőző hónapban. A rendszeresebb, havi hat vagy többszöri fogyasztás már egyértelműen gyakoribb a fiúknál, mint a lányoknál (16,4% illetve 12,1%).

A 16 évesekre vonatkozó élet és havi prevalencia értékek alapján a magyar fiatalok alig különböznek az európai átlagtól. 2007-ben az alkoholfogyasztás életprevalencia értékének európai átlaga 90%, a havi prevalencia érték pedig 61% volt a 16 éves fiatalok körében. (11. ábra).



11. ábra Az alkoholfogyasztás előző havi prevalencia értéke Európában – 16 évesek (Hibell és társai 2009:67)

⁸ Az adatfelvétel az 1991-ben született, iskolában tanuló diákok országos reprezentatív mintáján készült (N=2815), önkitöltős csoportos lekérdezéssel. A kutatást az OTKA (K60709) és a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatta

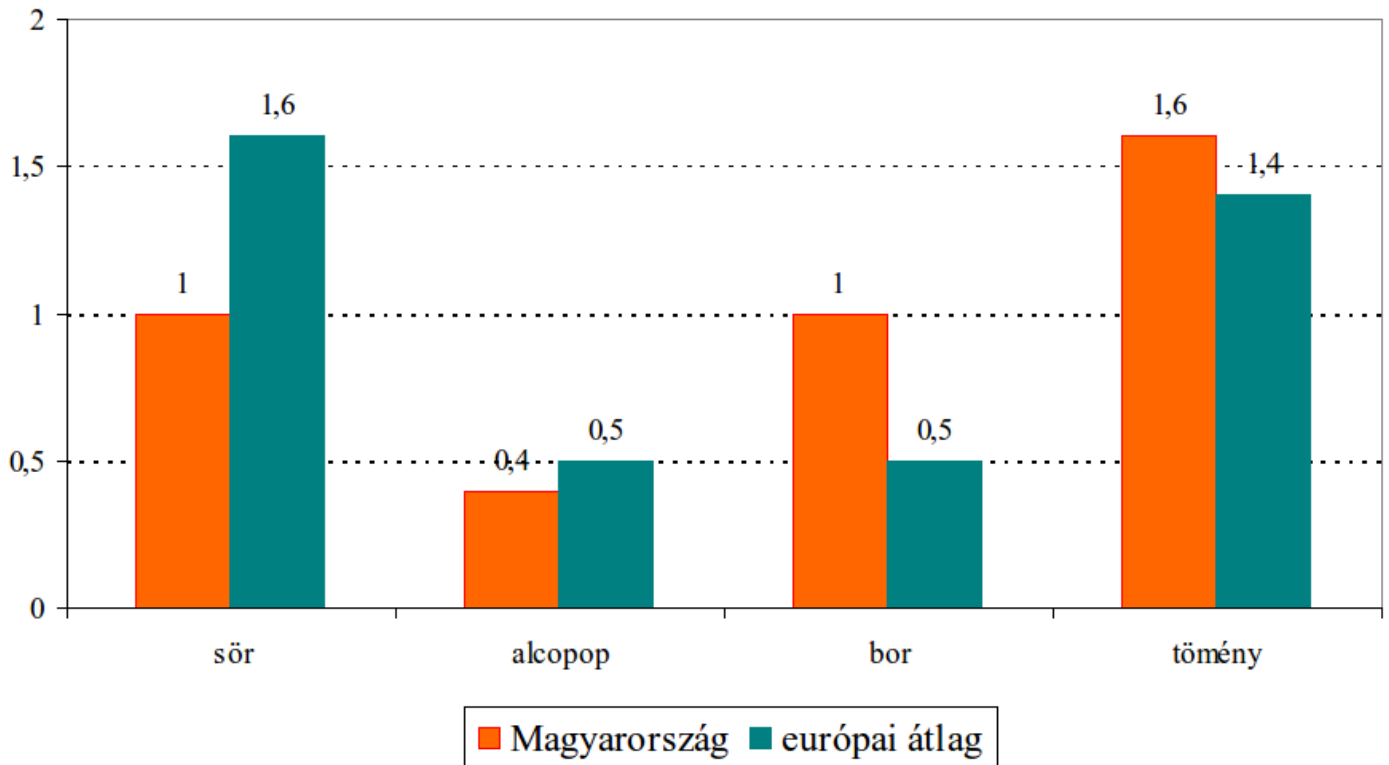


12. ábra Az utolsó alkalommal fogyasztott alkohol egy főre⁹ jutó mennyisége, 2007 (100%-os tiszta szeszben, cl), 16 évesek (Hibell és társai 2009:69)

Az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozó mennyiségi adatok alapján szintén azt állapíthatjuk meg, hogy a magyar fiatalok közel annyit isznak, mint az európai átlag, az európai középmezőnybe tartoznak (12. ábra).

Míg a prevalencia értékek és a mennyiségi adatok Magyarországon nem különböznek jelentősen az európai átlagtól, addig a magyar fiatalok alkoholfogyasztásának szerkezete jelentősen eltér az európai átlagtól. Európa fiataljai átlagosan 60%-kal több sört isznak, valamelyest nagyobb mennyiségben fogyasztanak alcopopot, ugyanakkor kevesebb tömény italt, és fele annyi bort isznak, mint a magyar fiatalok (13. ábra).

⁹ nem csak fogyasztókra, hanem valamennyi válaszolóra számolva



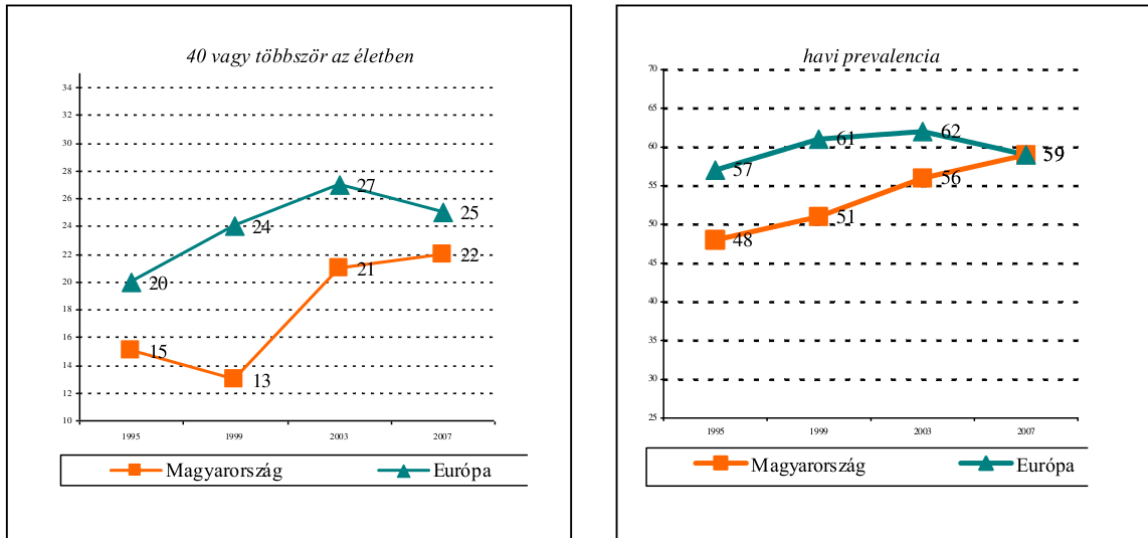
13. ábra Az utolsó alkalommal fogyasztott alkohol egy főre¹⁰ jutó mennyisége italfajtánként Magyarországon és az európai átlag, 2007 (100%-os tiszta szeszben, cl), 16 évesek (Elekes 2009a:183)

Az 1995 és 2007 közötti trendeket tekintve Magyarországon az alkoholfogyasztás élet és éves prevalencia értékei *alig* változtak az elmúlt 12 év alatt. Jelentősen terjedt azonban a rendszeresebb (legalább 40-szer az életben) alkoholfogyasztók aránya, nőtt a havi prevalencia értéke, és közel megkétszereződött a havi hat vagy több alkalommal alkoholt fogyasztók aránya (7,9%-ról 14,2%-ra nőtt).

A rendszeres alkoholfogyasztás mutatója alapján Magyarország némileg eltér az európai trendektől. Bár a legalább 40-szer alkoholt fogyasztók aránya Magyarországon az európai átlaghoz hasonló módon, jelentősen nőtt 1995 és 2003 között, az 1999 évi magyar adatok az európaiaktól eltérően, enyhe csökkenést mutattak a korábbi évekhez képest. Az előző hónapban ivók aránya 1995 és 2003 között az európaihoz hasonló növekedést mutat Magyarországon. 2007-ben, Európa országainak jelentős részét jellemző csökkenéssel ellentétben Magyarországon a rendszeres és az előző havi alkoholfogyasztás további, bár kismértékű növekedését tapasztaljuk (14. ábra). Ezt a tendenciát erősíti az a tény is, hogy a havi hat vagy több alkalommal alkoholt fogyasztók aránya 7,9%-ról 14,2%-ra nőtt az elmúlt 12 év alatt.

¹⁰ nem csak fogyasztókra, hanem valamennyi válaszolóra számolva

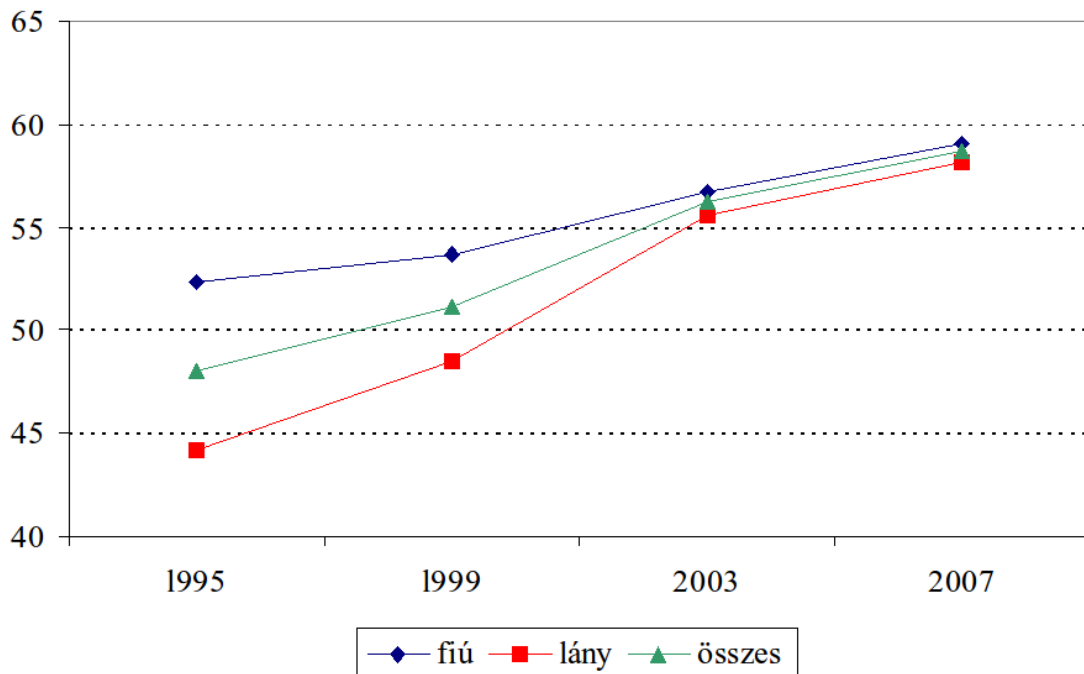
7. Az alkoholprobléma elterjedtsége



14. ábra Az alkoholfogyasztás prevalencia értékeiben bekövetkezett változások Magyarországon és az európai átlagban 1995-2007 között, 16 évesek (Elekes 2009a:178)

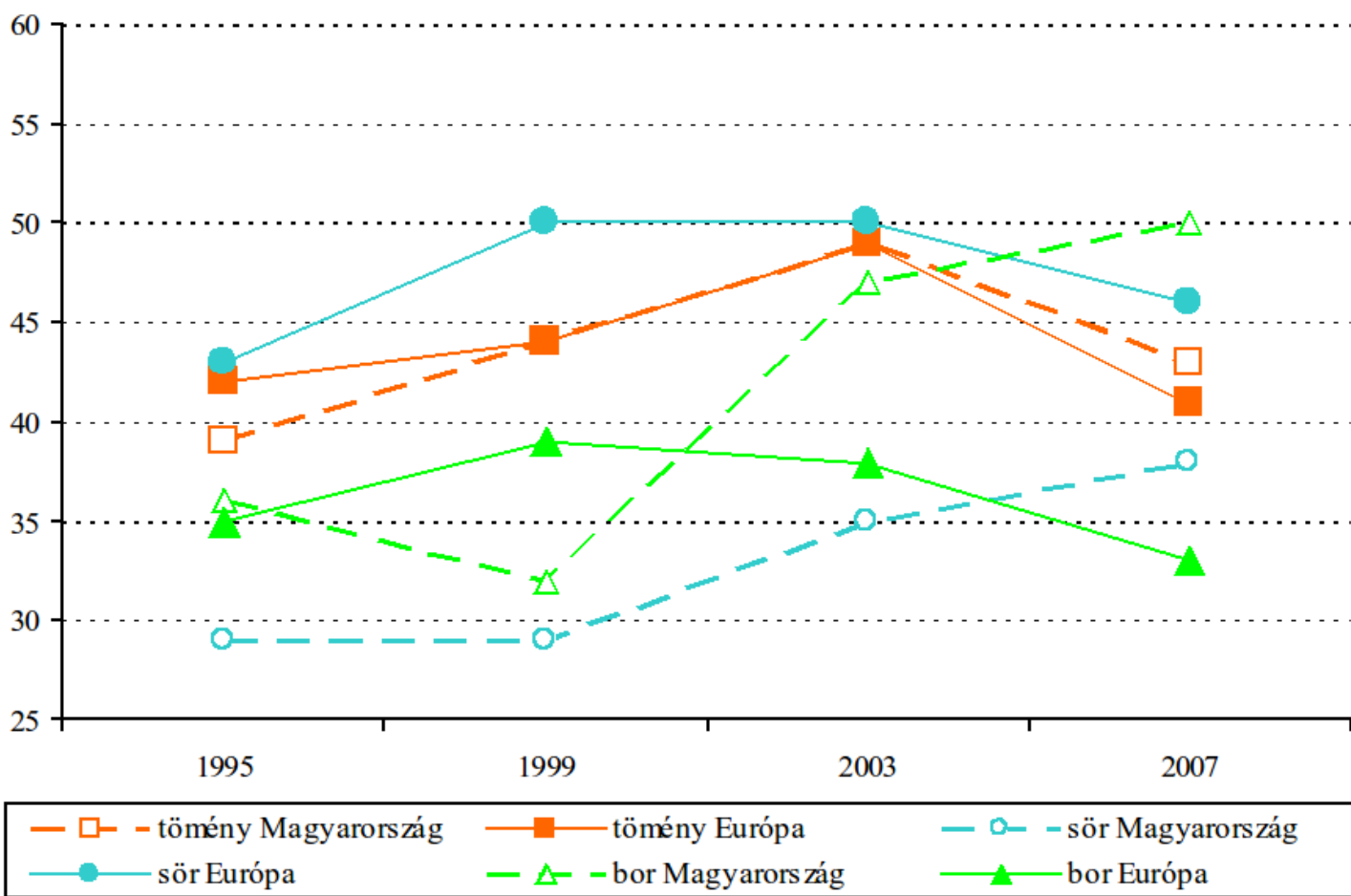
A havi prevalencia értékek *nemenkénti alakulása* arra utal, hogy a kilencvenes évek végétől megfigyelt, a két nem fogyasztási szokásainak közeledését mutató tendencia tovább folytatódott Magyarországon és *ma a fiúk és lányok havi gyakoriságú alkoholfogyasztása alig különbözik* (15. ábra).

A *nagyobb rendszerességű* (havi hat vagy több alkalommal történő) *fogyasztás* alapján a *nemek közötti különbségek ma is egyértelműek*, a fiúk között elterjedtebb a rendszeres alkoholfogyasztás. A növekedés üteme azonban 2003 és 2007 között a *lányoknál nagyobb mértékű volt*, mint a fiúknál, és így e mutató alapján is a lányok fogyasztási szokásai közeledni látszanak a fiúkéhoz. A két nem fogyasztási jellemzőinek közeledése számos európai országban szintén megfigyelhető.



15. ábra Az alkoholfogyasztás havi prevalenciája a 16 éveseknél 1995 és 2007 között (Elekes 2009a:147)

A magyar diákok európai átlagtól eltérő fogyasztási szerkezete fejeződik ki az *előző havi prevalencia értékek* 1995-2007 közötti *italfajták szerinti változásában* is¹¹. Ennek alapján a sörfogyasztás Európában 1995 és 1999 közötti növekedés után 1999 és 2007 között csekély mértékben csökkent. A magyar adatok ezzel ellenkezően, az 1995 és 1999 közötti stabilitás után 1999 és 2007 között nőnek, azaz *a sörfogyasztás akkor kezd terjedni nálunk, amikor Európában mérséklődik*. A tömény italok fogyasztása az európai trendekhez hasonlóan alakul, az 1995-2003 közötti növekedést 2007-ben csökkenés követi. A csökkenés Magyarországon kisebb mértékű volt, mint Európában, és így *a havi rendszerességgel tömény italt fogyasztók aránya ma nálunk magasabb az európai átlagnál*. A borfogyasztás, a sörhöz hasonlóan, az európai átlagtól ellentétes tendenciát mutat. Míg Európában 1999 és 2007 között csökkent a borfogyasztók aránya, addig Magyarországon igen jelentős növekedés következett be, amelynek eredményeként 2007-ben nem csak a fogyasztott mennyiség, hanem *az előző hónapban bort fogyasztók aránya alapján is meghaladják a magyar fiatalok az európai átlagot* (16. ábra).



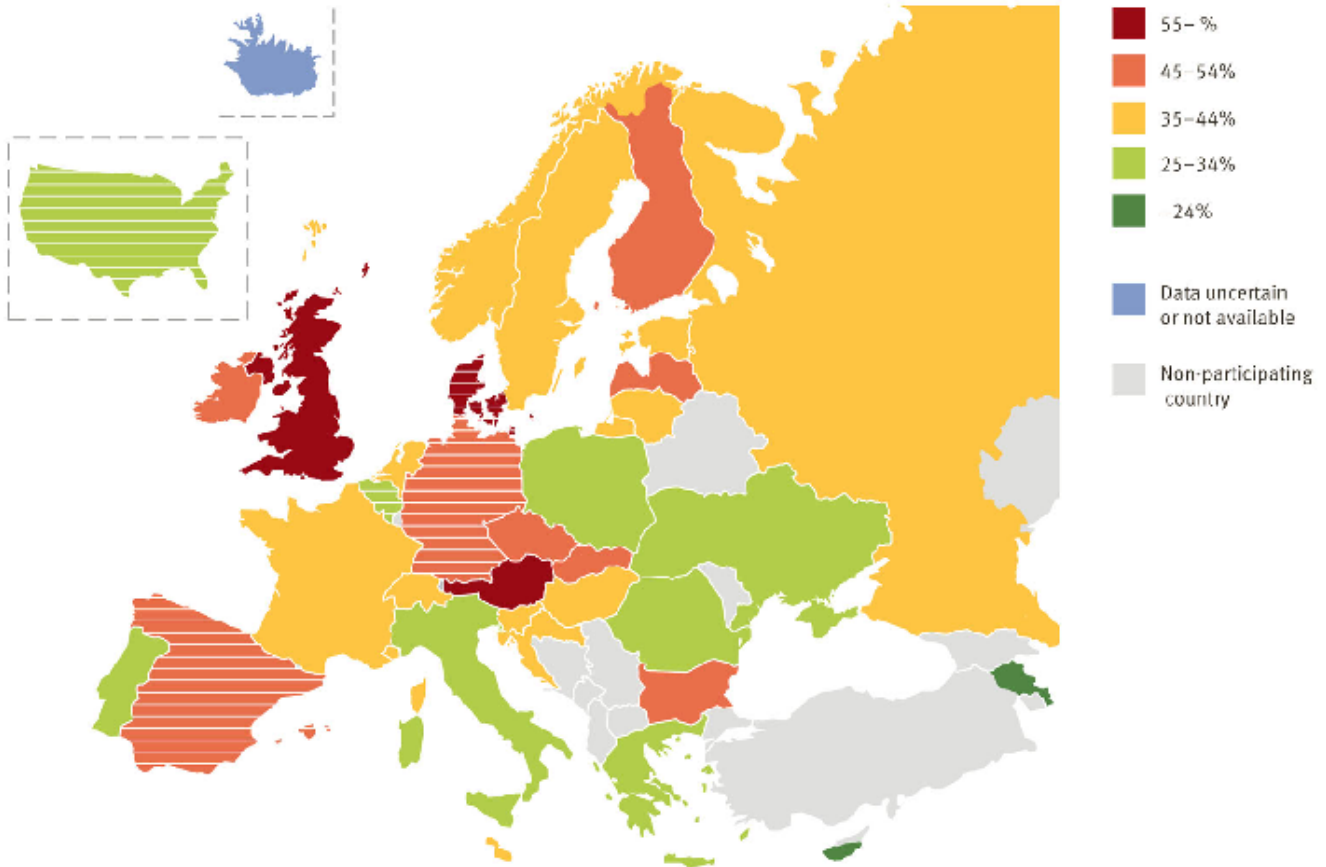
16. ábra Az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya italajtánként Magyarországon és az európai átlag 1995-2007, 16 évesek (Elekes 2009a:184)

Az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formáinak elterjedtségét a lerészegedésre és nagyivásra vonatkozó kérdések mutatják. A megkérdezett fiatalok több mint fele volt már részeg legalább egyszer az életben, és 43,7% volt részeg a megelőző évben. Bár a lányok között alacsonyabb a valaha, vagy az előző évben lerészegedők aránya, figyelemreméltóan kicsi a különbség a fiúk és a lányok között a lerészegedés előfordulásában.

A megkérdezett fiatalok több mint egynegyede volt legalább egyszer részeg a kérdezést megelőző hónapban. A havi lerészegedés valamelyest elterjedtebb a fiúknál, mint a lányoknál.

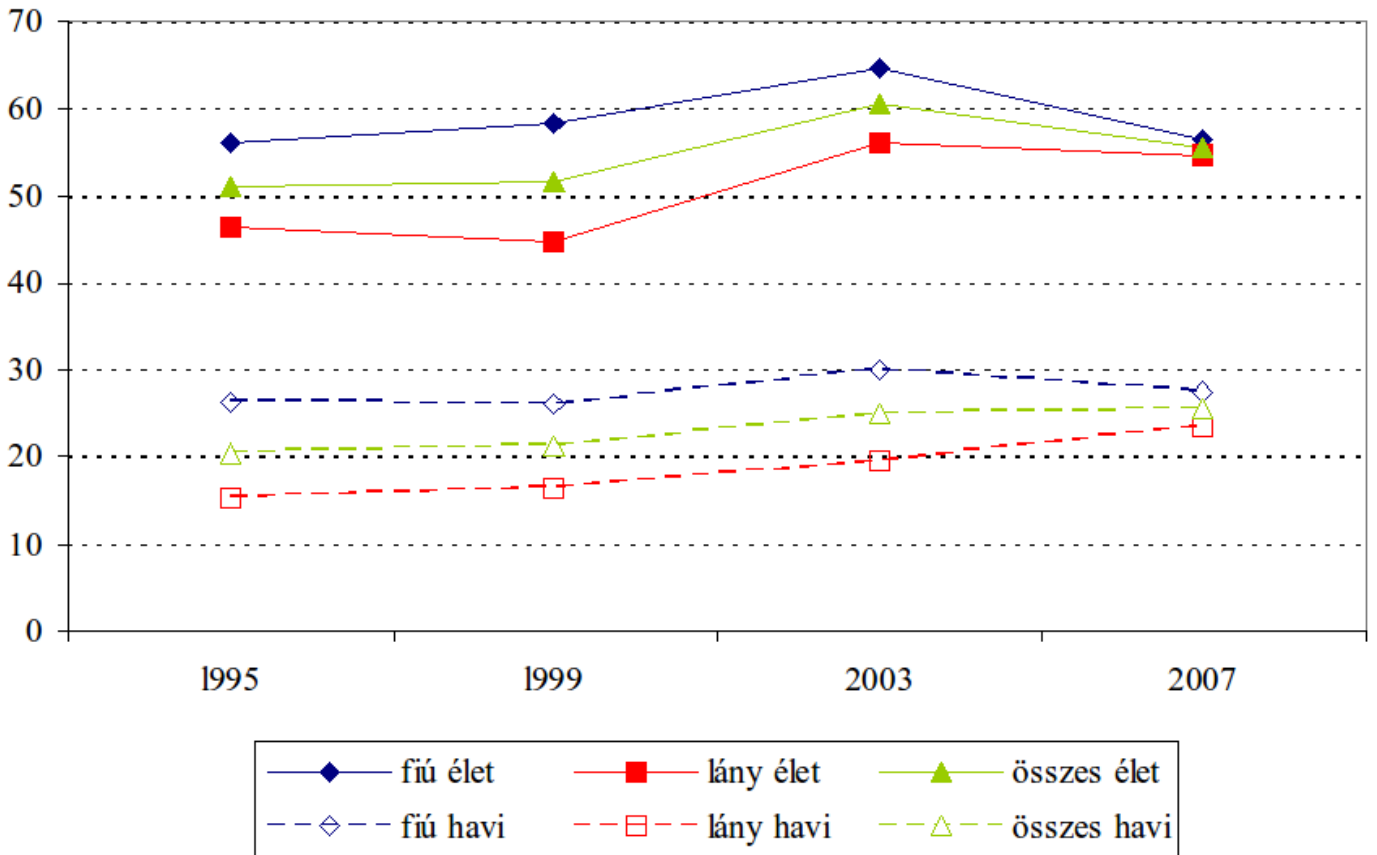
¹¹ A mennyiségi adatok nem összehasonlíthatóak a korábbi évekkkel

2007-ben a lerészegedés élet, éves és havi prevalencia értékei alapján is Magyarország az európai középmezőnybe, de az átlag felett elhelyezkedő országok közé tartozik, több más országgal azonos szinten. Az élen járó országok többnyire olyanok, akik az alkoholfogyasztás más mutatói alapján is a vezető országok közé tartoznak, mint például a Dánia, Man Sziget, az Egyesült Királyság vagy Ausztria (17. ábra).



17. ábra A lerészegedés előző évi prevalencia értéke Európa országaiban, 2007, 16 évesek (Hibell és társai 2009:73)

A magyar adatok azt mutatják, hogy a lerészegedés élet és éves prevalencia értékei csökkentek. E csökkenés elsősorban a fiúknál bekövetkezett mérséklődésnek volt köszönhető (18. ábra).

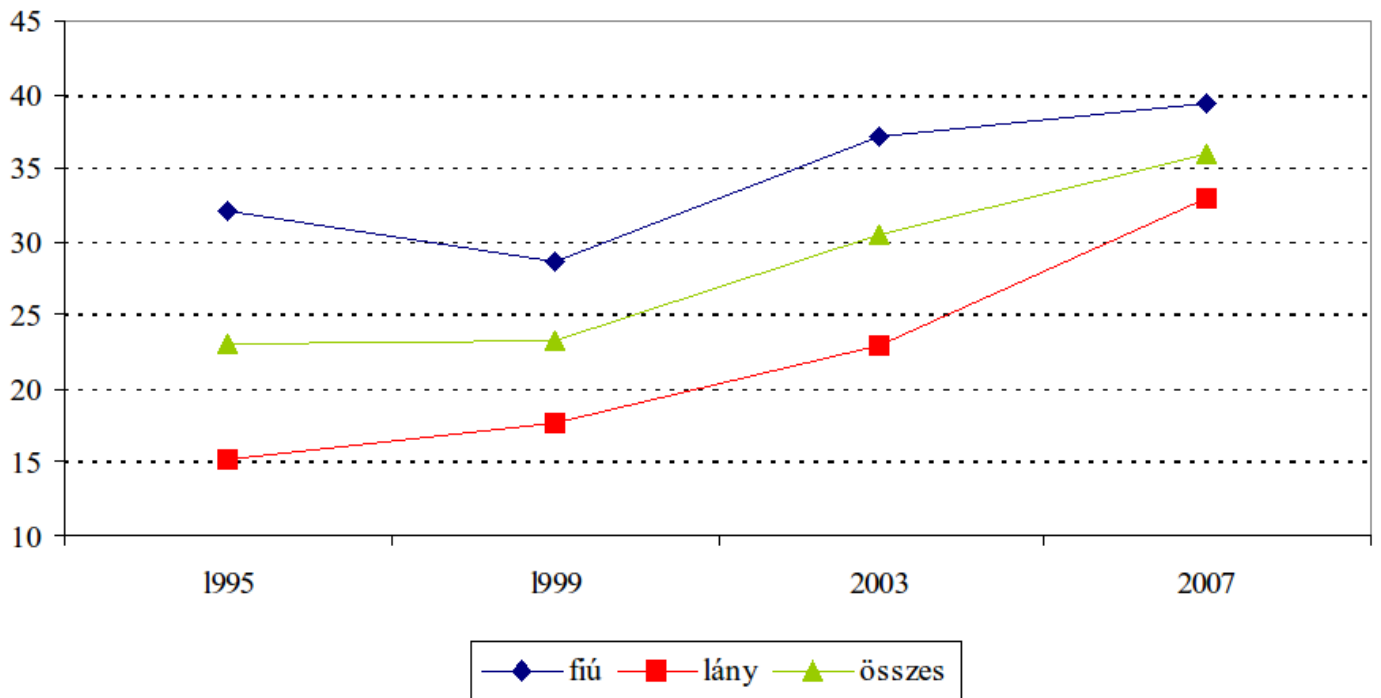


18. ábra A lérszegeedés életprevalenciája a 16 éveseknél, 1995-2007 (Elekes 2009a:152)

A havi rendszerességgel lérszegedek aránya nem változott a 16 évesek körében. Ez a változatlanág azonban úgy következett be, hogy a fiúknál csökkent, a lányoknál pedig nőtt az előző hónapban lérszegedek aránya. A 3 vagy többszöri lérszegeedés aránya a megelőző hónapban a fiúknál inkább változatlanágot, a lányoknál pedig növekedést mutatott. Így a lányoknál 1995-höz képest több mint kétszeresére nőtt azoknak az aránya, akik három vagy többször voltak részegek e kérdezést megelőző hónapban.

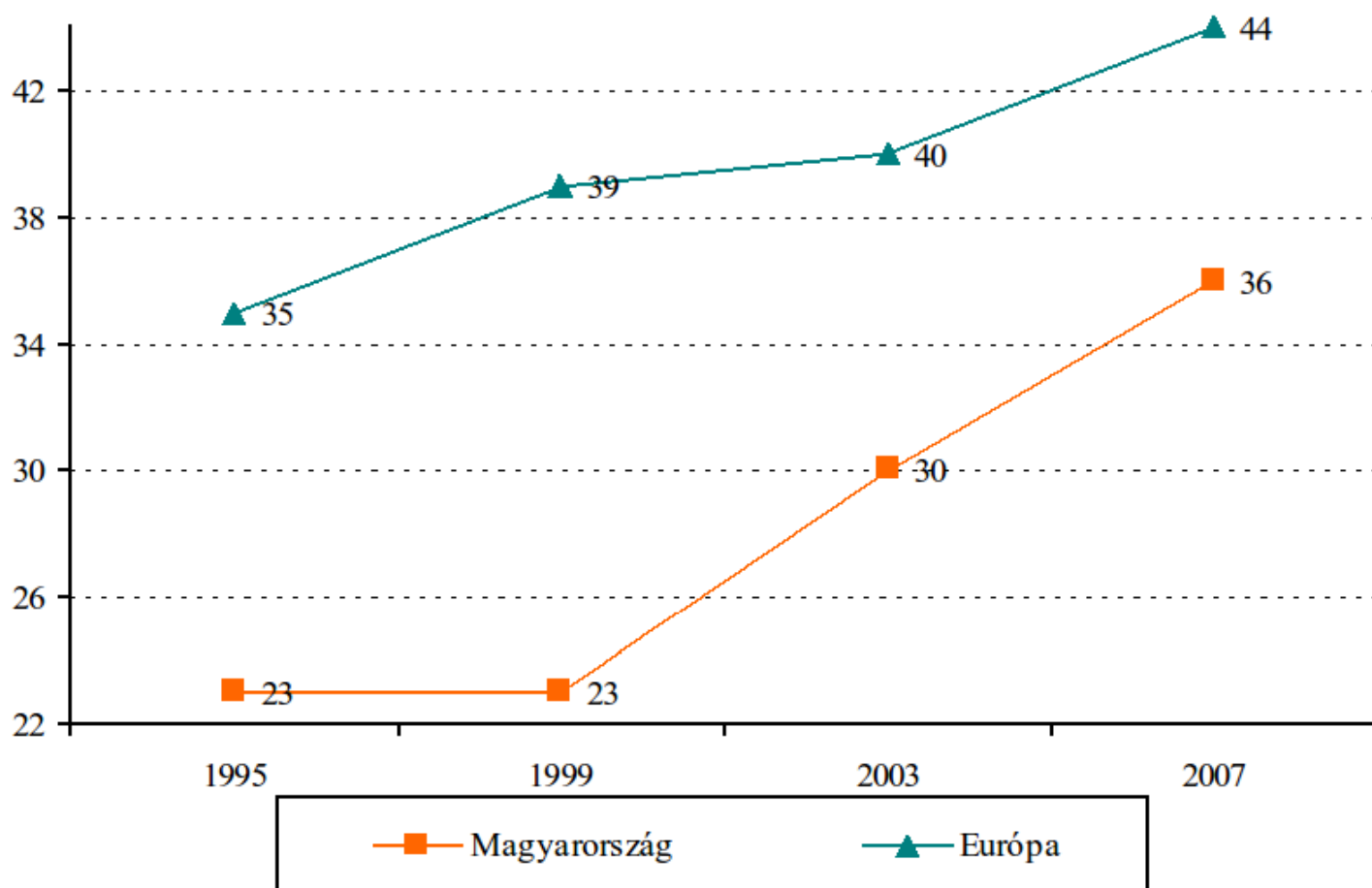
A fiatalok több mint egyharmadával fordult elő legalább egyszer a kérdezést megelőző hónapban, hogy egy alkalommal 5 vagy több italt ivott meg egymás után. A nagyívás tehát elterjedtebb, mint a lérszegeedés, ami azt valószínűsíti, hogy 5 vagy több ital elfogyasztása a fiatalok jelentős részénél nem vezet lérszegeedéshez.

A nagyívás havi prevalencia értéke 1995 és 1999 között változatlan volt, azóta pedig folyamatosan nő. A növekedés a lányoknál már 1995-ben elkezdődött és 2007-ben több mint kétszer annyi lány számolt be előző havi nagyívásról, mint 1995-ben. (19. ábra)



19. ábra A nagyivás havi prevalenciája a 16 éveseknél 1995-2007 (Elekes 2009a:152)

1995 és 2007.évi európai trendeket tekintve a *nagyivás* azon kevés mutatók közé tartozik, amely átlag értéke egyértelműen nőtt. 1995-ben a nagyivás Magyarországon még sokkal kevésbé volt elterjedt, mint sok más európai országban. Az elmúlt 12 évben végbement növekedés mértéke azonban nálunk nagyobb mértékű volt, és így *mára a nagyivás alapján a magyar fiatalok közelebb kerültek európai társaikhoz, mint a korábbi években bármikor* (20. ábra).



20. ábra Az előző hónapban nagyivók aránya Magyarországon és az európai átlag 1995-2007 (Elekes 2009a:185)

Összességében az ESPAD-vizsgálatok elmúlt 12 évre vonatkozó eredményei azt mutatják, hogy alkoholfogyasztás főbb prevalencia értékei hosszabb távon stabilak, a havi és a havi rendszeresebb fogyasztás mutatói pedig inkább növekedtek Magyarországon. A növekedés üteme azonban mérséklődni látszik az elmúlt években. Egyértelműen pozitívan értékelhető az alkoholfogyasztás szerkezetében bekövetkezett változás. Míg a korábbi évek adatai a tömény italok fogyasztásának dominanciáját mutatták mennyiségi és gyakorisági adatok alapján egyaránt, a havi gyakorisági adatok ma már arra utalnak, hogy a tömény italok fogyasztása mérséklődik, a bor pedig elterjedtebbé válik a magyar fiatalok körében. Egyre határozottabban jelen vannak a középiskolások, és elsősorban a lányok alkoholfogyasztásában az alcopop néven ismert italok. Bár ezek fogyasztásának terjedését igen heves viták kísérik szerte Európában, elképzelhető, hogy nálunk más – idősebb – korcsoport tömény fogyasztásának kiváltójává válik.

A 2007. évi adatok alapján feltételezhető, hogy a lerészegedés terjedése megállt a fiatalok körében. Míg 1995 és 2003 között a havonta lerészegedők aránya nőtt, 2007-ben már nem történt statisztikailag érvényes változás.

Nem tapasztalható javulás a nagyivás terjedésében. 1995 és 2007 között a nagyivás havi prevalencia értéke jelentősen nőtt a magyar fiatalok között. Míg a fiúknál ez a növekedés mérsékeltebb ütemű volt, különösen az elmúlt négy évben, addig a lányoknál a növekedés mértéke 2003-2007 között is jelentős, és így ma kétszer annyi lány számol be előző havi nagyivásról, mint 1995-ben.

Európában a rendszeres alkoholfogyasztás némileg csökkent 2007-ben. A magyar fiataloknál ez a javuló tendencia még nem figyelhető meg. Nálunk a diákok ritkábban isznak, de ha isznak, akkor a mennyiség megközelíti az európai átlagot. A magyar fiatalok kevesebb sört és alcopopot, viszont több töményitalt és kétszer annyi bort fogyasztanak, mint európai kortársaik. A rendszeres alkoholfogyasztás mérséklődése mellett tovább folytatódott a nagyivás terjedése Európában, azaz a fiatalok alkoholfogyasztása egyre inkább a hétfégi nagyivás irányába tolódik el. Ez a tendencia Magyarországon is megfigyelhető.

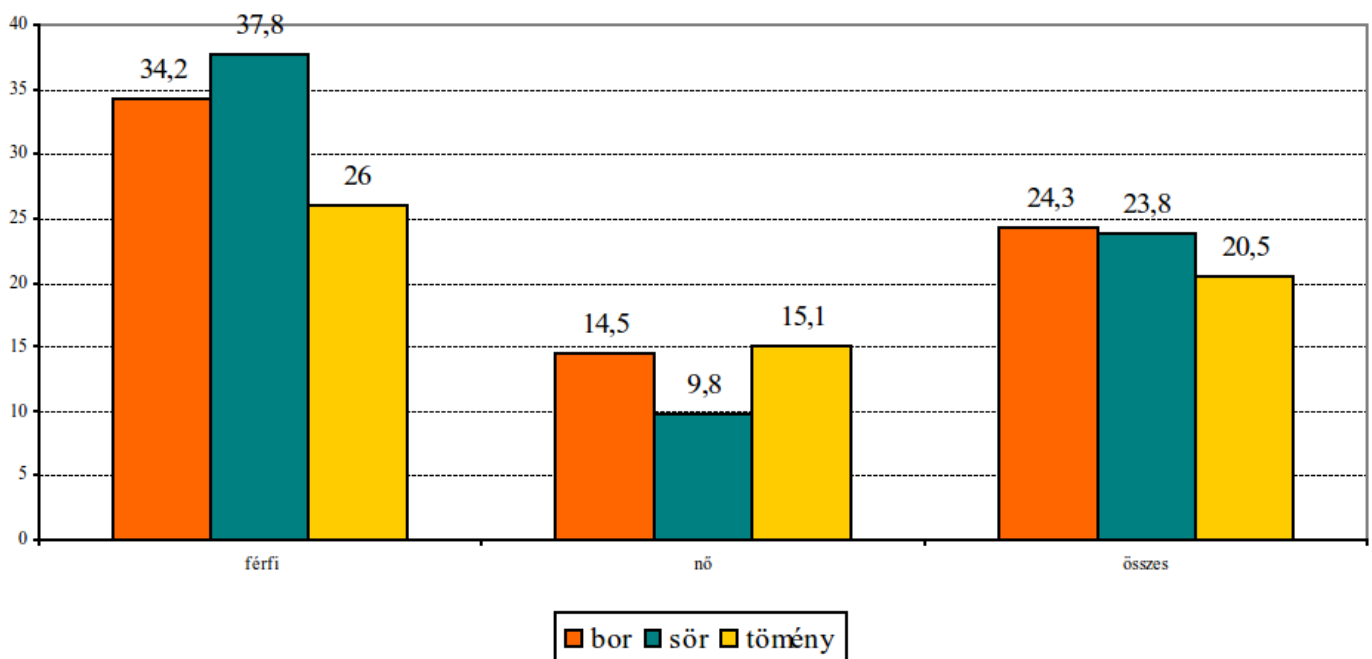
És bár a magyar fiatalok az átlagnál ritkábban isznak és a nagyivás is kevésbé elterjedt, a lerészegedők aránya magasabb közöttük, mint az Európai átlag. Ez pedig arra utal, hogy a magyar fiatalok körében kevésbé a fogyasztás gyakorisága, vagy mennyisége, inkább a fogyasztás módja, körülményei okozhatják a problémásabb alkoholfogyasztást.

7.2.2. Felnőttek

2003-ban 18-54 éves felnőttek országos reprezentatív mintáján (N=2557) készült kutatás az alkohol és egyéb drogfogyasztási szokásokról (Elekes, Paksi 2003, Elekes 2005a).

A kutatás eredményei szerint a megkérdezett felnőtt lakosság túlnyomó többsége (85,3%) fogyaszt valamilyen rendszerességgel alkoholt. A havi prevalencia értékek alapján a férfiak 44%-a, és a nők 12%-a heti gyakorisággal iszik. Az utolsó alkoholfogyasztás időpontjára vonatkozó adat alapján a férfiak több mint fele és a nők több mint egynegyede a megelőző héten fogyasztott alkoholt, a férfiak közel fele pedig a kérdést megelőző három napon belül.

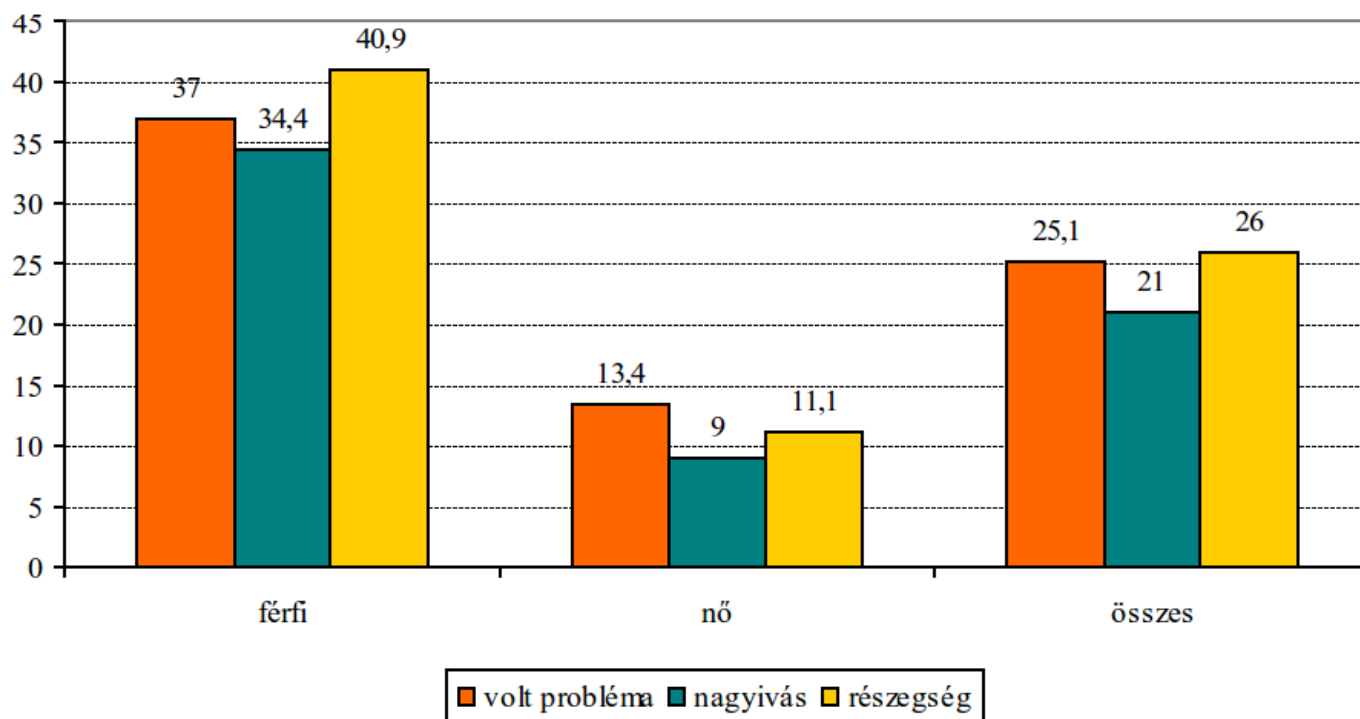
Az egy-egy alkalommal elfogyasztott szokásos mennyiség a férfiaknál 47 ml, a nőknél pedig 26 ml tiszta szesz tartalmazó alkohol volt, amely mennyiség mindkét nemnél meghaladja a magyarországi egészségügyi szakemberek által elfogadhatónak tartott mennyiséget, de nem éri el a szakirodalomban, vagy nemzetközi szervezetek által leggyakrabban elfogadhatóként említett 50 ml-es mennyiséget (Elekes 2004). A mennyiségi és a gyakorisági adatok alapján is a férfiaknál a legkedveltebb a sör, majd a bor fogyasztása, és csak ezt követi a töményital. A nők leggyakrabban bort, majd tömény italt, legritkábban pedig sört fogyasztanak. A mennyiségi adatok arra utalnak, hogy a nők – tiszta szeszben számolva – nagyobb mennyiségben isznak tömény italt, mint bort, de a mennyiség alapján is a legkevésbé kedvelt számukra a sör. A nők alkoholfogyasztásában megmutatókozó nagyarányú tömény szesz fogyasztás egybecseng a középiskolások körében végzett vizsgálataink eredményeivel. Ugyanakkor az a tény, hogy az összes megkérdezett alkoholfogyasztásában legnagyobb mennyiségben a bor szerepel, alátámasztást nyer az eladási statisztikákban megmutatókozó trendekkel. (21. ábra) Azaz a felnőttek körében végzett kutatás eredményei is arra utalnak, hogy a korábbi tömény ital helyett ma már a bor vette át a vezető szerepet.



21. Az elmúlt év egy szokásos napján elfogyasztott tipikus mennyiség alapján az italfajták egy főre jutó átlagos mennyisége (tiszta szeszben, ml-ben): (Elekes 2005a)

A nagyivás – hat vagy több ital – a férfiak egyharmadával és a nők 9 %-ával fordult elő legalább egyszer a megelőző évben. Ennél sokkal gyakoribb a három vagy több ital egy alkalommal történő elfogyasztása. A férfiak közel kétharmada és a nők több mint egynegyede iszik ilyen mennyiséget legalább évente egyszer.

Az alkoholfogyasztás nem ritka negatív következményekkel is társul. A férfiak 41 %-a és a nők 11 %-a legalább egyszer volt részeg a kérdezést megelőző évben. A férfiak 17 %-a a megelőző hónapban is legalább egyszer volt részeg. A nőknél a havi rendszerességgel lerészegedők aránya nem éri el a 3%-t. Valamilyen alkoholfogyasztásra visszavezethető probléma a férfiak egyharmadával és a nők 13 %-ával fordult elő legalább egyszer a megelőző évben (22. ábra). Bár a problémák átlagos száma alacsony, a férfiak 14 %-ának legalább 3 problémája volt a felsoroltak közül, 4,6 %-nak pedig 5 vagy több alkoholfogyasztásból eredő problémája is volt a megelőző évben. 3 vagy több problémáról a nők 3,1 %-a számolt be. Leggyakoribb probléma férfiaknál és nőknél egyaránt a fejfájás, émelygés, valamint a beszéd és járás nehézsége volt. A férfiak közel 15 %-a számolt be az alkoholfogyasztás miatti büntudatról.



22. ábra A nagyivás, lerészegedés és egyéb alkohollal kapcsolatos probléma a kérdezést megelőző évben (Elekes 2005a)

Az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó problémák a férfiak körében nagyjából hasonló gyakorisággal fordulnak elő, mint a hat vagy több ital egyszerre történő fogyasztása. A nőknél a nagyivás éves prevalenciája sokkal alacsonyabb, mint a problémáké. Azaz valószínűsíthető hogy a férfiak esetében körülbelül a hat ital az a mennyiségű alkoholfogyasztás, amely valóban már valamilyen problémával jár együtt. A lerészegedés éves prevalenciája csupán csekély mértékben haladja meg a problémák évi előfordulását, viszont jelentősebb mértékben haladja meg a nagyivás éves prevalenciáját. Azaz valószínűsíthető, hogy a férfiak egy részénél már az ennél kisebb mennyiségű alkoholfogyasztás is lerészegedéshez vezet.

A nőknél a lerészegedés és a problémák éves prevalenciája mutat hasonló gyakoriságot, és ettől jelentősen elmarad a nagyivás előfordulása. Valószínű, hogy a nőknél mindkét következmény sokkal kisebb mennyiségű alkoholfogyasztásnál is bekövetkezik, mint a hat vagy több ital.

2003. évi kutatás a két évvel korábban végzett adatfelvétel eredményeivel összehasonlítva azt valószínűsíti, hogy az alkoholfogyasztás elterjedtségében, jellegében nem következett be lényeges változás a vizsgált időszakban. Ugyanakkor mindkét kutatás megerősíti azt a hipotézist, mely szerint a magyar alkoholfogyasztási szokásokban egyaránt megfigyelhető egyrészt a gyakori, kis mennyiségű és ritkán felszínre kerülő problémát okozó alkoholfogyasztás, másrészt pedig a ritkább, de nagyobb mennyiségű és problémásabb fogyasztás. Magyarországon az alkoholfogyasztás egyaránt kötődik társasági, szabadidős eseményekhez és étkezéshez. A magyar társadalom túlnyomó többsége bizonyos mennyiségű alkoholt elfogadhatónak tart baráti összejövetelekkor, ünnepléskor, étkezéskor. Sőt nem kevés azoknak az aránya sem, akik ilyen alkalmakkor a berúgást is elfogadhatónak tartják. Azaz a magyar társadalomban egyaránt megtalálható az

úgynevezett „integrált”, azaz kifejezetten étkezéshez kötődő alkoholfogyasztás, és a „nem integrált” elsősorban szabadidős tevékenységhez kapcsolódó fogyasztás is (Room 1988). Az alkohol széles körben elfogadott problémamegoldó szerepére utal, hogy a meglehetősen sokan tartják elfogadhatónak a berúgást bánat, probléma, konfliktus helyzet esetén.

Feladatok

- Mutassa be az alkoholfogyasztás elterjedtségét Magyarországon nemzetközi összehasonlításban.
- Mutassa be az alkoholfogyasztás nemek közötti különbségeit.

Ajánlott irodalom

- [1] Anderson, P. és Baumberg, . 2006. *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies UK. June.*
- [2] Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., és Rasmussen, V. B.. 2004. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. WHO.*
- [3] Elekes, Zsuzsanna. 2004. *Alkohol és társadalom. Budapest 2004.* 215. Országos Addiktológiai Intézet.
- [4] Elekes, Zs.. 2009. *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007.* 220. NDI – L'Harmattan. Budapest.
- [5] *Global Status Report on Alcohol (2004). Substance Abuse Department, Social Change and Mental health, WHO.*
- [6] Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., és Kraus, L.. 2009. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe.* 406.
- [7] Józán, P.. 2003. *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999.* Nemzeti Népesedési Program KSH.
- [8] *WHO Global Alcohol Database:(<http://data.euro.who.int/alcohol/?TabID=4936>) .*

8. A drogprobléma elterjedtsége

A fejezet célja a kábítószer-probléma magyarországi elterjedtségének bemutatása. A rendelkezésre álló adatok alapján a hazai helyzetet nemzetközi összehasonlításban is értelmezzük.

8.1. Makro statisztikai adatok

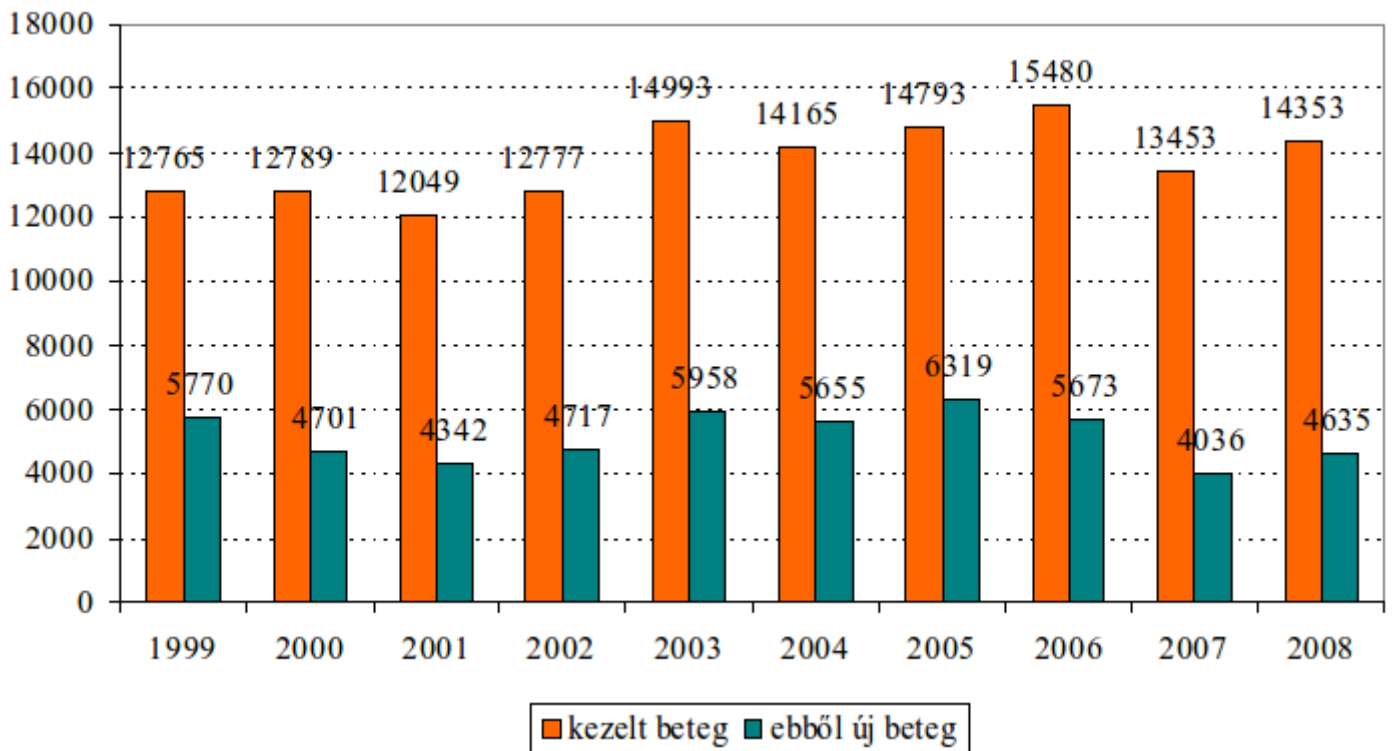
A statisztikai adatokkal, intézményi nyilvántartásokkal kapcsolatban korábban elmondott problémák, bizonytalanságok a kábítószer-probléma esetében fokozottan érvényesülnek Magyarországon. Magyarázható ez többek között azzal, hogy a kábítószer probléma kezelését szolgáló intézmények még mindig változóban vannak, hogy változnak a kábítószer fogyasztásra vonatkozó jogszabályok, és részben az Európai Unió csatlakozás következtében változik a statisztikai adatgyűjtés rendszere. A kábítószer problémával kapcsolatban rendelkezésre álló hazai statisztikákról részletes kritikai elemzéseket közölnek a Nemzeti Drogfókuszpont éves jelentései a magyarországi kábítószerhelyzetről (www.drogfokuszpont.hu).

A fent említett problémák miatt az alábbiakban csupán a legfontosabb statisztikai adatokat mutatjuk be.

Az egészségügyben jelenleg érvényes statisztikai adatszolgáltatási rendszer 1996-tól van érvényben, így az adatok a korábbi évekkel nem összehasonlíthatóak. 1996 és 2000 között az *egészségügyben nyilvántartott kábítószer fogyasztók száma* jelentősen növekedett. Az elmúlt időszakban a kábítószer miatt kezelésben megjelentek száma 12-15 ezer fő között mozgott. Az összes kezelt számában jelentősebb növekedés következett be 2002-2003 között, amely növekedés annak volt köszönhető, hogy ekkor vált lehetővé alkalmi kábítószer-fogyasztók számára is a büntetőeljárás alternatívájaként a kezelésben való részvétel választása. A 2007. évi adatok jelentős *csökkenést* mutatnak az összes kezelt számában. E csökkenésnek feltételezhetően kevéssé a kezelés iránti igény mérséklődése volt az oka, hanem elsősorban az ellátó rendszer jelentős *kapacitás csökkenése* (Éves Jelentés 2009).¹

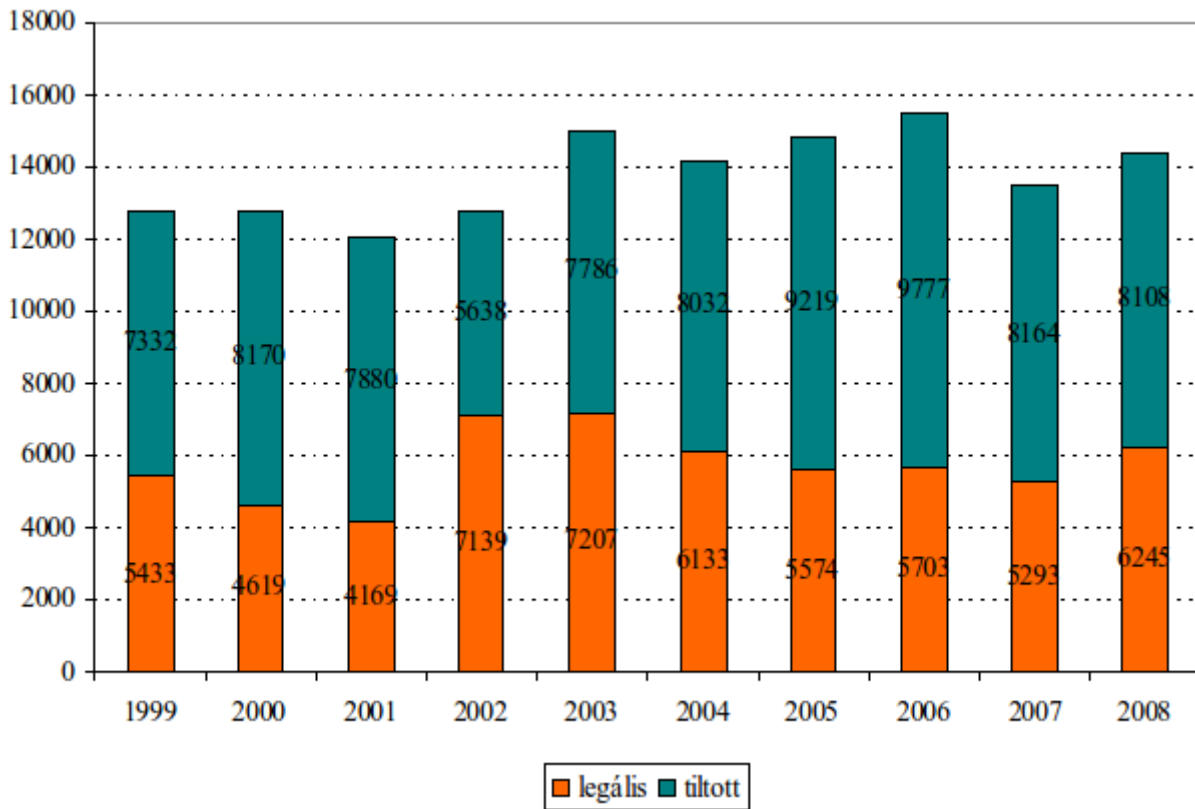
Az összes kezelt beteg száma *halmozódásokat* tartalmaz, hiszen ugyanaz a beteg különböző kezelési helyeken újra és újra bekerülhet a statisztikai nyilvántartási rendszerben. Ezért mutat pontosabb információt a kezelési igény változásáról az *újonnan kezelésbe kerültek* száma. E mutató 2005-ben érte el a csúcspontját. Az utána következő két év csökkenése feltehetően szintén az ellátó hálózat beszűkülésével van összefüggésben (23. ábra).

¹ Bár e jegyzet írásakor már megjelent a 2009. évi adatokat közlő Éves jelentés, az adatgyűjtési rendszerben bekövetkezett változások miatt 2009-re vonatkozó kezelési adatok nincsenek.



23. ábra. Kezelésben részesült kábítószer fogyasztók száma Magyarországon, 1997-2007 (OSAP-adatok) (Éves Jelentés 2009)

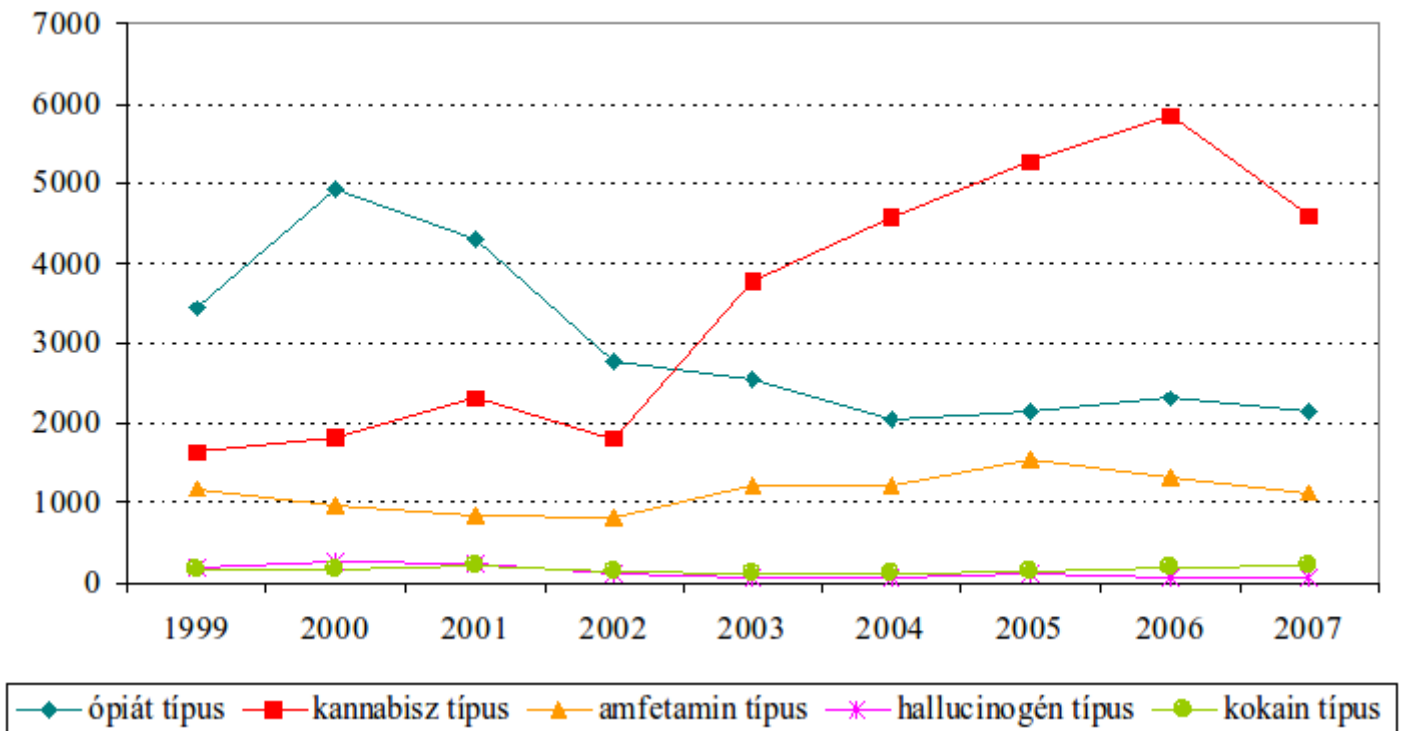
2008-ban a kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók 43%-a legális szer (nyugtató típus, politoxikómia, szervesoldószer) fogyasztása miatt került kezelésbe, és 57% a tiltott szer fogyasztás miatt kezelték aránya. Változó mértékben, de a legális szerfogyasztás miatt kezelték aránya mindig jelentős volt az elmúlt években. Míg 1996-ban még a nyilvántartott betegek kétharmada legális szer fogyasztása miatt került kezelésbe, addig az arányuk 2001-re egyharmadra csökkent. 2002 és 2003 a legális szer fogyasztás miatt kezelték arányának újabb növekedését eredményezte. A kezelési adatok alapján a legális szerek között a nyugtató típusú szerek dominálnak. (24. ábra)



24. ábra A kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján (OSAP-adatok) (Éves Jelentés 2009)

A *tiltott szerfogyasztás* miatt kezelésbe kerültek megoszlása a tiltott szer típusa szerint meglehetősen nagy változáson ment keresztül az elmúlt években. Míg az ezredforduló környékén az *ópiát típusú szereket* fogyasztók voltak legnagyobb arányban a kezelésben, számuk és arányuk 2000-től kezdődően csökkent. 2002-től – amikor az elterelés lehetővé vált alkalmi fogyasztók részére is – megnő a kannabisz típusú szerek fogyasztása miatt kezelésbe kerülők száma és aránya egyaránt. Így ma, a *tiltott szerfogyasztás* miatt kezelték több mint fele kannabisz fogyasztás miatt kerül kezelésbe.

A kannabisz- és ópiát típusú szerek miatt kezelték száma 2006-tól, az amfetamin típusú szerek miatt kezelték száma pedig 2005-től csökken. A kokain és hallucinogén típusú szerek miatt kezelték száma stabilan alacsony. (25. ábra)



25. ábra Kezelt betegek száma az illegális szer típusa szerint (OSAP-adatok) (Éves Jelentés 2008)

(Éves Jelentés 2008)

A kezelt betegek számában megmutatózó változásokra – a kábítószer-fogyasztásban valóságosan is bekövetkezett változásokon kívül – több tényező is hatással volt. Így a kezelt betegek számában megmutatózó növekedésben szerepet játszott az, hogy 1996 után a korábbinál *több intézményre* terjedt ki a statisztikai adatszolgáltatási kötelezettség. Befolyásolta az adatok alakulását az *adatszolgáltatás minőségében* bekövetkezett változás is. Ugyanakkor 2005-ig megoldatlan problémája volt az egészségügyi statisztikáknak a *többszöri számbavétel*, azaz ugyanaz a beteg több kezelő helyen is nyilvántartásba kerülhetett.

A kábítószer-fogyasztás miatt kezelt betegek számában tapasztalt növekedés egy része tehát adódott az adatszolgáltatás javulásából, és abból a tényből is, hogy ugyanaz a személy több kezelő helyen is nyilvántartásba kerülhet egy adott évben. Így a kezelt betegek számából nem tudjuk, hogy ténylegesen hány beteget kezeltek egy adott évben, és hányan vannak azok, akik a különböző kezelő helyeken való megjelenés miatt többször is regisztrálásra kerültek. Végül az egészségügyi intézményekben kezelt betegek számának 2002-ben bekövetkezett növekedésére feltehetően hatással van az a tény is, hogy ettől az évtől vált ismét lehetővé alkalmi fogyasztók számára is a büntetés alternatívájakénti kezelés választása. A kezelési adatokban 2007-ben regisztrált mérséklődés egyik feltételezett oka az ellátó rendszerben bekövetkezett jelentős mértékű kapacitás csökkenés (Éves Jelentés 2008).

Az egészségügyi adatokban megjelenő halmozódás kiszűrése érdekében 2005-ben Magyarországon is bevezetésre került a *kezelési igény (TDI) indikátor*. A TDI adatgyűjtésbe 2008-ban összesen 3484, 2009-ben 4317 újonnan kezelésbe lépő esetet jelentettek a kezelőhelyek. (Az esetek számának növekedése 2008 és 2009 között jelentős mértékben az adatot szolgáltató helyek számának növekedéséből adódott.) Az összehasonlítható 2008. évi adatok alapján tehát a TDI protokoll szerinti új esetek száma elmarad az OSAP jelentések adataitól. A TDI szerint az esetek háromnegyed részében a kliens a büntetőeljárás alternatívájaként lépett a kezelésbe. Az OSAP adatokhoz hasonlóan, a TDI szerinti adatgyűjtés is azt mutatja, hogy a kliensek többsége (akár elterelt, akár nem), legnagyobb arányban kannabisz fogyasztás miatt került kezelésbe. Ezt követik a stimulánsok és az ópiátok használata (Éves Jelentés 2010).

A *drogfogyasztásra visszavezethető direkt halálesetek száma* (tehát ahol a halál közvetlen mérgezés, vagyis túladagolás miatt következett be) nem mutatott nagy ingadozást az elmúlt években. A rendelkezésre álló adatok arra utalnak, hogy a kábítószer fogyasztással kapcsolatos halálesetek túlnyomó többsége – 73 %-a – legális szerfogyasztásra vezethető vissza. Igaz ez a férfiakra és a nőkre egyaránt. (5. tábla)

5. táblázat - *Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2008-ben*

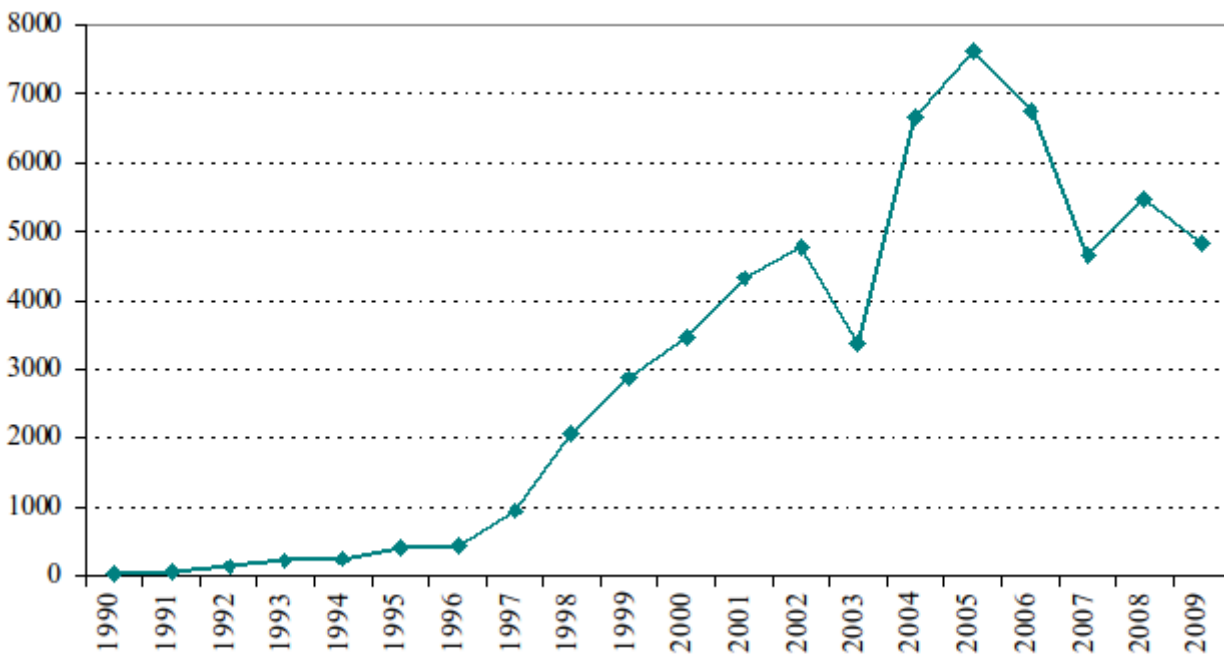
Szertípus	férfi	nő	összesen
Heroin	17	6	23
Metadon	1	1	2
Morfin	1	0	1
Egyéb ópiát	0	0	0
Hallucinogén	0	0	0
Amfetamin származékok	0	0	0
Ecstasy	0	1	1
Kokain	0	0	0
<i>Illegális szer összesen</i>	<i>19</i>	<i>8</i>	<i>27</i>
Szerves oldószer	6	3	9
Nyugtató/altató	72	87	159
Politoxikománia	10	12	22
<i>Összesen</i>	<i>107</i>	<i>110</i>	<i>217</i>

(Éves Jelentés 2009)

2009-ben a tiltott szerfogyasztással összefüggő direkt halálesetek számának enyhe növekedése volt megfigyelhető (31 fő), valószínűsíthető azonban, hogy ez a növekedés a Budapesten kívüli esetek alaposabb felderítéséből adódott (Éves Jelentés 2010).

Bizonytalanabb információkkal rendelkezünk a kábítószer fogyasztással kapcsolatos *közvetett halálesetek* számával kapcsolatban (ahol a halál oka erőszakos vagy természetes eredetű volt, de közvetett drogfogyasztással összefüggésbe hozható). Ezen adatok alakulását erőteljesen befolyásolta az adatgyűjtés módszerében és minőségében bekövetkezett változás. 2009-ben kábítószer fogyasztással összefüggésbe hozhatóan 11 erőszakos halálesetet és 8 természetes halálesetet jelentettek az adatszolgáltatók Magyarországon (Éves Jelentés 2010).

A *kábítószer visszaéléssel kapcsolatos bűncselekmények* száma a kilencvenes évek második felétől meredek növekedést mutatott Magyarországon. Ebben a trendben változás csupán 2002-ben következett be, feltehetően összefüggésben a már fent említett „elterelés” lehetőségének kiszélesítésével. A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma 2005-ben érte el tetőpontját, az elmúlt két év adatai jelentős mértékű csökkenést mutatnak, amelynek egyik lehetséges magyarázata a felderítő hatóság érdeklődésének és kapacitásának csökkenése. (26. ábra) Az ismertté vált bűncselekmények túlnyomó többségében nem „terjesztői magatartás” miatt folyt nyomozás, az elmúlt években *a legjellemzőbb elkövetői magatartás a fogyasztás volt*. Az adatok értékelésekor figyelembe kell vennünk azt a tényt, hogy a kábítószer visszaéléssel kapcsolatos bűncselekmények számának jelentős növekedése ellenére az összébűnözésen belüli aránya rendkívül csekély, 2009-ben 1,23 % (Éves Jelentés 2008:105).



26. ábra Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának alakulása (Éves Jelentés 2008:106)

A büntető törvénykönyvben bekövetkezett változások mellett a bűnözési adatok alakulására hatással van az a tény is, hogy azok, az adott évben *lezárt* ügyeken alapulnak, nem pedig az adott évben *ténylegesen elkövetett*, illetve *ismertté vált* bűncselekményeken. Ez azt eredményezi, hogy az időbeli változások bizonyos, nem meghatározható késéssel mutatkoznak meg a statisztikákban.

Összességében a magyarországi kábítószer-fogyasztás elterjedtségére vonatkozó közvetett indikátorok többsége a kilencvenes évek második felétől a fogyasztás terjedését valószínűsítik. Az utolsó egy-két évre vonatkozóan azonban a csökkenés tendenciái figyelhetők meg, amelynek egyik lehetséges oka az érintett intézmények kapacitásának beszűkülése. A rendelkezésre álló közvetett indikátorok alakulását tehát még ma is jelentős mértékben befolyásolja a jogi környezet, az ellátó rendszer és a statisztikai adatszolgáltatás változása.

8.2. Önbevallásos vizsgálatok

Magyarországon a hatvanas évek végétől kezdődően vannak információk drogfogyasztókról, ugyanakkor megbízható kutatásokkal alig rendelkezünk a kilencvenes évek előtti, több mint 20 éves időszakra vonatkozóan. A hetvenes évektől ugyan már készült néhány önbevalláson alapuló vizsgálat, de ezek általában csak néhány kábítószerre vonatkoztak, többnyire nem reprezentatív mintán történtek, vagy a drogfogyasztás elterjedtségéhez képest kicsi elemszámú - alacsony megbízhatóságot eredményező – mintán készült adat-felvételek, illetve sokszor csak valamilyen speciális népességet reprezentáltak. Mindezek következtében a hazai drogprobléma kiterjedéséről a kezdeti időszakra vonatkozóan csak igen kevés, és hazai valamint nemzetközi viszonylatban egyaránt nehezen értelmezhető információnk van. Az erre az időszakra szórványosan rendelkezésre álló információk alapján azt valószínűsíthetjük, hogy elsősorban a különféle gyógyszerek (nyugtatók, altatók, ópiát tartalmú köhögéscsillapítók stb.) önmagukban, egymással, vagy alkohollal történő fogyasztása, valamint a szipuzás jelentette a hazai drogfogyasztást. A nyolcvanas években ez a fogyasztási forma már kiegészült a házi termesztésű kender szívásával, valamint az elsősorban lengyel „technológiával” készített mákszármaizékok (máktea, „lengyel kompót” stb.) használatával. (Elekes 1993, Elekes 2003)

A kábítószer-fogyasztás elterjedtségével kapcsolatos rendszeresebb kutatások a kilencvenes évek elején indulnak Magyarországon, elsősorban a legveszélyeztetettebb fiatal korcsoportokban, részben a HBSC (Health Behaviour in School

Aged Children) (Aszmann 2003. Currie et al. 2004, Németh 2007), részben pedig az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Dugs) kutatásoknak (Hibell és társai 1997, 2000, 2004, 2009, Elekes, Paksi 1996, Elekes, Paksi 2000, Elekes 2005a, Elekes 2005b, Elekes 2009a) köszönhetően. 2001-től kezdődően rendszeresebben sor kerül felnőtt népesség körében is a kábítószer fogyasztás elterjedtségének a vizsgálatára.

A továbbiakban elsősorban az ESPAD-kutatások, valamint a felnőttek körében végzett adatfelvételek fontosabb eredményeit mutatjuk be.

8.2.1. Drogfogyasztás az iskolában tanuló fiatalok körében

A 2007. évi ESPAD-kutatás² magyarországi eredményei alapján valamilyen *tiltott drogot*³ a megkérdezett 16 éves fiatalok 15,1%-a próbált már az élete során. Többségük alkalmi fogyasztó, de 8% azoknak az aránya, akik 6 vagy több alkalommal próbáltak már valamit. Fiúknál valamelyest magasabb 17,7%, lányoknál pedig csak 12,7% a tiltott szerek életprevalenciája. Kiemelkedően a legelterjedtebb a 16 éves fiatalok körében a *marihuána fogyasztás*, a megkérdezettek 13,1%-a próbálta már legalább egyszer. A fiúknál az életprevalencia érték jóval magasabb, mint a lányoknál: 15,7%, illetve 10,7%. A gyakorisági adatok azonban mindkét nemnél arra utalnak, hogy a fogyasztás csupán néhány alkalomra korlátozódik.

Sokkal kisebb prevalencia értékeket találunk a *marihuánán kívüli tiltott szer fogyasztás* esetén. Az összes megkérdezett 7,4%-a fogyasztott valamilyen egyéb tiltott szert, fiúknál az arány 8,1%, lányoknál pedig 6,7%. Az egyéb tiltott szerek közül elterjedtebb még az ecstasy (4,6%), amfetaminok (3,5%), az LSD és egyéb hallucinogének (2,8%) használata. Az összes többi drog fogyasztása 2% alatti életprevalencia értéket mutat. Különösen figyelemre méltó, hogy az egyéb drogfogyasztást⁴ együtt tekintve második legelterjedtebb a 16 éves magyar fiatalok körében az *alkohol gyógyszerrel történő együtt fogyasztása*: a teljes minta 11,9%-a próbálta már életében (fiúk 9,1%, lányok 14,1%). *Orvosi javaslat nélkül nyugtatót* a megkérdezettek 8,9%-a próbált (fiúk 6,5%, lányok 12,4%). A fentiekén kívül elterjedtebb még a magyar fiatalok között a szipuzás is (7,8%), valamint a patron/lufi használat (4,8%) (Elekes 2009a).

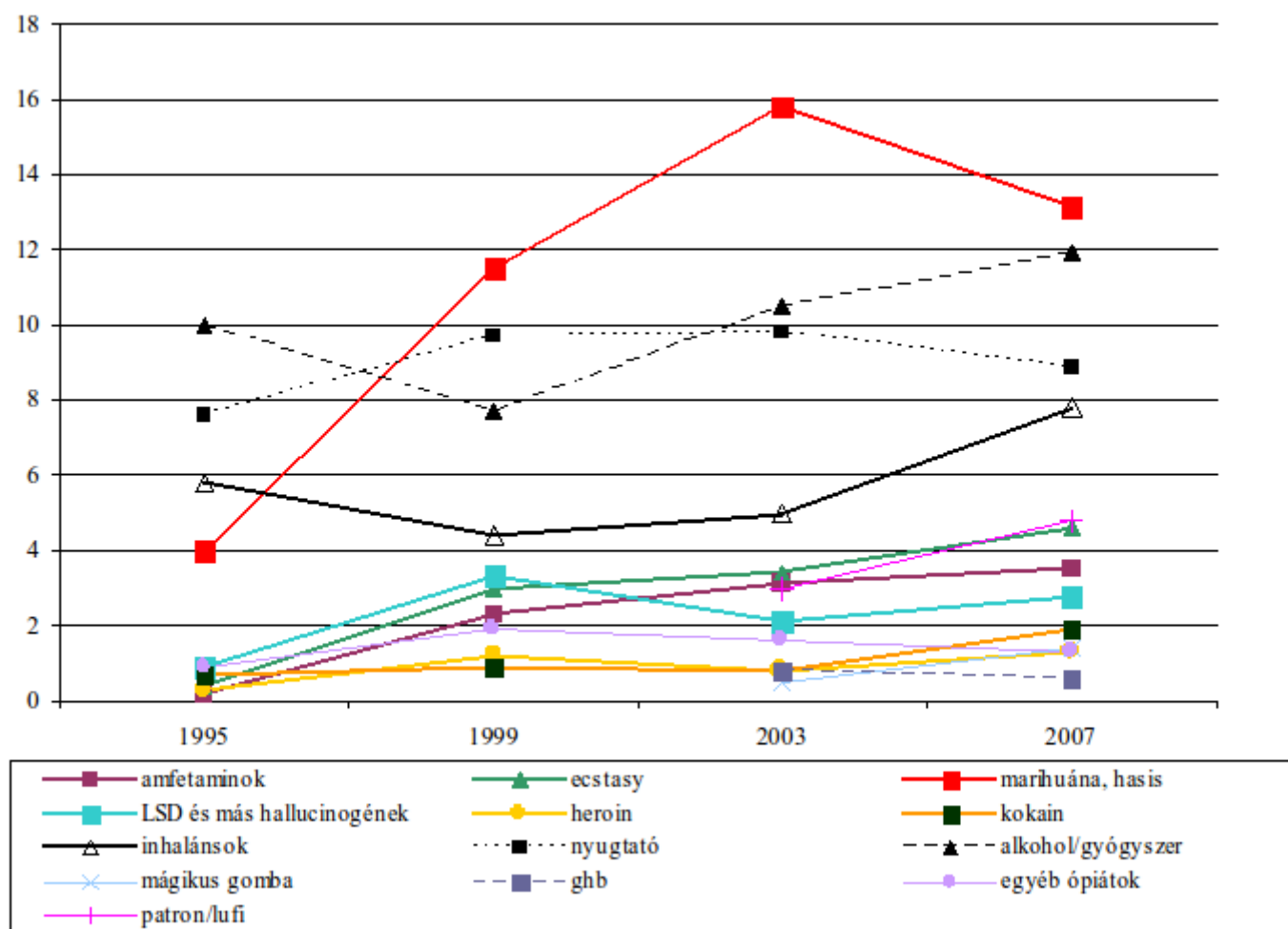
1995 és 2003 között a *tiltott szerek* életprevalencia értéke háromszorosára nőtt a 16 évesek körében. *A 2007. évi adatok a korábbi növekvő tendencia megváltozását jelzik*: a tiltott szerek fogyasztása enyhe csökkenést mutat. Az 1995-2003 között megfigyelt jelentős növekedés és a 2007. évi csökkenés is elsősorban a *marihuána használat elterjedtségének változásával* magyarázható. Míg 1995 és 2003 között a marihuánát kipróbálók aránya közel megnégyszereződött, addig 2007-ben 2003-hoz képest 2,7 százalékponttal csökkent. (27. ábra)

Folyamatos, de sokkal kisebb mértékű növekedést mutat a vizsgált időszakban az *ecstasy és az amfetaminok* életprevalencia értéke. Ez a növekedés 2007-ben is folytatódott, és így 2003-tól a marihuána után ezek a legelterjedtebben fogyasztott *tiltott szerek* a 16 évesek körében.

² A magyarországi ESPAD-kutatásokat 1995-ben az OTKA (T018241) és az Egészségügyi Minisztérium, 1999-ben az OTKA (T025903) és az Ifjúsági és Sportminisztérium, 2003-ban az OTKA (T037395) és a Gyermek, Ifjúsági és Sportminisztérium, 2007-ben az OTKA (K 60709) és a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatta

³ Az ESPAD-kutatásban tiltott drogok között az alábbi szerek szerepelnek: marihuána vagy hasis, LSD, amfetaminok, crack, kokain, heroin, ecstasy

⁴ tiltott szerek és visszaélészerű gyógyszerfogyasztás



27. ábra A tiltott és legális szerek életprevalencia értéke a 16 évesek között 1995-2007 (Elekes 2009a:157)

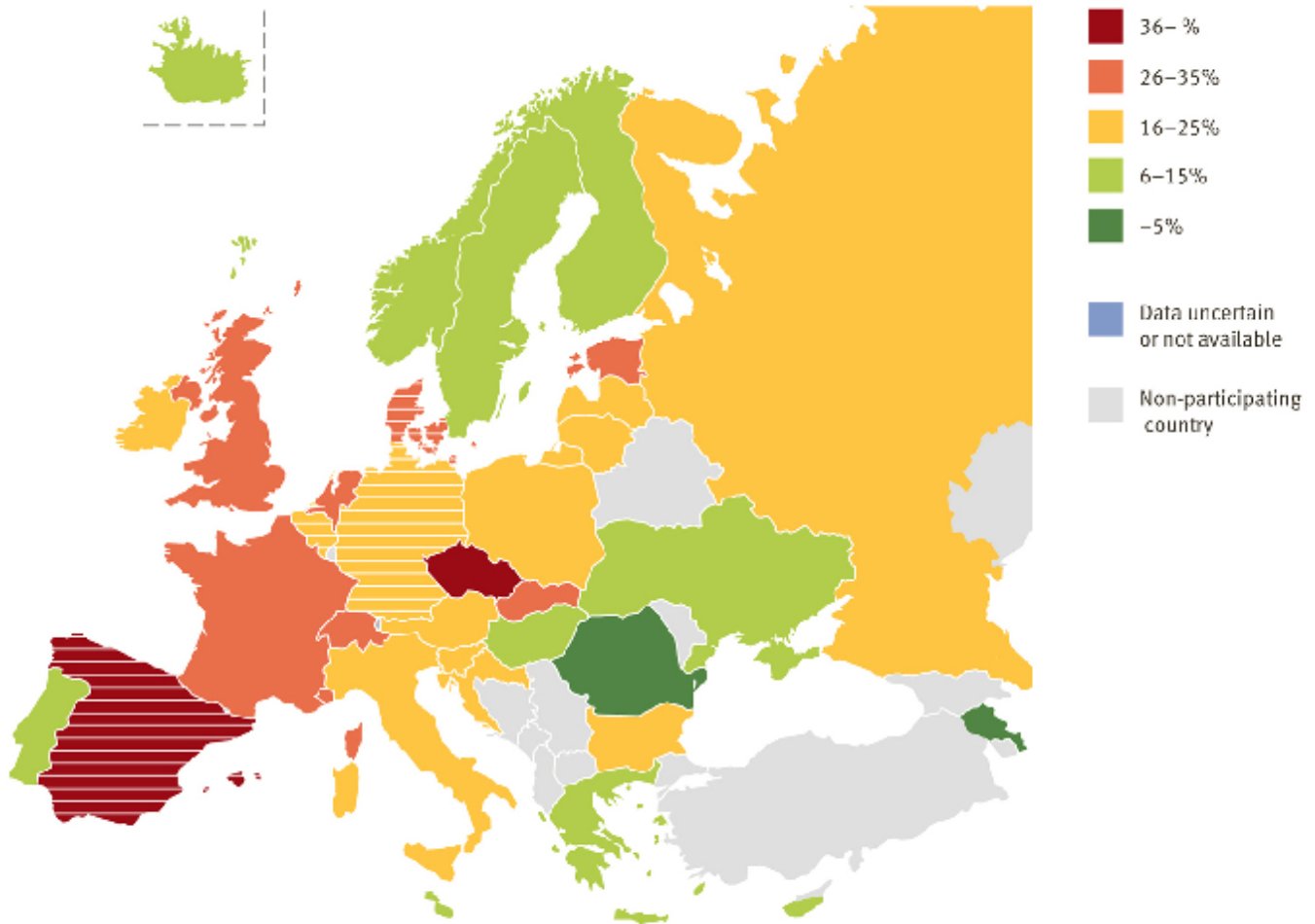
Az LSD és más hallucinogének életprevalencia értéke az 1999-2003 között bekövetkezett csökkenés után 2007-ben enyhe növekedést mutat. Bár a kokain, crack és heroin prevalencia értékei végig igen alacsonyok voltak, a 2007. évi adatok csekély, de nem szignifikáns növekedést jeleznek. A mágikus gomba és a GHB nem szerepelt kezdetektől fogva az ESPAD kutatásokban, ezért ezek az összesített tiltott szer értékekből is kimaradnak. Mindkét szer elterjedtsége kicsi, azonban a mágikus gomba 2003 és 2007 között terjedt. A tiltott szerfogyasztás csökkenése mellett 2007-ben nőtt a különböző pótszerek használata, elsősorban a szipuzás és a patron/lufi használat, és tovább nőtt a gyógyszer alkohol együttes fogyasztása is.

A jelenlegi fogyasztást kifejező havi prevalencia értékek⁵ arra utalnak, hogy a magyar fiatalok túlnyomó többsége ebben az életkorban elsősorban alkalmi fogyasztó, vagy csak próbálkozó. Ugyanakkor az 1995 és 2003 között megfigyelt jelentős növekedés, és a 2007. évi csökkenés a havi prevalencia értékekben is megmutatkozik. A marihuána havi prevalencia értéke az 1995. évi 1%-ról 2003-ra 5,7%-ra nőtt, majd 2007-ben enyhe csökkenést (5,1%) mutat (Elekes 2009a).

Az ESPAD-kutatásokban résztvevő legtöbb országban megfigyelhető volt a tiltott szer fogyasztás növekedése 1995 és 1999 között. Csökkenés csupán a két legnagyobb fogyasztású országban (Egyesült Királyság és Írország), valamint a Feröer szigeteken volt. 1999 és 2003 között az országok jelentős részében inkább a stagnálás volt a jellemző, míg a növekedés főleg a volt szocialista országokat jellemezte. Figyelemre méltó, hogy a mindhárom kutatásban résztvevő országok között egyetlen olyan sem volt, ahol a fogyasztás folyamatos csökkenése következett volna be. 2007-ben a tiltott szerfogyasztás életprevalenciájának európai átlaga egy százalékpontos csökkenést mutat. A 2003-ban és 2007-ben

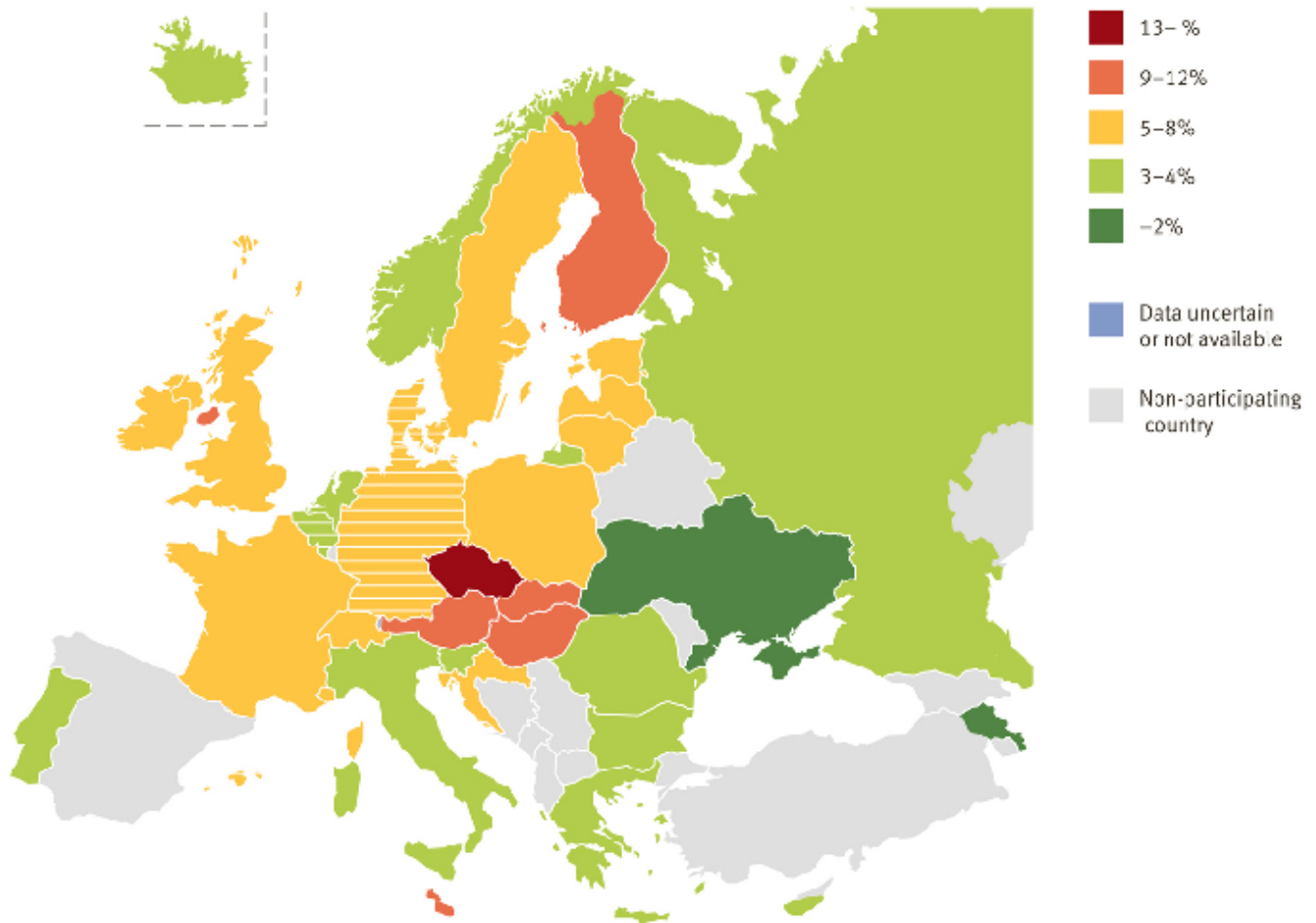
⁵ aki az előző hónapban legalább egyszer fogyasztott

egyaránt résztvevő 32 ország közül 6-ban (többnyire volt szocialista országokban) nőtt szignifikáns mértékben, a többiben csökkent, vagy változatlan maradt a kipróbálók aránya. *Az összes tiltott szer életprevalencia értékében 1995 és 2007 között bekövetkezett változások megegyeznek a marihuána életprevalencia értékében történt változásokkal.* A marihuána visszaszorulása Európában az *egyéb tiltott szerek fogyasztásának mérsékelt terjedésével* járt együtt. Magyarországon tehát a trendek nem térnek el az európaiától, míg azonban az összes tiltott szer és a marihuána elterjedtsége nálunk még ma is elmarad az európai átlagtól, addig *a marihuánán kívüli tiltott szerfogyasztásunk már azonos azzal.*



28. ábra A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értéke a 16 évesek körében Európában 2007-ben (Hibell és társai, 2009:85)

Az *orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás valamint a gyógyszerek alkohollal történő fogyasztása* meglehetősen nagy stabilitást mutat Európa országaiban. Magyarország mindkét szer életprevalencia értéke alapján Európa vezető országai közé tartozik (29. ábra). Azaz, nemcsak a magyar fiatalok szerfogyasztási struktúrájában foglal el vezető pozíciót a legális szerek visszaélészerű fogyasztása, hanem nemzetközi összehasonlításban is a nyugtató/altató fogyasztás esetében öt országban (Lengyelország, Litvánia, Franciaország, Monaco, Olaszország) magasabbak az életprevalencia értékek, mint Magyarországon. A gyógyszer alkohollal együtt történő fogyasztása csak Csehországban elterjedtebb, mint nálunk, Ausztriában, Szlovákiában és a Man Szigeten pedig velünk azonos arányú (Hibell és társai 2009).



29. ábra A gyógyszer alkohollal együtt történő fogyasztásának életprevalencia értékei Európa országaiban 2007 (Hibell és társai 2009:92)

Az ESPAD-kutatásokhoz hasonló eredményeket mutatnak a HBSC-kutatás 2006 évi adatai is. Ezek alapján a 9-11 osztályos fiatalok 20,3%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott drogot, vagy visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A tiltott drogfogyasztás életprevalencia értéke ebben a kutatásban 12,4%. Az ESPAD-kutatások eredményeihez hasonlóan a HBSC eredményei is azt mutatják, hogy a legnépszerűbb tiltott drog a marihuána, a második legelterjedtebb a visszaélészerű gyógyszerhasználat, ezt követi az ecstasy és az amfetaminok. Az ESPAD-hoz hasonlóan, a 2006. évi HBSC kutatás is a marihuána életprevalencia értékének a csökkenését, az ecstasy, amfetaminok és az inhalánsok életprevalencia értékének a növekedését regisztrálta a 2002. évi adatokhoz képest (Németh 2007)

A fiatalokra vonatkozó kutatási eredmények tehát azt mutatják, hogy *a kilencvenes évek közepétől 2003-ig jelentősen nőtt a tiltott szerek fogyasztása Magyarországon*. Ez a növekedés 1995 és 1999. között még valamennyi tiltott szer esetében megfigyelhető volt, 1999 és 2003 között azonban már csak a marihuána fogyasztása terjedt. A tiltott szer fogyasztás növekedése nem szorította ki a Magyarországon hagyományosnak tekinthető pótszerek, elsősorban orvosi javaslat nélküli gyógyszerek használatát. A 2007. évi adatok a trendek megváltozását jelzik: *a tiltott szerek használata enyhén mérséklődött 2003 és 2007 között*. Ez a változás azonban elsősorban a marihuána fogyasztás csökkenésének volt köszönhető. A marihuánán kívüli tiltott szerek és a pótszerek (szervesoldószer, gyógyszer alkohollal) kipróbálása, alkalmi fogyasztása enyhén nőtt az utolsó négy évben.

8.2.2. Felnőttek

Felnőttek körében rendszeresen ismétlődő, az időbeli változások mérésére is alkalmas kutatás alig volt Magyarországon. Csúpn három olyan kutatás készült, amelyek adatai összehasonlíthatóak (Paksi 2003, Elekes 2004, Elekes, Paksi 2003, Paksi, Arnold 2007). Az alábbiakban a 2003. évi vizsgálat főbb adatait mutatjuk be ⁶.

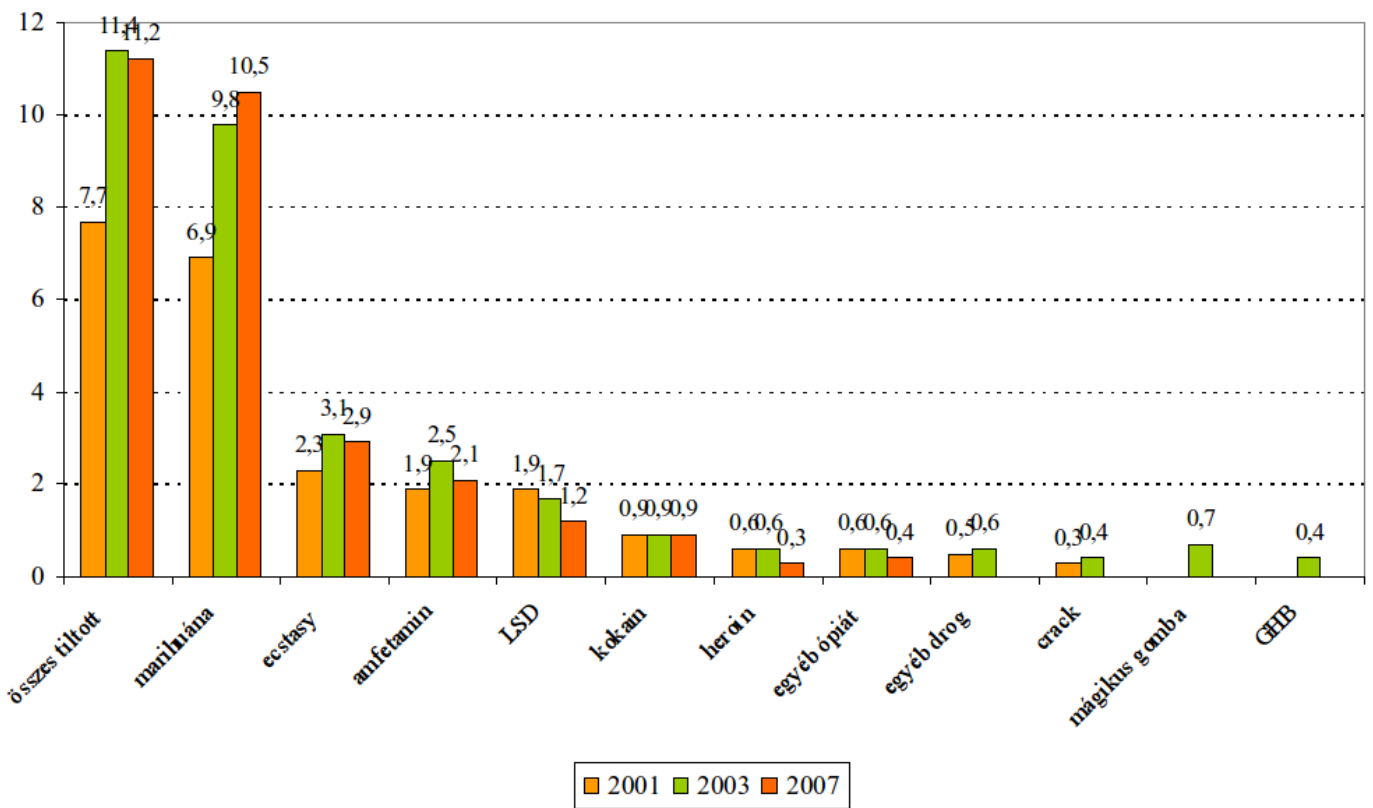
E kutatás eredményei alapján a megkérdezett felnőttek 11,4%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott drogot ⁷. Az éves prevalencia értéke 4,4%, az előző havi prevalencia érték pedig 1,6%. Szerenkénti élet- és éves prevalenciák alapján a 18-54 éves felnőttek körében is legelterjedtebb a kannabisz-származékok fogyasztása (életprevalencia 9,8%, éves prevalencia 3,9%). Az összes többi szer előfordulási gyakorisága jóval kisebb. Az életprevalencia értékek alapján a második-harmadik helyen az ecstasy, illetve az amfetamin található (3,1% illetve 2,5%), és nem sokkal marad el mögöttük a negyedik helyen lévő LSD, 1,7%-os életprevalencia értékkel. Az összes többi vizsgált tiltott drog életprevalencia értéke 1% alatti. Nyugtatót, altatót a megkérdezettek 22,2%-a fogyasztott már az életben. (30. ábra)

A fiatalokhoz hasonlóan a felnőtteknél is a tiltott drogfogyasztás a férfiaknál, a nyugtató/altató fogyasztás pedig a nőknél elterjedtebb. Ez egyben azt is jelenti, hogy míg a tiltott szert már próbáltak közel kétharmada (63,7%) férfi, addig a nyugtatót, altatót legalább egyszer már fogyasztottak több mint kétharmada (68%) nő. Az Európai Unióra rendelkezésre álló adatok alapján Magyarország a felnőtt népesség tiltott szer fogyasztása alapján is az alacsony prevalencia értékű országok közé tartozik (EMCDDA 2004a)

A 2001. évi és 2003. évi kutatásokban résztvevő, azonos korcsoportokra vonatkozó prevalencia értékek összehasonlítása a tiltott szerfogyasztás egyértelmű növekedését mutatja a felnőttek körében (az életprevalencia érték 7,7%-ról 11,4%-ra nőtt). Ugyanakkor a 2007-ben végzett kutatás eredményei azt mutatják, hogy a fiatalokhoz hasonlóan *a felnőtt népesség körében is megállt a tiltott szerek kipróbálásának terjedése*. A fiataloktól eltérően azonban ez a stagnálás nem a marihuána fogyasztás mérséklődésének, hanem a többi tiltott szert kipróbálók arányának csökkenésével volt magyarázható (Éves Jelentés 2008).

⁶ A kutatás a 18-54 éves felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján készült (N=2557). A kutatást az NKFP finanszírozta

⁷ ebben a kutatásban a tiltott drogok között az alábbiak szerepeltek: marihuána, ecstasy, amfetamin, LSD és egyéb hallucinogének, heroin, egyéb ópiátok, crack, kokain, mágikus gomba, GHB



30. ábra A tiltott szer fogyasztás életprevalencia értéke a 18-54 éves felnőttek körében (%) (Paksi, Arnold 2007)

8.2.3. Speciális csoportok

A nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan az eddigi hazai kutatások is azt mutatták, hogy a túlzott alkoholfogyasztás és a tiltott szerek kipróbálása, alkalmi fogyasztása szoros kapcsolatban áll a *szabadidő elöltési formákkal*. A kilencvenes évek második felében elkezdett és viszonylag rendszeresen ismétlődő kutatások eredményei szerint a *zenés-táncos szórakozó helyeket látogató fiatalok körében a droghasználat lényegesen elterjedtebb, mint a normál népességben*. A 2000-es évek kutatásai szerint a partik látogatói körében a *marihuána használat általánossá vált* és terjed a kokain használat. Egy 2003-ban a budapesti parti szcénában készült kutatás szerint a partikat látogató férfiak 90%-a használt már valamilyen illegális szert. Az elektronikus zenei partikat (legalább havi rendszerességgel) látogató fiatalok körében a *kábítószer használat több mint 20-szorosa az átlagpopulációban vizsgáltnak*. A normál népességhez hasonlóan a parti látogatóknál is a legelterjedtebb a marihuána fogyasztás, ezt követi az ecstasy és az amfetamin. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy a *különböző stílusú partikat látogató fiatalok kábítószer használata eltérő*. A közelmúlt legjelentősebb változása a hazai partiszcénában az *alkoholfogyasztás növekedése*, amely egyaránt jelenti a mennyiségi növekedést és a magasabb alkoholtartalmú italok terjedését is.

A rekreációs és szabadidős színtereken történő drogfogyasztásról végzett kutatások a parti-kultúra tágulásáról és differenciálódásáról számolnak be a 2000-es évek első felében, amely kínálati-stílus bővülés az időbeli (a hét minden napján való elérés) bővüléssel is kiegészült. Ez a rekreációs színtér azonban a *fiatalok csak egy kis része számára vált érdekessé vagy elérhetővé*. A partiszcénában végzett kutatások azt mutatták, hogy a *partik közönsége jellemzően a magasabb társadalmi státuszú fiatalok közül kerül ki*, a fiatalok közel fele felsőfokú végzettségű családból kerül ki (Demetrovics, Rácz 2008).

Szintén a szabadidő eltöltés módja és a kábítószer-fogyasztás közötti szoros kapcsolatot igazolja a *pláza-látogatók* között végzett vizsgálat (Éves Jelentés 2004). Eszerint a *plázákban hetente többször megforduló 14-16 éves diákok körében a kábítószer-fogyasztás éves prevalencia értéke több mint kétszerese a korosztályra jellemző értéknek*. Hasonló eredményeket mutatnak a nagyvárosi fiatal felnőttekre vonatkozó adatok is.

Keveset tudunk a hazai kábítószer-fogyasztás *etnikai különbségeiről*. Egy 2004-ben készült kutatás eredményei szerint a *fővárosban élő roma fiatalok körében a kábítószer-fogyasztás kipróbálása sokkal elterjedtebb, mint a nem roma fiatalok között*. A roma fiatalok 50%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst. A legfiatalabb – 12-16 éves – korcsoportban az életprevalencia érték 33,8% volt, a legidősebb – 23-30 éves – korcsoportban 53,3%. Az átlag népességben mértnél magasabbak az éves (31,5%) és a havi (20,6 %) prevalencia értékek is. Míg más kutatások a kábítószer-fogyasztás és az anyagi helyzet között kevéssé, vagy a jobb anyagi helyzettel mutattak kapcsolatot, addig a romák között végzett kutatás eredményei szerint *a szegény gettóknban élő roma fiatalok között nagyobb arányú a rendszeres kábítószer-fogyasztás, és gyakoribbak a fogyasztás veszélyesebb formái* (Ritter 2005, Éves Jelentés 2005).

8.3. Következtetések

A magyarországi kábítószer-fogyasztás elterjedtségét mutató közvetett és közvetlen indikátorok egyaránt azt valószínűsítik, hogy a kábítószeres kipurálása a kilencvenes évek második felében jelentős mértékben nőtt Magyarországon. Ez a növekedés a 2000-es évek elején mérsékeltebb ütemben folytatódott. Az utolsó egy-két év kutatási és statisztikai adatai arra utalnak, hogy a kábítószeres kipurálók aránya stabilizálódott, sőt mérséklődött. A fogyasztás terjedése a kilencvenes években nemcsak Magyarországon volt megfigyelhető. Az ESPAD-adatok szerint a kilencvenes évek második felében Európa legtöbb országában, és a 2000-es évek elején is számos országban terjedt a kábítószeres kipurálása a fiatalok körében. A növekedés egyértelműen a rendszerváltó országokban volt a legnagyobb mértékű. Ennek ellenére a volt szocialista országok többsége ma is Európa azon országai közé tartozik, ahol a kábítószer-fogyasztás kevésbé elterjedt. A kábítószer-fogyasztás szerkezete Magyarországon is egyre inkább hasonlít az Európa más országaiban megfigyelthez, azaz a marihuána fogyasztás dominanciája és a többi tiltott szer viszonylag kismértékű elterjedtsége a jellemző. Ugyanakkor Magyarországon – valamennyi rendelkezésre álló információ alapján – nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedően magas a különféle gyógyszerek, illetve gyógyszerek és alkohol együttes, visszaélészerű fogyasztása.

Feladatok

A kezelésbe került kábítószer-fogyasztókra vonatkozó adatok alapján milyen megállapításokat tehetünk a hazai kábítószer-fogyasztás mértékéről, elterjedtségéről

Értelmezze nemzetközi összehasonlításban a magyarországi kábítószer probléma mértékét

Milyen tendenciák figyelhetők meg az elmúlt 10 évben a hazai kábítószer-fogyasztás terjedésében?

Ajánlott irodalom

- [1] Demetrovics, Zs., Rácz, J., 2008, Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcnában, és L'Harmattan Kiadó, Budapest. 2008. *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcnában.* L'Harmattan Kiadó. Budapest.
- [2] Elekes, Zsuzsanna. 2005b. *A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében.* *Demográfia* 2005.4. 345-374.
- [3] Elekes, Zsuzsanna. 2009. *Egy változó kor változó ifjúsága. A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007.* NDI-L'Harmattan .
- [4] *Éves jelentés (2010): 2010-es Éves Jelentés az EMCDDA számára.* Nemzeti Drogfókuszpont www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>].
- [5] Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., és Kraus, L.. 2009. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries.* Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe, 406..
- [6] Németh, Ágnes. 2007. szerk.: *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja.* OGYI. Budapest.
- [7] Paksi, Borbála. 2003. *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon.* L'Harmattan. Budapest.

9. A rejtett drogfogyasztó népesség becslése

A fejezet célja a rejtett drogfogyasztó népesség nagyságát becslő eljárások megismertetése. A fejezet a következő témakörökkel foglalkozik:

- Miért szükséges a rejtett népesség becslése?
- Milyen módszerek ismertek a rejtett népesség becslésére?
- Milyen hazai kutatások készültek a rejtett népesség nagyságának meghatározására?

9.1.A problémás/rejtett drogfogyasztás becslésének módszerei ¹

9.1.1.Miért van szükség a problémás drogfogyasztás becslésére?

Az előző fejezetekben már szóltunk a drogfogyasztás közvetett és közvetlen indikátorokkal való mérésének korlátairól. E korlátok között szerepeltek a következők:

- A normál népesség körében végzett kutatások általában nem alkalmasak a *problémás fogyasztók* számának becslésére. Egyrészt a problémás fogyasztók gyakran *nem érhetőek* el a normál népességben szokásos kérdezési módszerekkel, másrészt a problémás fogyasztás aránya a normál népességben belül *alacsony*.
 - Például: Magyarországon 2007-ben a normál felnőtt népességben a heroin életprevalencia értéke 0,3% volt, az egyéb ópiátoké 0,4% és az amfetaminoké is csak 2,1%.
- A közvetett indikátorok, vagy statisztikai adatok csak azokról tudnak információt adni, akiket *az adott ellátó vagy jogi rendszer problémásnak ítél*. A problémás fogyasztók egy része ezekben a statisztikákban nem jelenik meg.
 - Például ismert tény, hogy a kokainfogyasztók, elsősorban az őket jellemző magasabb társadalmi státusból adódóan, ritkán jelennek meg a rendőrségi statisztikákban, de ritkán jelennek meg a hivatalos egészségügyi ellátásban is.
 - Mint a továbbiakban látni fogjuk Magyarországon a problémás drogfogyasztóknak 88%-a rejtve marad az egészségügyi és rendőrségi statisztikák számára

A hagyományos közvetett és közvetlen indikátorokkal nem mérhető problémás fogyasztás mérésére dolgozták ki azokat a *becslési eljárásokat*, amelyek közvetett és közvetlen indikátorokon alapulnak, és a drogfogyasztók között jelentős arányokat képviselő rejtett, problémásabb, vagy ritkább és/vagy stigmatizáltabb drogfogyasztási módok elterjedtségét mérik (ld. pl: EMCDDA 1997, 1999, 2004b).

E becslési eljárásoknak jelenleg három nagyobb csoportja ismert: a *multiplikátor* eljárás, a *többszörös* módszer, valamint a *fogás-visszafogás* (capture-recapture) módszer.

9.1.2. Kit tekintünk problémás drogfogyasztónak

Más prevalencia vizsgálatokhoz hasonlóan, a rejtett problémás drogfogyasztó népesség méretére vonatkozó becsléseknél is kulcskérdés, hogy *kit tekintünk a becslés célcsoportjának*, kit tekintünk problémás drogfogyasztónak?

Az alábbi kérdésekről kell döntenünk:

¹ A módszerek részletes ismertetése megtalálható: Nyírády, Elekes 2011

- Milyen *időszakra* vonatkozzon a becslésünk?
 - például előző évre, vagy előző hónapra
- Milyen *szercsoport* fogyasztását tekintjük problémásnak?
 - például minden tiltott szert, vagy csak a fizikai függést kiváltó szereket, vagy bizonyos kiemelt szercsoportokat
- Milyen fogyasztási *módot* tekintünk problémásnak?
 - például csak az intravénás fogyasztást, vagy minden fogyasztási módot
- Milyen *korcsoportra* végezzük el a becslést?
 - például a teljes népességre vonatkozóan, vagy csak fiatalokra, vagy csak az aktív korúakra stb.
- Milyen fogyasztási *gyakoriságot* tekintünk problémás fogyasztásnak?

Az EMCDDA az alábbi körülhatárolást javasolja a problémás drogfogyasztásra vonatkozó becsléseknél:

- Problémás drogfogyasztónak tekintjük az intravénás drogfogyasztókat vagy régóta/rendszeresen opiátokat, kokaint vagy amfetamin származékokat fogyasztókat
- A becslések a megelőző 12 hónapban a fenti drogokat fogyasztó 15-64 éves népességre terjedjenek ki

9.1.3. A multiplikátor módszer és a többváltozós módszer

A *multiplikátor módszer* az ismertté vált (pl. kezelésbe került) problémás fogyasztók számán, és a problémás fogyasztók ismertté válásának valószínűségén (pl. problémás fogyasztók közül kezelésbe kerülők aránya) alapul (EMCDDA 2004b). A becslés alapja két különböző információ:

- Valamilyen rutin statisztikai adatgyűjtés alapján rendelkezünk azonosított droghasználókra vonatkozó statisztikával (B)
- Kutatási adatokból, vagy szakértői véleményekből rendelkezünk a B mintába kerülés valószínűségével (C)
- Ennek alapján a problémás droghasználat teljes népességre vonatkozó számát (T)

$T=B/C$ képlettel becsljük

- Például normál népesség körében végzett kutatásból tudjuk, hogy egy problémás drogfogyasztó milyen valószínűséggel kerül kezelésbe, és ismerjük az adott évben kezelt problémás drogfogyasztók számát.
- Például ismerjük egy problémás drogfogyasztó rendőrségi nyilvántartásba kerülésének valószínűségét, és ismerjük az adott évben rendőrségi nyilvántartásban szereplő problémás drogfogyasztók számát

A *többváltozós elemzés* a különböző, regionálisan rendelkezésre álló indikátorokon végzett regresszió elemzés segítségével készít becslést a problémás drogfogyasztás országos elterjedtségére vonatkozóan. A becslés azon alapul, hogy a megfigyelhető populáció adatai alapján becsljük a nem megfigyelhető populációt. A becslési eljárás során az egész országra rendelkezésre álló indikátorokat társítjuk a néhány régióban megfigyelhető prevalencia értékekkel és ennek alapján becsljük az egész országra vonatkozó prevalenciát.

- Lehetséges eljárások:
 - a rendelkezésre álló indikátorok és a prevalencia értékek közötti kapcsolatot becsljük - ott ahol ezek rendelkezésre állnak - regresszió elemzéssel, majd az országosan meglévő indikátorokra illesztjük a regressziós együtthatókat, és így becsljük a teljes népességen belüli prevalencia arányokat

- Nem az indikátorokra, hanem azok főkomponenseire illesztjük a lineáris regressziót
- Szükséges adatok:
 - Drogfogyasztással összefüggő indikátorok regionális bontásban
 - Megbízható prevalencia becslések legalább két régióra

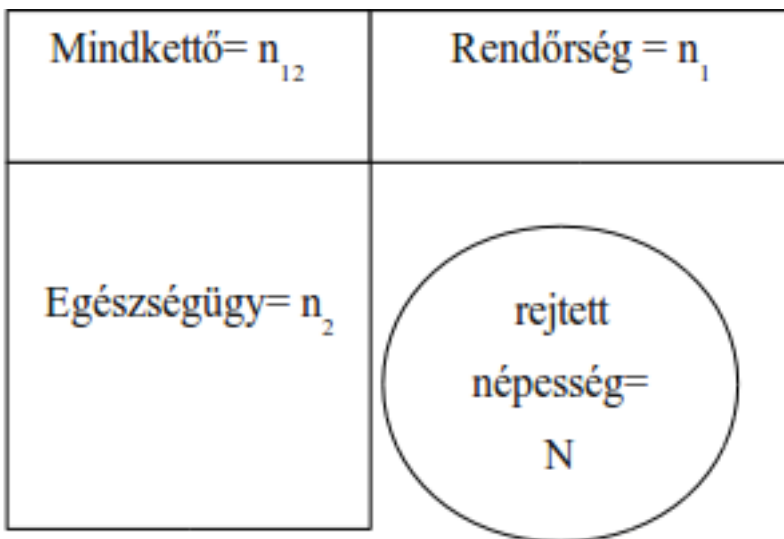
9.1.4. Fogás-visszafogás módszer

Részletesebben írunk a fogás-visszafogás (capture-recapture) módszerről, mert ez az a módszer, amellyel Magyarországon is készültek becslések a rejtett drogfogyasztó népességről. A fogás-visszafogás módszert eredetileg az ökológusok fejlesztették ki különböző állat csoportok nagyságának becslésére (EMCDDA 1997, EMCDDA 1999, EMCDDA 2004b, Hay 2005).

A rejtett drogfogyasztók becslése a fogás-visszafogás módszer segítségével *két vagy három adatforrás* felhasználásával történik.

Két adatforrás használatakor különösen fontos szempont az adatforrások *függetlensége*, azaz az egyik nyilvántartásba való bekerülés ne növelje a másik nyilvántartásba való bekerülés valószínűségét. Két adatforrás alkalmazásakor leggyakoribb az *egészségügyi és a rendőrségi* adatok összehasonlítása. Ekkor a mindkét adatforrásban való szereplés, illetve a csak az egyik adatforrásban való szereplés alapján becsüljük az ismeretlen fogyasztók számát.

A két adatbázisból álló fogás-visszafogás módszernél a problémás drogfogyasztó népesség becslése az alábbiak alapján történik:



A rejtett népesség száma az alábbi képlettel számolható ki:

$$N = n_1 \cdot n_2 / n_{12}$$

Ahol n_1 a csak a rendőrségi mintában lévők száma, n_2 a csak az egészségügyi mintában lévők száma, n_{12} pedig a mindkét mintában lévők száma.

Ennek alapján a keresett népesség teljes létszáma:

$$X = N + n_1 + n_2 + n_{12}$$

Mivel két rendelkezésre álló adatbázis egymástól való függetlensége nem mindig biztosítható, ez pedig a becslés torzítását eredményezheti, ezért az adatforrások közötti kapcsolat kompenzálására szokás *3 vagy több adatforrás* összevetésével

elvégezni a becslést. A harmadik adatforrás bevonása részben lehetővé teszi annak vizsgálatát, vajon van-e kapcsolat az adatforrások között, és ha igen, hogyan befolyásolja a kapcsolat a becslések eredményét.

9.2.A fogás-visszafogás módszer alkalmazása Magyarországon 2005. évi adatok alapján ²

9.2.1.A becslésnél alkalmazott szempontok

- *Az adatforrások meghatározása:* Magyarországon a két adatforráson alapuló becslési eljárást alkalmaztuk. Ennek oka elsősorban az, hogy a szakemberekkel folytatott konzultációk után egyértelművé vált, hogy egyelőre nem létezik olyan harmadik adatforrás, amelynek adatai megfelelnek a szükséges kritériumoknak, megbízhatóan használhatóak lennének a kutatás során. A becslésbe bevont két adatbázist a *rendőrség*, valamint az *egészségügyi ellátás* azon intézményei adták, ahol 2005-ben elkezdtek használni a TDI (treatment demand indicator - kezelési igény indikátor) szerinti adatgyűjtést. Mivel a rendőrségi és egészségügyi nyilvántartásokat egyértelműen *egymástól független* nyilvántartásoknak szokás tekinteni, ezért a két adatbázis használata is elégségesnek tekinthető a módszer alkalmazásához. (Az adatbázisokról később részletesebben is lesz szó.) A rendőrségi adatok – a fogás-visszafogás módszer leírásának megfelelően - egyaránt magukba foglalják a *fogyasztói* és a *kereskedői típusú bűncselekmény* miatt eljárásba vont személyeket.
- *Eset definíció:* Elfogadva az EMCDDA ajánlásait, a problémás drogfogyasztókat aszerint definiáltuk, hogy előfordult-e *ópiátok, kokain, amfetamin vagy MDMA és származékainak* a fogyasztása, illetve *intravénás* használat. A tartós, vagy rendszeres fogyasztás elkülönítését az adatbázisok nem tették lehetővé.
- *Azonosíthatóság:* Az adatgyűjtés során kitüntetett szerepe van annak, hogy az *anonimitás* megőrzése mellett, az esetek *azonosíthatóak* legyenek, hiszen e nélkül az adatforrások közötti átfedés nem állapítható meg. Az azonosíthatóság biztosítása, és az anonimitás megőrzése érdekében a TDI adatgyűjtésnél használt 6 jegyű *generált kódot* alkalmaztuk. Az egészségügyi intézményekben 2005-ben új betegként megjelentekre vonatkozó adatokat már egyébként is ennek a generált kódnak az alkalmazásával regisztrálták. A régi betegekre vonatkozó adatoknál, és a rendőrségi adatoknál ugyanezt a kódot használtuk.
- *Az adatgyűjtés időtartama:* Az adatgyűjtés a 2005. január 1. és 2005. december 31. között, a rendőrségi és egészségügyi nyilvántartásban szereplőkre terjedt ki.
- *Életkor és lakóhely szerint teljes körű* volt az adatgyűjtés, azaz az ország egész területére vonatkozott, és minden korcsoportra.

9.2.2.A rendőrségi adatok

A rendőrségi adatgyűjtés a kutatás során azokra terjedt ki, akik 2005-ben, az *ország egész területén, terjesztői vagy fogyasztói magatartás miatt, gyanúsítottként* rendőrségi nyilvántartásba kerültek, és az ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet bevizsgálása alapján megfeleltek a problémás drogfogyasztás kritériumainak. Az adatok az ORFK EKI Nemzeti Adatgyűjtő Központ nyilvántartásából, az esetek egyenkénti átvizsgálása alapján kerültek kigyűjtésre. Az adatgyűjtés szempontjai, és az adatok csoportosítása – amennyire ezt az adatbázis lehetővé tette - a TDI protokollal megegyezik. Így az egyes esetek a TDI-nél alkalmazott generált kóddal kerültek azonosításra. A kigyűjtött információk a következők voltak: nem, születési év, eljárási helyzet (fogyasztó, kereskedő, mindkettő), lakóhely, a drog fajtája (heroin, metadon, egyéb opiát, kokain, amfetamin, MDMA és származékai), egyéb szerek használata, intravénás használat.

A rendőrségi nyilvántartásba 2005-ben *1911 olyan eset* került, ahol az igazságügyi bevizsgálás után egyértelművé vált, hogy a gyanúsításba vétel oka valamilyen *ópiát, kokain, amfetamin, vagy MDMA és származékai* volt. A rendőrségi

² A fejezet megjelent: Elekes, Nyírády (2007)

nyilvántartás azonban *halmozódást* tartalmaz, amelynek oka, hogy azonos személy más és más szer használata miatt is bekerülhet, mivel a szakértői vélemény azonos büntető-eljárásban esetenként több különböző szert is azonosított. Ezekben az ügyekben egy személy, azonos ügyszám alatt, de akár háromféle hatóanyaggal is megjelenik a nyilvántartásban. A generált kódok segítségével, a halmozódások kiszűrése után megállapíthatjuk, hogy a 2005. évi rendőrségi nyilvántartásban, ópiát származékokkal, kokainnal, amfetaminnal és MDMA-származékokkal kapcsolatos fogyasztói vagy terjesztői magatartás miatt összesen *1384 személy* szerepelt. Közülük 377 fő kétszer, 74 fő háromszor, két fő pedig 4-szer szerepelt a nyilvántartásban.

Azokban az esetekben, ahol egy személyhez több eset kapcsolódott a nyilvántartásban, azokat az eseteket tartottuk meg, ahol az eljárási helyzet fogyasztói magatartásra utalt (a kutatás célja a fogyasztók becslése volt). Másodsorban kiválasztási szempont volt, hogy melyik esetről rendelkezünk több információval, harmadsorban pedig, mivel a többszöri számbavétel oka az amfetamin és az ecstasy külön-külön történő regisztrálása volt, ezért felváltva választottuk az amfetaminhoz, illetve az ecstasyhoz kapcsolódó esetet.

9.2.3. Az egészségügyi adatok

Az egészségügyi ellátásra vonatkozó adatgyűjtés alapja, amely az egész kutatást lehetővé tette, a TDI használatának 2005. évi bevezetése volt. Az új adatgyűjtési rendszerben 2005-ben még csak a nagyobb forgalmú drogambulanciák és addiktológiai gondozók vettek részt, ez azonban a kliensek túlnyomó többségét lefedte.

A TDI protokoll szerint készült nyilvántartásokat az Országos Addiktológiai Intézet gyűjtötte össze. A TDI csak az új betegekre vonatkozik, a fogás-visszafogás becslés viszont valamennyi, az adott időszakban nyilvántartott beteg adatait igényli. Ezért az új betegekre vonatkozó adatokat kiegészítettük, a TDI adatgyűjtés szempontjainak megfelelően, a kezelőhelyeken szereplő régi betegek adataival is. A régi betegekre vonatkozó adatok az új betegekre vonatkozó adatokkal azonos módon kerültek a nyilvántartásba. Az egészségügyi adatok tehát tartalmazzák *az ország egész területén, a nagyobb ellátó helyeken nyilvántartott összes (régie és új), ópiátot, kokaint, amfetamint és ecstasyt fogyasztó betegek*re vonatkozó adatokat. A kezelésben lévők közül kizártuk azokat, akik elterelés miatt kerültek kezelésbe, hiszen ők a rendőrségi nyilvántartásban is szerepelnek, ez pedig a két adatbázis függetlenségét sértette volna. Mivel a kisebb gondozóhelyek – ahol a számítógépes nyilvántartás és a generált kód nem került bevezetésre – szétszórva, az ország kisebb területein találhatóak, így ebben a kutatásban nem volt mód arra, hogy az ő adataikat is összegyűjtsük. Ez összességében azt jelenti, hogy a *2005. évi betegforgalom 82%-a került a kutatás alapját szolgáló egészségügyi adatbázisba*.

Az országosan összesített adatbázisból kerültek leválogatásra a kutatáshoz szükséges adatok.

Az egészségügyi adatbázis a következőket tartalmazza: kezelőhely, nem, születési év, bekerülés oka (régie beteg, új beteg), elsődleges szer (heroin, metadon, egyéb ópiát, kokain, amfetaminok, MDMA és származékai), másodlagos szer, intravénás fogyasztás, lakóhely.

Az egységesített adatbázisba összesen 1553 eset került. A többszöri nyilvántartásba kerülés kiszűrése után összesen 1469 kezeltről rendelkezünk információval. A kezelték 5,2%-a (80 fő) kétszer, 0,3% (4 fő) pedig háromszor szerepelt a nyilvántartásban. A többszöri nyilvántartásba kerülés oka az adatgyűjtéssel kapcsolatos protokollban keresendő: az a régie beteg, aki legalább fél éven keresztül nem jelenik meg a kezelő helyen, fél év után új betegnek minősül. A többszöri nyilvántartásba kerülés másik oka volt, hogy ugyanaz a beteg több intézményben is megjelent új betegként. Az átfedések leválogatásakor, ha valaki régie és új betegként is szerepelt, akkor a régie betegként regisztrált esetet hagytuk meg. A leválogatás második szempontjaként azokat az eseteket tartottuk meg, ahol több információ szerepelt a kezeltről.

9.2.4. Az egészségügyi és rendőrségi nyilvántartásokban szereplők közötti különbségek és hasonlóságok

- A 2005-re vonatkozó rendőrségi adatbázisba 1911 eset, az egészségügyi adatbázisba 1553 eset került, azaz a két adatbázis mérete nem különbözött jelentősen egymástól. *A vizsgálatba vont rendőrségi adatok jelentősebb halmozódásokat*

mutatnak, mint az egészségügyi adatok. A rendőrségi nyilvántartásba került személyek 27%-a kétszer, 5,6%-a pedig 3 vagy több alkalommal is szerepel külön esetként az adatbázisban. Az egészségügyi adatbázisban a halmozódás sokkal kisebb mértékű, a kétszer szereplő személyek aránya csupán 5,2%, ennél többször pedig 0,3% szerepel.

- A rendőrségi nyilvántartásban szereplő gyanúsítottak többsége fogyasztói típusú magatartás miatt került kapcsolatba a rendőrséggel. *A nyilvántartás okaként szereplő drog fajtája túlnyomó többségben ecstasy és amfetamin.* Ópiátszármazékok és kokain csak kis arányban fordulnak elő. Az intravénás használat igen ritka.
- Az egészségügyi nyilvántartásban szereplők több mint fele régi beteg. Eltérően a rendőrségi adatoktól, *domináns elsődlegesen fogyasztott szer az ópiát-típus, ezen belül is a heroin.* Jelentősebb még az amfetamin-fogyasztás a kezelték körében. Az ecstasy-fogyasztás, szintén eltérően a gyanúsítottaktól, kifejezetten ritka. A kezelték között sokkal elterjedtebb az intravénás fogyasztás, mint a gyanúsítottak között.
- A gyanúsítottak és a kezelték között is viszonylag ritka – vagy csak a nyilvántartásban nem szerepel – a másodlagos drog használat. A rendőrségi adatbázisban a személyek 20,5%-ánál, az egészségügyi nyilvántartásban 35,1%-ánál szerepel az elsődleges drog mellett valamilyen egyéb drog, többnyire marihuána.
- Bár mindkét nyilvántartásban a férfiak sokkal nagyobb arányban találhatóak, mint a nők, *a rendőrségi adatbázisban 14%-kal magasabb a férfiak aránya, mint az egészségügyben.*
- *A rendőrségi nyilvántartásban szereplők átlagosan 3,5 évvel fiatalabbak, mint az egészségügyi nyilvántartás személyei.* A gyanúsítottak között a 15-24 évesek dominálnak, és igen alacsony a 34 év feletti aránya. A kezelték között a 25-34 évesek dominálnak, és jelentősebb a 34 év feletti aránya is.
- A rendőrségi nyilvántartásban szereplők között kifejezetten alacsony, az egészségügyi nyilvántartásban szereplők között pedig kifejezetten magas a fővárosban élők aránya. A rendőrségi nyilvántartásban szereplők közel kétharmada, az egészségügyi nyilvántartásban szereplők alig több mint egynegyede él egyéb városban vagy községben. A lakónépesség arányához képest mindkét adatbázisban magas a megyeszékhelyen élők aránya.
- A kezelték között felülreprezentáltak az észak-keleti és dél-keleti országrészben élők (elsősorban Békés és Borsod-Abaúj-Zemplén megye), a gyanúsítottak között felülreprezentáltak szintén a dél-keleti, valamint az észak-nyugati országrészben élők (elsősorban Bács-Kiskun, Csongrád valamint Komárom megyék).

Összességében a rendőrségi adatbázis jellemző nyilvántartottja a 15-24 éves, községben és kisebb városokban élő, amfetamint és ecstasyt fogyasztó férfi. Az egészségügyi adatbázis jellemző nyilvántartottja a 25-34 éves, fővárosban vagy nagyvárosban élő, ópiát-fogyasztó férfi.

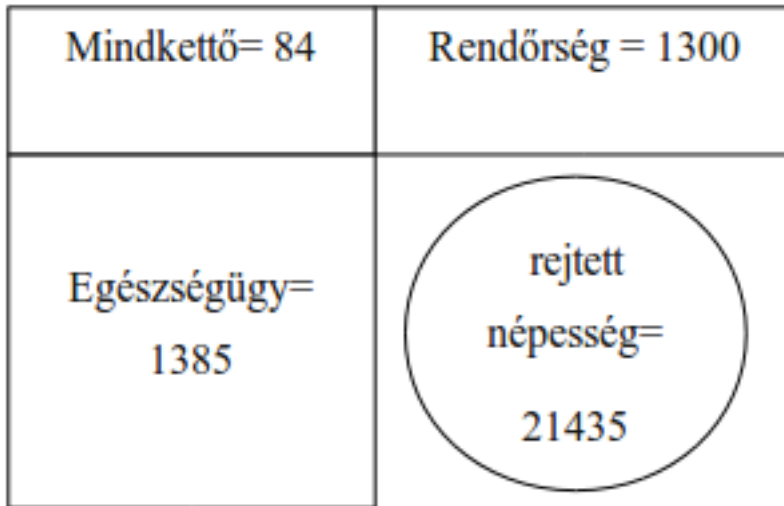
9.2.5. A problémás drogfogyasztás becslése

- Az adatbázisok közötti átfedések

A generált kódok mentén, a rendőrségi és egészségügyi adatforrásokból létrehozott egységes adatbázisban összesen 2769 személy szerepel. Ebből 1300 fő (47,0%) csak a rendőrség, 1385 fő (50,0%) pedig csak az egészségügy nyilvántartásában található. *Mindkét adatbázisban összesen 84 fő (3,0%) szerepel.* Azaz megállapíthatjuk, hogy *Magyarországon a rendőrség és az egészségügy meglehetősen eltérő drogfogyasztó populációval kerül kapcsolatba.* A mindkét adatbázisban szereplő kezelték/gyanúsítottak főbb jellemzőik alapján a *csak gyanúsítottak*, és a *csak kezelték* között helyezkednek el.

- A problémás drogfogyasztás elterjedtsége Magyarországon

A 2005. évi rendőrségi és egészségügyi nyilvántartásban szereplő ópiát, amfetamin, kokain és MDMA származékokat használó személyekre alkalmazva a fogás-visszafogás módszert a már ismertetett ábrát a következőképpen írhatjuk fel:



A rejtett népesség nagysága = csak a rendőrségi nyilvántartásban szereplők száma x csak az egészségügyi nyilvántartásban szereplők / mindkettőben szereplők száma.

A problémás drogfogyasztók teljes becsült száma = a rejtett népesség száma + csak a rendőrségi nyilvántartásban szereplők száma + csak az egészségügyi nyilvántartásban szereplők száma + mindkét nyilvántartásban szereplők száma.

Ennek alapján a rendőrségi és egészségügyi adatforrások felhasználásával készült fogás-visszafogás módszerrel elvégzett becslés szerint 2005-ben, Magyarországon a problémás drogfogyasztók becsült száma 24204 fő. Standard szórás: 2485,2. 95%-os megbízhatóság mellett a konfidencia intervallum 19333 és 29075³.

A becslés elkészült főbb korcsoportokra és külön az intravénás használókra is. A kapott adatok alapján valószínűsíthető, hogy a problémás drogfogyasztók túlnyomó része férfi, átlagéletkoruk 25 év körüli, a 35 év feletti aránya elenyésző. Többségük heroint, amfetamint vagy ecstasyt fogyaszt. Közöttük a heroin-fogyasztók aránya valószínűleg alacsonyabb, az amfetamin-fogyasztóké pedig magasabb, mint a kezelték körében tapasztalható. Lakóhely szerint viszonylag egyenletesen oszlanak meg a nagyvárosok és a kisebb települések között. Az intravénás használat a populáció körülbelül 15-20%-át jellemzi.

9.3. A rejtett népesség becslése Magyarországon 2009-ben

2009-ben újabb kutatás készült Magyarországon a problémás drogfogyasztók rejtett számának becslésére fogás-visszafogás módszerrel (Bozsonyi, Horváth 2010, Bozsonyi, Horváth, Tarján 2010). A becslés ebben az évben is a rendőrségi és egészségügyi adatok felhasználásával történt, és az előzőektől eltérően szertípusonként készült heroin, amfetamin és kokain fogyasztókra. A becslések a 15-64 éves népességre vonatkoztak.

A kutatás eredményeként az alábbi értékek születtek szertípusonként:

³ A számításoknál a Chandra-Sekar Deming (1949) módszert alkalmaztuk

6. táblázat - A fogás-visszafogás módszerrel becsült problémás drogfogyasztó népesség nagysága 2007-2008-ban Magyarországon

szertípus	problémás fogyasztók száma a teljes népességben	rejtett problémás fogyasztók száma	konfidencia intervallum 95%-os megbízhatósági szinten	szórás
heroin	3130	2259	1908-2609	178
amfetamin	27323	25600	16415-34785	4686
kokain	5592	5101	..	..
intravénás használó	5699	4679	..	..

(Éves Jelentés 2010)

Mivel a becslés 2009-ben szerenként történt, ezért az eredmények nem hasonlíthatóak össze a 2005. évre vonatkozó adatokkal. Az azonban így is jól látszik, hogy a problémás droghasználat méretére vonatkozó becslés a két időszakra vonatkozóan, nagyságrendjében nem különbözik jelentősen. A 2009. évi adatok is alátámasztják azt a korábbi eredményt, mely szerint *a problémás használók jelentős része rejtve marad az egészségügyi és rendőrségi adatforrások számára.*

9.4. A problémás drogfogyasztás nemzetközi összehasonlításban

A 2005. évi magyarországi adatok értelmezéséhez bemutatunk néhány, az adott időszakban más Európai országban készült becslést. Összehasonlításképpen az EMCDDA Statisztikai Bulletinjéből közöljük a megfelelő országokban, az utolsó felnőtt vizsgálatok életprevalencia értékét amfetaminra és ecstasyra (az összes tiltott szerfogyasztás prevalenciáit nem közli a Bulletin), valamint a 2003.évi ESPAD marihuánán kívüli tiltott szerekre vonatkozó életprevalencia értékeit (EMCDDA 2005, Hibell és társai 2004).

A *felnttekre* rendelkezésre álló életprevalencia értékek alapján az amfetamin fogyasztás az Egyesült Királyságban és Dániában, az ecstasy fogyasztás Csehországban és Írországban a legelterjedtebb. Magyarország mindkét szer alapján a közepes elterjedtségű országok közé tartozik. Az *ESPAD adatok* szerint a marihuána nélküli tiltott szerfogyasztás életprevalencia értéke alapján Csehországban, Németországban, az Egyesült Királyságban a legelterjedtebb a drogfogyasztás. Magyarország azon országok közé tartozik, ahol a marihuánán kívüli tiltott szerfogyasztás kevésbé elterjedt. A *problémás fogyasztás elterjedtségét mérő becslések* alapján, az ezer 15-64 éves lakosra jutó mutató szerint, legelterjedtebb a problémás fogyasztás az Egyesült Királyságban, Olaszországban, kisebb mértékben Dániában és Luxemburgban. Magyarország – az ESPAD adatokkal összhangban – azon országok közé tartozik, ahol a problémás drogfogyasztás kevésbé elterjedt. A problémás drogfogyasztók ezer lakosra jutó becsült száma a bemutatott országok közül Németországban és Görögországban alacsonyabb, mint Magyarországon (7. tábla).

7. táblázat - A problémás drogfogyasztók becsült száma, valamint normál népességre vonatkozó prevalencia értékek néhány európai országban

Ország	Módszer	Problémás fogyasztó/1000 lakos ^a	Problémás fogyasztók száma	Felnőttek életprevalencia értéke		ESPAD 2003 ^b
				amfetamin	ecstasy	
Ausztria	Fogás-visszafogás	5,38-6,14	29397-33535	..	..	8
Csehország	Multiplikátor	3,46-3,89	25000-28100	4,3	8,8	11
Dánia	Fogás-visszafogás	6,67-7,67	23757-27331	9,6	2,6	6
Egyesült Királyság ^c	Kevert	8,99-9,79	360811	11,6	18,4	9
Finnország	Fogás-visszafogás	4,60-6,10	16100-21100	4,1	3,4	3
Franciaország	Multiplikátor	4,72	180000	0,1	1,9	7
Görögország	Fogás-visszafogás	2,38-2,76	15419-20563	0,2	0,6	2
Írország	Fogás-visszafogás	5,20-6,10	13405-15819	4,9	7,1	6
Luxemburg	Fogás-visszafogás	6,19-13,57	1801-3948	..	1,9	..
Magyarország	<i>Fogás-visszafogás</i>	<i>2,78-4,18</i>	<i>19307-29035</i>	<i>4,5</i>	<i>5,6</i>	<i>5</i>
Németország	Multiplikátor	2,00-3,20	92000-123000	5,4	5,3	10
Olaszország	Fogás-visszafogás	7,20-7,44	267048-295464	2,0	3,3	8
Svédország	Fogás-visszafogás	4,80	27640	..	..	3
Szlovénia	Fogás-visszafogás	5,30	7399			5

^a 15-64 évesekre vonatkozóan

^b tiltott drogok életprevalenciája marihuána nélkül

^c Anglia és Wales

Feladatok

Milyen módszereket ismer a rejtett drogfogyasztó népesség nagyságának becslésére?

Milyen hazai adatforrásokat tudna felhasználni a multiplikátor módszer alkalmazására?

A fejezetben ismertetettekén kívül milyen más adatforrások segítségével lehetne elvégezni a fogás-visszafogás módszerrel történő becslést?

Ajánlott irodalom

- [1] Elekes, Zs. és Nyírády, A.. 2007. *A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése fogás-visszafogás módszerrel. Addiktológia 2.* 95-110.
- [2] Bozsonyi, K., Horváth, G., és Tarján, A.. 2010. *Problémás drogfogyasztás. in: 2010-s éves jelentés az EMCDDA számára. „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Drogfókuszpont www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>].*
- [3] EMCDDA (2004): *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use. EMCDDA July 2004.*
- [4] *Éves jelentés (2010): 2010-s éves jelentés az EMCDDA számára. „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Drogfókuszpont www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>].*
- [5] Nyírády, A. és Elekes, Zs.. 2011. *Nemzetközi indikátorok és adatbázisok. Szöveggyűjtemény, Budapest. www.tankonyvtar.hu [<http://www.tankonyvtar.hu/>].*

10. Dohányzás

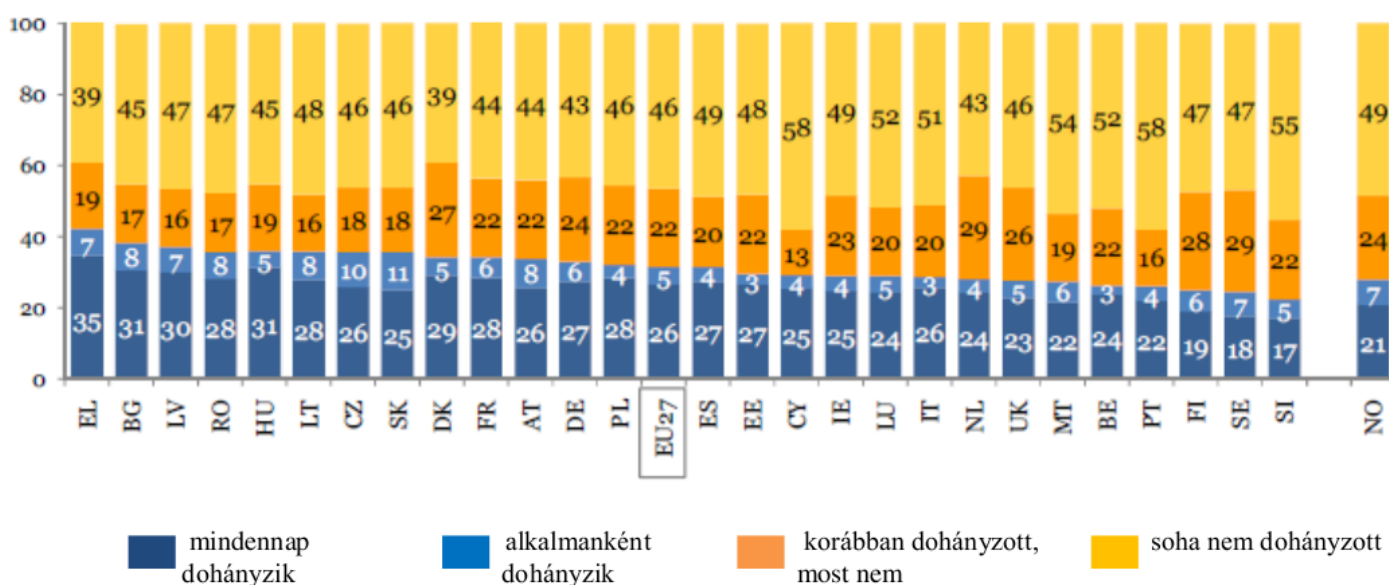
A fejezet célja a dohányzás elterjedtségének, mértékének és trendjeinek bemutatása felnőtt és fiatal népesség körében végzett kutatások alapján.

10.1. Felnőttek dohányzása

A WHO adatai szerint a dohányzás a megelőzhető halálokok között az első helyet foglalja el. Becslések szerint az Európai Unió országában az összes halálozás 15%-a vezethető vissza dohányzásra (Eurobarometer 2009).

Tompa, Szilágyi és Barta (2006) számításai szerint Magyarországon évi 22 000 ember hal meg a dohányzás káros következményei miatt. A passzív dohányzás további évi 2300 ember halálát okozza. 2004-re vonatkozó számításaik szerint a 35 év feletti férfiak összes halálzásának 30-31%-a, a 35 év feletti nők összes halálzásának pedig 3,6%-a vezethető vissza dohányzásra. A dohányzás miatti károk társadalomra rótt összes költsége becsléseik szerint 379-397 milliárd forint, az ország nemzeti össztermékének 1,8%-a.

Az Eurobarometer 2008. évi adatfelvétele szerint az Európai Unió és Norvégia 15 évnél idősebb népességének közel egyharmada dohányzik valamilyen rendszerességgel, a napi rendszerességgel dohányzók aránya pedig 26%.



31. ábra A 15 évesnél idősebb népesség dohányzása² az EU tagországokban és Norvégiában 2008-ban (Eurobarometer 2009:8)

A valamilyen rendszerességgel történő dohányzás legelterjedtebb Görögországban, Lettországon, Romániában, Magyarországon, Litvániában és Csehországban. Hasonló országonkénti sorrendet mutat a napi rendszerességgel dohányzók aránya is. Figyelemre méltó, hogy egyrészt Magyarország a dohányzás elterjedtsége alapján Európa élvonalába tartozik, de fontos felfigyelni arra is, hogy a vezető országok volt szocialista országok. Azaz a dohányzás sokkal elterjedtebb Európa középső és keleti felén, mint például az északi országokban (31. ábra).

Az Eurobarometer a passzív dohányzást is vizsgálta. Eszerint a nem dohányzók 14%-a és a dohányzók egyharmada él olyannal együtt, aki otthon is dohányzik. A munkahelyi passzív dohányzás a munkahelyen dolgozók egyötödét érinti Európában. Akár az otthoni, akár pedig a munkahelyi passzív dohányzásnak leginkább Görögország, Ciprus és Bulgária lakossága van kitéve, Finnországban és Svédországban pedig a legritkább a passzív dohányzás.

²cigaretta, szivar és pipa együtt

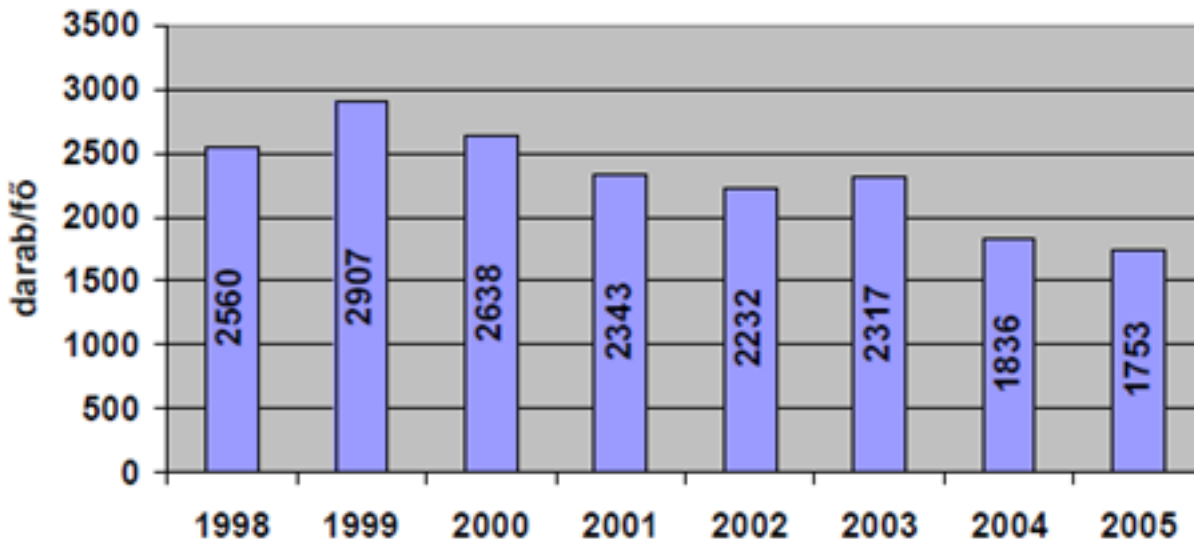
A hazai felnőtt dohányzás mértékéről elsősorban az OLEF, ELEF és Dohányzásmonitor vizsgálatok adnak információt.

Az OLEF 2003 évi adatai szerint a felnőtt férfi népesség 42%-a és a nők 29%-a dohányzott rendszeresen. Ettől alig maradt el a napi dohányosok aránya: férfiak 38%-a és a nők 25%-a. A 2000. évi OLEF adatokhoz képest ez akkor alig jelentett változást: a nőknél 2 százalékponttal nőtt a napi dohányzók aránya, a férfiaknál pedig változatlan maradt (OLEF 2003).

A 2007. évi Dohányzásmonitor eredményei a rendszeres és a napi dohányzás adatai alapján is a férfiaknál enyhe növekedést, a nőknél pedig változatlanságot mutatnak a korábbi OLEF adatokhoz képest (rendszeresen dohányzó férfi: 48%, nő: 28%, naponta dohányzó férfi: 42%, nő: 25%) (GYTS 2008).

Az ELEF 2009. évi adatai szerint a 15 évnél idősebb népesség 30,6 %-a dohányzik valamilyen rendszerességgel (férfi: 35,9%, nő 25,9%), a napi rendszerességgel dohányzók aránya pedig 26,3% (férfi 31,6%, nő 21,6%) (ELEF 2009). Az ELEF eredmények tehát az összehasonlítható 2003. évi OLEF eredményekhez képest egyértelműen *javuló tendenciát jeleznek: a rendszeresen és a naponta dohányzók aránya is csökkent az elmúlt 6 évben férfiaknál és nőknél egyaránt.*

Hasonló csökkenést jeleznek az egy főre jutó cigaretta *mennyisége* alapján a GKI adatai is (Tompá, Szilágyi, Barta 2006). (32. ábra) A fogyasztás mennyiségének a csökkenését jelzik az ELEF eredményei is: a kilencvenes évek közepéhez képest a naponta elszívott cigaretta száma a férfiaknál 46%-ra a nőknél pedig 24%-ra csökkent (ELEF 2009).



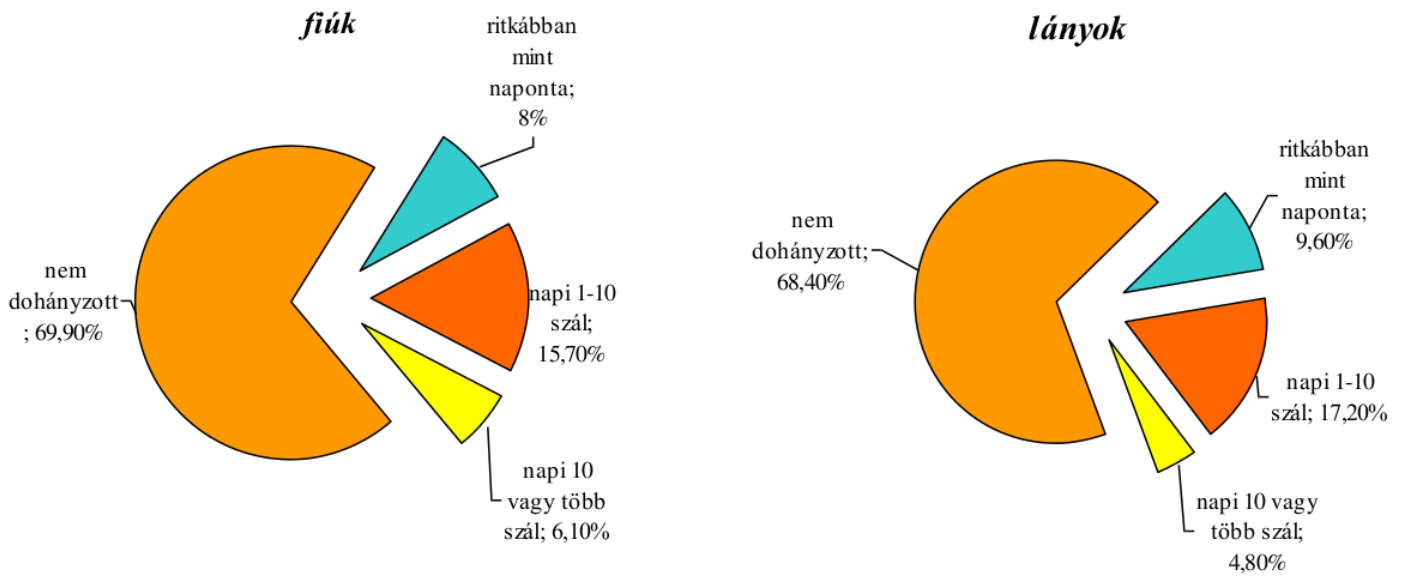
32. ábra A 15 éves és idősebb népesség egy főre jutó cigaretta fogyasztása Magyarországon (Tompá, Szilágyi, Barta 2006)

10.2 Fiatalok

A legtöbb kutatás arra hívja fel a figyelmet, hogy a fiatalabb korcsoportokban elterjedtebb a dohányzás, mint a teljes népességben.

Az ESPAD kutatások eredményei szerint a 2007-ben megkérdezett 8-10. évfolyamos magyar diákok közel kétharmada (64,1%) kipróbálta már a dohányzást. Az életprevalencia értékek nemenként szignifikáns ($p=0,001$) különbséget mutatnak. Nemcsak a valaha dohányzók aránya, hanem a nagyobb rendszerességre utaló 20 vagy többszöri dohányzás is *elterjedtebb a lányoknál* (65,1% illetve 27,8%), mint a fiúknál (63,1%, illetve 26,8%) (Elekes 2009).

A kérdést megelőző hónapban a fiatalok közel egyharmada (30,8%) dohányzott. A napi rendszerességgel dohányzók aránya 21,9%, azaz *minden ötödik megkérdezett naponta cigarettázik* és 5,4% legalább 10 szál cigarettát szív naponta. A havi dohányzás alapján a nemek közötti különbségek nem jelentősek (33. ábra).

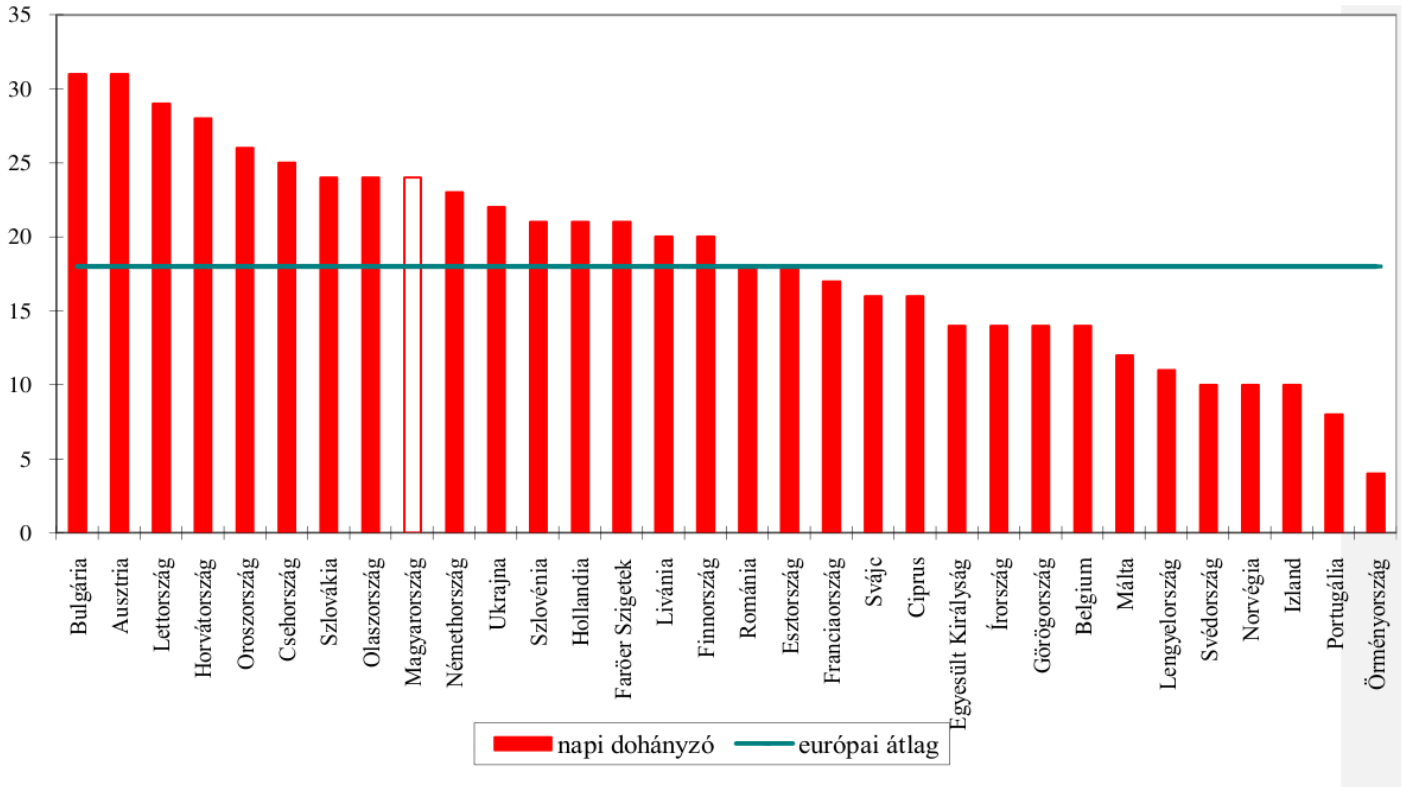


33. ábra Előző havi dohányzás gyakorisága, 8-10. évfolyamon tanulók (Elekes 2009a:40)

Európai összehasonlításban, a főbb prevalencia értékek alapján a fiatalkori dohányzás legelterjedtebb Ausztriában, Bulgáriában, Csehországban és Lettországon. A diákok legkevésbé Örményországban Izlandon, Norvégiában és Portugáliában dohányoznak. Bár egyértelmű földrajzi különbségek nem mutathatók ki, Közép- és Kelet-Európa országaiban a dohányzás elterjedtebbnek látszik (Hibell és társai 2009).

A dohányzás főbb prevalencia értékei a magyar fiatalok között magasabbak, mint az európai átlag³. Ugyanakkor a magyar diákok kevésbé a mérsékelt, hanem *elsősorban a napi dohányzás mutatói alapján kerülnek Európa élvonalába*. A napi dohányzók aránya csupán hat országban magasabb, kettőben pedig azonos, mint nálunk (34. ábra).

³ Itt az európai átlag súlyozatlan átlagot jelent, azaz nem Európa diákjainak, hanem Európa országainak az átlagát közöljük

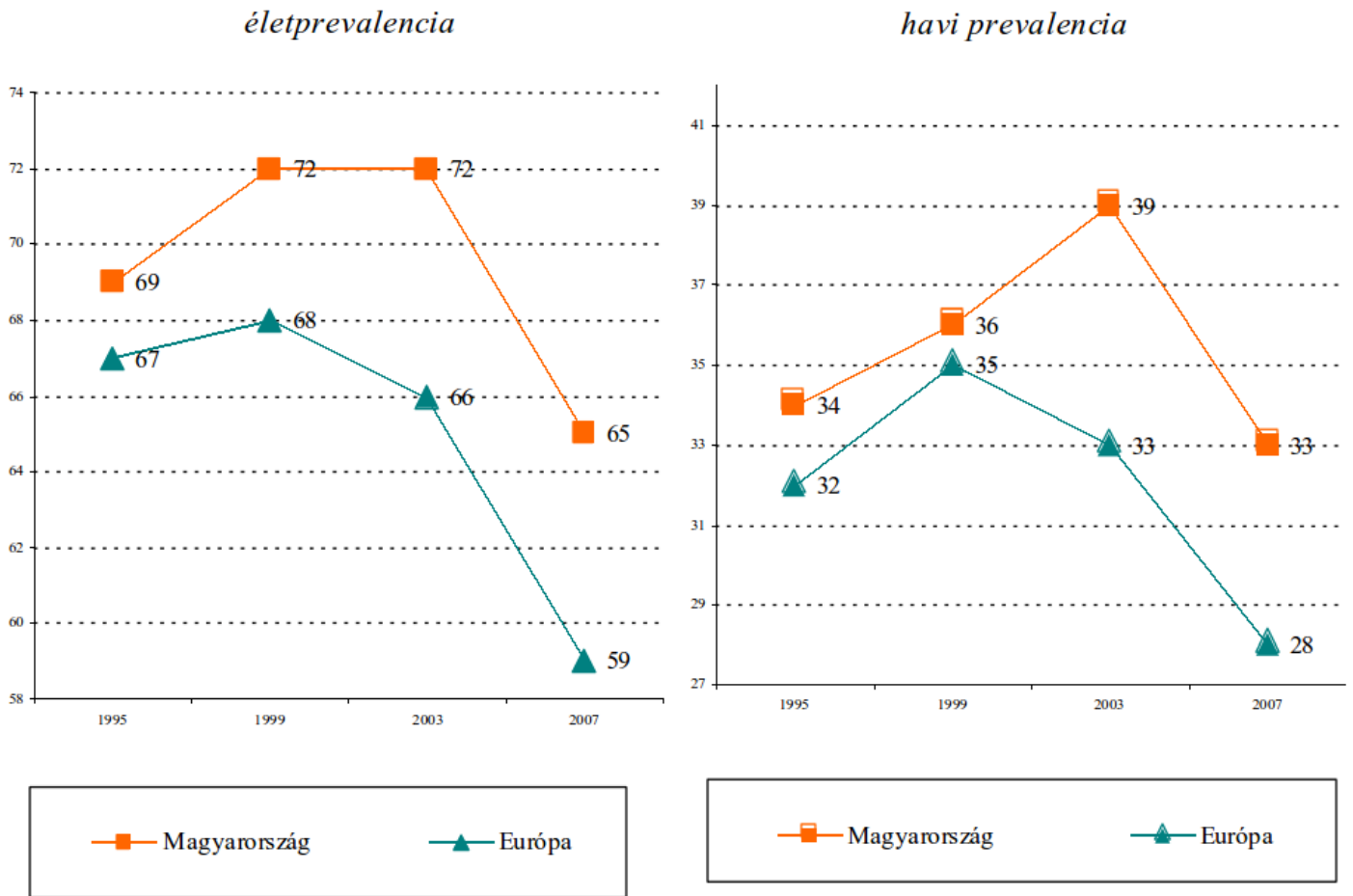


34. ábra A napi rendszerességgel dohányzók aránya a 16 évesek között Európában, 2007 (Elekes 2009a:179)

A 16 évesekre rendelkezésre álló adatok alapján megállapítható, hogy a dohányzás életprevalencia értéke 1999-ig, havi prevalenciája pedig 2003-ig nőtt Magyarországon. 2003 és 2007 között az élet és havi prevalencia értékek is egyértelműen csökkentek. A napi rendszerességgel dohányzók aránya ingadozik a különböző vizsgálati években, a 2003 és 2007 közötti csökkenés azonban itt is egyértelmű.

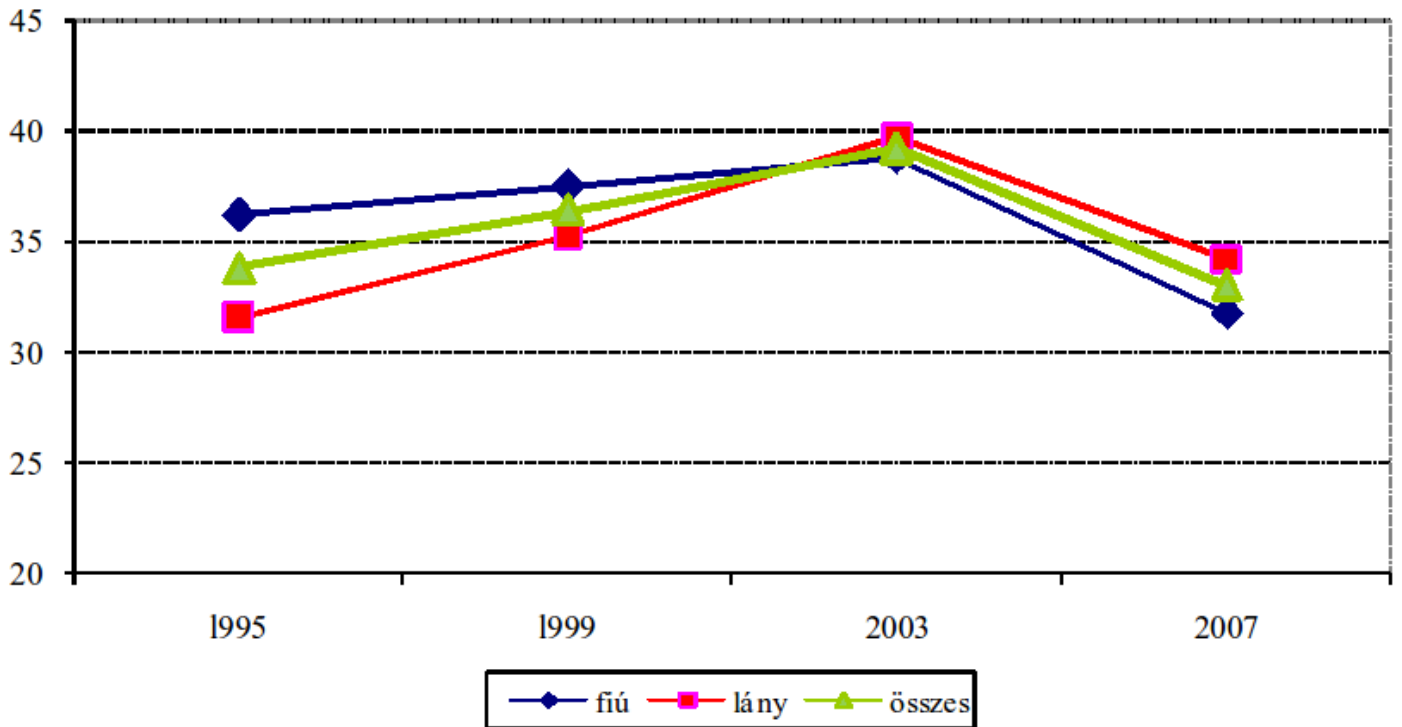
A dohányzás 2007. évi csökkenésében Magyarország nem különbözik Európa más országaitól. A különbség abban ragadható meg, hogy Magyarországon a dohányzás csökkenése négy éves késéssel követi Európa országainak jelentős részét. Az európai átlag⁴ alapján, a dohányzás mutatói 1999-ben érték el a legmagasabb értékeket, azóta pedig egyértelműen csökkentek. Ezzel szemben a magyar adatok csak 2007-ben mutatnak először csökkenést, és e csökkenés ellenére a magyar fiatalok dohányzása most is meghaladja az európai átlagot (35. ábra).

⁴ Itt és a továbbiakban a valamennyi adatfelvételben résztvevő 20 ország súlyozatlan átlagáról beszélünk



35. ábra A dohányzás prevalencia értékeiben bekövetkezett változások Magyarországon és az európai átlagban 1995-2007 (Elekes 2009a:178)

Különbséget mutatnak a magyar diákok abban a tekintetben is, hogy míg Európa többségében a dohányzás inkább a fiúk között elterjedtebb, addig Magyarországon ma már több lány dohányzik, mint fiú. A havi prevalencia értékek alapján a növekedés 1995 és 2003 között a lányoknál, a 2003 és 2007 közötti csökkenés pedig a fiúknál volt nagyobb mértékű. Ez pedig azt eredményezi, hogy már 2003-ban a lányoknál elterjedtebb volt a havi rendszerességgel dohányzók aránya, 2007-re pedig ez a tendencia látszik tovább erősödni (36. ábra).



36. ábra A dohányzás havi prevalenciája nemeként a 16 éveseknél (Elekes 2009a:145)

A havi prevalencia értékekhez hasonló változás ment végbe az elmúlt években a napi rendszerességgel dohányzók nemenkénti arányaiban is Magyarországon. 1999 és 2003 között a lányoknál nagyobb ütemben nőtt, 2003 és 2007 között pedig kisebb ütemben csökkent a napi rendszerességgel dohányzók aránya, mint a fiúknál. Így ma a 16 éves lányok 24,2%-a és a fiúk 22,9%-a dohányzik napi rendszerességgel.

Az ESPAD-hoz hasonló tendenciákat állapít meg a HBSC kutatás is: egyrészt a HBSC szerint is csökken a dohányzás a fiatalok körében, másrészt a fiúk és a lányok közötti különbség gyakorlatilag eltűnt a korábbi évekhez képest (Németh 2007:79).

A GYTS 2008-ra vonatkozó adatai az ESPAD-nál valamelyest alacsonyabb (57,9%-os) életprevalencia értéket mutatnak. A jelenleg dohányzók aránya 23,2%. Az ESPAD-hoz és a HBSC-hez hasonlóan a GYTS eredményei is javuló tendenciát jeleznek a korábbi évekhez képest, és szintén a másik két kutatáshoz hasonlóan, a dohányzás nagyobb mértékű elterjedtségét mutatják a lányoknál, mint a fiúknál.

A GYTS vizsgálta a fiatalok passzív dohányzásának mértékét is. A megkérdezett diákok felének legalább az egyik szülője dohányzik, a válaszolók 22,2%-ának pedig a legjobb barátja is dohányzik. A 2003. évi adatokhoz képest a passzív dohányzás is egyértelműen javuló tendenciát mutat (GYTS 2008).

Összességében a felnőtt és fiatal népesség körében végzett kutatások is arra utalnak, hogy *a dohányzás elterjedtsége csökkent Magyarországon az elmúlt években*. Ugyanakkor a javulás nagyobb mértékű volt a fiúk, mint a lányok között, és így ma a legtöbb mutató alapján *a lányok között elterjedtebb a dohányzás, mint a fiúknál*. A javuló tendencia ellenére, a legtöbb nemzetközileg rendelkezésre álló összehasonlítható adat alapján *a magyar népesség körében még mindig jóval elterjedtebb a dohányzás, mint Európa számos országában*.

Feladat

- Jellemezze a fiatalok dohányzási szokásaiban bekövetkezett változásokat

Ajánlott irodalom

- [1] Eurobarometer (2009): *Survey on Tobacco. Analytical Report. Flash Eurobarometer 253. The Gallup Organistaion.* http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf letöltés ideje: 2010.11.28. .
- [2] GYTS (2008): *Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2008 Magyarország. Zárótanulmány.* Országos Egészségfejlesztési Intézet. Budapest.
- [3] Tompa, T., Szilágyi, T., és Barta, J.. 2006. *A dohányzás közgazdasági vonatkozásai és a dohánytermékek adóemelésének hatása a magyar lakosság egészségi állapotára* www.GKI.hu [<http://www.GKI.hu/>]. letöltés ideje: 2011.01.17..

11. Viselkedési addikciók ¹

A fejezet célja a viselkedési addikciók néhány elterjedtebb formájának, tüneteinek, elterjedtségének bemutatása

11.1. Mit tekintünk viselkedési addikciónak?

11.1.1 A viselkedési addikciók definíciója

Viselkedési addikciók kapcsán olyan viselkedési formákról beszélünk, amelyeknél az addikciót nem valamilyen kémiai szer, hanem egyéb viselkedés váltja ki.

Azok a viselkedések, amelyek addikciót válhatnak ki, többségükben olyan viselkedések, amelyek az emberi élet normális, mindennapi tevékenységének részét képezik (táplálkozás, szexualitás, munka, játék stb.), ám ezek *túlzottá, vagy kórossá* is válhatnak. Függőségről, vagy problémáról akkor beszélünk, amikor a viselkedés *uralni kezdi az egyén életét, és károsítja a saját vagy környezete testi-lelki állapotát* (Demetrovics 2007a: 41). A viselkedési addikciók többségénél a betegség egyik legfontosabb jellemzője az, hogy a függő személy számára az élet egyéb dolgai elveszítik jelentőségüket, örömszerző jellegüket és kiszorulnak a beteg életéből. A függőség kielégítése érdekében a szenvedélybeteg elhanyagolja életének korábban fontosnak számító dolgait, nem tud időt fordítani családjára, barátaira, párkapcsolatára. A viselkedési addikciók mindegyikét a *túlzás* jellemzi. A betegség lényege pontosan abban áll, hogy a normál mérték nem okoz örömet, nem nyújt kielégülést a személy számára.

A viselkedési függőségek kényszerítő ereje sokszor éppoly erős tud lenni, mint a drogfüggőségé

11.1.2 Obszesszív-kompulzív hipotézis

Hollander (1993) szerint a viselkedési addikciók körében tárgyalt zavarok számos hasonlóságot mutatnak tüneti, diagnosztikai jellemzőikben, etiológiájukban, hasonló neurobiológiai háttérmechanizmusok húzódnak meg mögöttük, és gyakran kezelésük is sok hasonlóságot mutat. Ugyanakkor különböznek e viselkedési zavarok kompulzív illetve impulzív jellemzőik alapján. Hollander szerint a viselkedési zavarok egy olyan „obszesszív-kompulzív” spektrumon helyezhetők el, amely egyik végén a jellemzően kompulzív, a másik végén a jellemzően impulzív zavarok találhatók. A kompulzivitást inkább a kockázatkerüléshez köthetjük, és a spektrumnak ezen a végén találhatók azok a viselkedési zavarok, amelyek során az egyén a biztonságra, a kockázatok kerülésére törekszik (ilyen például a kényszerbetegség, vagy az anorexia nervosa). A spektrum másik végén azok a viselkedési zavarok találhatók, amelyekben a kockázatkeresés a domináló (ilyenek például a kóros játékszenvedély vagy az önsértő magatartások).

Az obszesszív-kompulzív spektrumon elhelyezkedő betegségek közös jellemzője, hogy ismétlődőek, gyakran ritualizáltak, és a beteg képtelen a viselkedés gátlására vagy akár csak késleltetésére (Demetrovics, Kun 2007).

11.1.3. Diagnosztikai csoportosítás

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai rendszere (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV), és a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) is az általuk besorolt viselkedési zavarokat, mint impulzuskontroll zavarokat tárgyalja. Az impulzuskontroll zavarok közös sajátossága, hogy a személy képtelen ellenállni olyan impulzusnak, késztetésnek, amelynek a végrehajtása önmagára vagy másokra nézve ártalmas (Demetrovics, Kun 2007).

Az impulzuskontroll zavarok közös jellemzője, hogy a cselekmény végrehajtását fokozódó feszültség előzi meg, és átmeneti öröm, feszültségcsökkenés, kielégültség követi. A feszültségcsökkenés társulhat büntudattal vagy megbánással is. Az impulzuskontroll zavarok esetén betegségről csak akkor beszélünk, ha a viselkedés jelentősen zavarja az egyén vagy a környezet mindennapi életvitelét. Az impulzuskontroll zavarok főbb fajtái:

¹ A fejezet Kun Bernadett, Budapesti Corvinus Egyetem tartott előadásai alapján készült, Demetrovics és Kun (2010) felhasználásával

- kóros játékszenvedély
- hajtépcs, körömrágás
- kleptománia
- pirománia

Az impulzuskontroll zavarokként definiált betegségeken kívül vannak olyan viselkedési zavarok is, amelyek jelenleg a DSM diagnosztikai rendszerében nem szerepelnek az impulzuskontroll zavarok között. Ezek közül a legismertebbek:

- munkafüggőség
- internetfüggőség
- testedzésfüggőség
- evési zavarok (anorexia, bulimia)
- vallásfüggőség
- kényszeres gyűjtögetés
- kodependencia

11.2 Néhány elterjedtebb viselkedési addikció fontosabb jellemzői

11.2.1. Játékszenvedély

A játékszenvedélynek számos formája lehet. A legismertebbek közé tartoznak a nyerőgépeken folytatott játékok, kártyajátékok, kaszinóban folytatott szerencsejátékok, sportfogadások, interneten játszott szerencsejátékok, de ide tartozik a totón való szenvedélyes játék is.

A játékszenvedélynek két típusát szokták elkülöníteni:

- *problémás játék*: a szerencsejáték azon mintázataira utal, amelyek megzavarják, károsítják a személyes, interperszonális vagy foglalkozásbeli működést,
- *patológiás/kóros játékszenvedély (PG)* a problémás játéknál súlyosabb, melyet a BNO az impulzuskontroll zavarok közé sorol

A kóros játékszenvedély lényege a kockázat megítélés zavara. A beteg feltétlenül hisz a saját biztos szisztémájában. A beteg, ha nyer, képtelen abbahagyni a játékot, ha pedig veszít, mindenképpen vissza akarja szerezni a veszteségét. A beteg gyakran hazudik családjának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét. A betegség gyakran társul különböző illegális cselekményekkel (lopás, csalás, hamisítás), azért hogy a beteg tovább tudja finanszírozni szenvedélyét. A beteg szenvedélye miatt gyakran veszélyezteti, vagy elveszíti kapcsolatait, állását, továbbtanulási lehetőségét vagy karrierjét.

A betegség lefolyásában 4 szakaszt lehet elkülöníteni:

1. *Nyerő szakasz*: a betegek egy részénél az első időszakot a nagyobb nyeremények jellemzik, ami az erő, a hatalom az omnipotencia érzését adja a játékosnak.
2. *Veszteség időszaka*: a játékos elveszíti az omnipotencia érzését, kialakul a kényszer a veszteségek visszaszerzésére. Ebben az időszakban kezdődnek el a kölcsönkérések, hazudozások, és jellemzővé válik a játékszenvedély eltitkolása.
3. *Kétségbeesés időszaka*: ekkor válik teljessé az anyagi csőd, megjelennek az illegális cselekedetek.
4. *A feladás vagy reménytelenség időszaka*: a játékos már feladja azt a reményt, hogy mindent visszanyer, már csak az „akcióban lét” a fontos.

A kóros játékszenvedély össznépszerűsége belüli előfordulását 1-2%-ra becsülik. 2007.évi magyar eredmények szerint a problémás játék életprevalencia értéke 1,9%, a patológiás játéké pedig 1,4% (Paksi és társai 2009). Elsősorban férfiakra jellemző, közöttük kétszer olyan gyakori, mint a nők között. A nők között azonban az előfordulási gyakoriság emelkedést mutat. Átlagosnál veszélyeztetettebbnek szokták tekinteni a serdülőket, az elítélteket és a kaszinókban dolgozókat. A magyar adatok szintén a fiatal férfiak veszélyeztetettségét mutatják (Balázs, Demetrovics és Kun 2010).

A kóros játékszenvedély gyakran jár együtt túlzott alkohol- és drogfogyasztással, hangulatzavarokkal, depressziós tünetekkel.

A kóros játékszenvedély kiváltó okai között a különböző pszichológiai elméletek más-más főmotívumot emelnek ki. Ilyen a tudattalan veszteségi vágy, omnipotenciában való hit, a kognitív torzulás a játék kontrollálására vonatkozóan, képtelenség intim kapcsolatok kialakítására és fenntartására, önmaga ellen fordított agresszió, törekvés egy megváltozott identitásállapot elérésére

11.2.2. Kényszeres vásárlás

A kényszeres vásárlás „krónikus, visszatérő jellegű vásárlás, amely a negatív eseményekre való válaszként jelenik meg, kontrollvesztés jellemzi, és ártalmas következményei vannak a személyre és a környezetére nézve” (Faber és O’Guinn-t idézi Demetrovics és Kun (2007:157).

A kényszeres vásárló gyakrabban vesz ajándékot, mint mások, és kevesebbszer vesz olyan dolgot, amire szüksége van. A kényszeres vásárló gyakran használja hitelkártyáját és általában több hitelkártyája van. Gyakran mennek egyedül vásárolni és gyakran halmoznak fel adósságokat. A kényszeres vásárlást kiválthatják külső ingerek (illatok, színek, kirakatok), de kiválthatja valamilyen negatív érzelmi állapot (stresszhelyzet, depresszió), vagy énkép zavar.

A kényszeres vásárlás főbb jellemzői:

- a vásárlás időtartama, mértéke és gyakorisága jóval meghaladja az egyén szükségleteit és anyagi lehetőségeit
- negatív eseményekre való válaszként jelenik meg
- krónikus, visszatérő jellegű
- gyakori kontrollvesztés – az egyén leküzdhetetlen késztetést érez a vásárlásra
- ártalmas következményei vannak a személyre és környezetére

A kényszeres vásárlás életprevalencia értékét a különböző kutatások 2-8% közöttire becsülik. A kényszeres vásárlók túlnyomó többsége (85-90%) nő. Általában 18-30 éves korban kezdődik, a betegek átlagos életkora 31-41 év közötti. A 2007. évi magyar eredmények szerint a kényszeres vásárlók aránya nálunk alacsony: 0,99% (Paksi és társai 2009).

A betegség kialakulásához hozzájárulhatnak társadalmi okok (fogyasztói társadalom, anyagi szemlélet, reklámok), családi okok (vásárlás vagy a pénz jutalmazási eszközként való alkalmazása), személyiség jegyek (pl. alacsony önértékelés).

11.2.3. Munkafüggőség

Oates (1971) szerint a munkafüggőség olyan viselkedés, melynek lényege, hogy a személynek folyamatos, kontrollálhatatlan és túlzott szüksége van arra, hogy dolgozzon, miközben mindez kedvezőtlen hatással van az egészségére, boldogságára és társas kapcsolataira.

A viselkedési addikciók között talán a munkafüggés az a viselkedési forma, amelyet a legnehezebb elkülöníteni a munkavégzés nem problémás formáitól.

A munkafüggést a munkavégzés más módjaitól Spence és Robbins (1992) a munkavégzésre való erős késztetés és a magas involváltság együttes jelenlétével különíti el. Szerintük a tipikus munkafüggő nem élvezi, amikor dolgozik, hanem valamilyen más mögöttes tényező készteti őt az intenzív munkára.

Porter (1996) szerint a munkafüggő számára a munka biztonságot ad, segít elkerülni a váratlan helyzeteket, bizonytalanságot. A munka az élet minden területét uralja, ennek rendeli alá családi életét és szabadidejét. A munka adrenalint jelent a munkafüggő számára, aki nem képes arra, hogy *ne* dolgozzon. Ugyanakkor Porter szerint a *csak* keményen dolgozó számára a munka csak egy elvégzendő feladat, olyan cselekedet, mint bármi más. A *csak* keményen dolgozó képes visszautasítani a munkát akkor, ha az a családja vagy a szabadideje rovására menne, és képes határt szabni a munkának.

A munkafüggő jellemző tünetei:

- az érdeklődés beszűkülése – csak a munka érdekli, egyéb kapcsolatai leépülnek, egészségével, családjával nem törődik
- alacsony önbecsülés jellemzi őket

- perfekcionizmus – irreálisan nagy elvárásai vannak magával és másokkal szemben
- külső visszajelzések és megerősítések extrém fontossága
- nehéz vele együtt dolgozni, mert csak a saját teljesítményére figyel
- képtelen kompromisszumokra
- folyamatos időhiányban szenved
- alacsony bizonytalanságtűrés jellemzi
- megvonás – a munkavégzés hiánya idegességet, stresszes állapotot vált ki
- a probléma tagadása – ezt a környezet is erősíti, hiszen a sokat dolgozó embereket elismerik, becsülik
- szabadidejében (hétvégén, nyaralásokon) is dolgozik
- kapcsolatok leépülése

A munkafüggőség leggyakoribb következményei:

- egészségügyi panaszok: fáradtság, fejfájás, szédülés, légszomj, mellkasi fájdalom, emésztési zavar, allergiák, gyomorfekély, szívinfarktus, agyvérzés
- viselkedésbeli és kognitív zavarok: álmatlanság, kikapcsolódási képtelenség, feledékenység, koncentrációs nehézségek, hiperaktivitás, ingerlékenység
- problémák a társas kapcsolatokban: csökkent szociális működés, empátia, intimitás, érzelmkifejezés

A munkafüggés elterjedtségével kapcsolatban kevés epidemiológiai vizsgálat készült. Kanadában és az USA-ban készült kutatások szerint a lakosság 30%-a munkafüggőnek tartja magát. A munkafüggés egyaránt jellemző a férfiakra és a nőkre. Gyakoribb a középkorúak között, de kialakulhat már 20-30 éves korban is. Főleg a közép- és felsőosztálybeli értelmiségieket érinti, de bármilyen társadalmi csoportban kialakulhat. Új jelenségként figyelték meg, hogy egyre több az olyan pár, amelynek mindkét tagja munkafüggő (Kun, Demetrovics 2010).

A munkafüggés kiváltó okai között jelentős szerepet játszanak a külső, társadalmi elvárások, amelyek az egyre magasabb szakmai tudás, a sikeres karrier elvárását közvetítik. Szerepet játszanak családi, nevelési tényezők: a túlzott szülői elvárások, vagy a jutalmazás hiánya. Az addikció-elmélet szerint a munkafüggés kiváltó oka a megnövekedett adrenalin szint. A tanuláselmélet szerint a munka pozitív megerősítést kap, ezért az egyén megtanulja, hogy munkával kezelje problémáit, főként az alacsony önértékelésből eredő szorongásait. A vonás-elméletek szerint a munkafüggőség kialakulása speciális személyiségjegyekkel magyarázható.

11.2.4. Problémás internethasználat

„A problémás használók elveszítik a kontrollt internethasználatuk felett, fokozottan belemerülnek az internetezésbe, képtelenné válnak arra, hogy csökkentsék internetezésüket, annak ellenére, hogy az számukra problémát okoz” (Young 1998, idézi Koronczai, Demetrovics és Kun (2010):253)

Bár a problémás internethasználatnak több tipizálása ismert, három főbb típus különíthető el:

- játék-függő
- szexuális tartalmaktól függő

- email és chat-függő

A problémás internethasználat jellemzőbb tünetei:

- tolerancia
- megvonás: nyugtalanság, szorongás, fantáziák vagy álmok az internettel kapcsolatosan, akaratlagos vagy akaratlan gépelési mozdulatok az ujjakon, ha nem jut internethez
- a tervezettnél hosszabb vagy gyakoribb internethasználat
- az internethasználat kontrolljára vagy csökkentésére való sikertelen törekvés
- az internethasználat során elveszti az időérzékét - kontrollhiány
- élményjavító tárgyak beszerzése
- fontos szociális, foglalkozásbeli vagy kikapcsolódást szolgáló tevékenységek feladása vagy háttérbe szorulása
- testi szövődmények

Az internetfüggőség elterjedtségére vonatkozóan meglehetősen eltérő epidemiológiai adatok állnak rendelkezésre. Az egyik legalacsonyabb életprevalencia értéket egy norvég kutatásban mérték, ahol a serdülők 1,98%-ánál diagnosztizáltak internetfüggőséget az eddigi élet során. Ugyanakkor egy Szingapúrban végzett kutatás szerint az internetfüggőség életprevalencia értéke 17,1% volt a diákok körében. Az internetfüggőség szempontjából különösen veszélyeztetettnek tűnnek a serdülő és fiatal felnőtt korosztályok. Magyarországi adatok szerint a felhasználók kb. 6%-a tekinthető problémás internethasználónak, akiknek a fele 20 év alatti, és átlagosan napi 5,2 órát internetezik (Paksi és társai 2009).

11.2.5. Evészavarok

Az evészavaroknak két fő típusát különböztethetjük meg:

- anorexia nervosa
- bulimia nervosa

Az *anorexia nervosa* esetében a beteg súlya jelentősen elmarad korának és magasságának megfelelő súlytól, ugyanakkor a beteget a súlygyarapodástól való állandó félelem jellemzi.

Az anorexia nervosának két típusát szokás megkülönböztetni:

- korlátozó/restriktív típus, amikor a beteg korlátozza a kalória-bevitelt
- faló-purgáló típus, amikor a hosszabb koplalási időszakot falási rohamok, majd önhánytatás váltják

Az anorexia nervosa tünetei:

- minimum 15 %-os súlyvesztés
- soványság ellenére intenzív félelem a súlygyarapodástól
- étellel kapcsolatos megszállottság
- saját testsúlyának vagy alakjának észlelése zavart szenved (testképzavar, perfekcionizmus)
- ivarérett nőknél legalább három, egymást követő menstruációs ciklus kimaradása

A betegségben szenvedőkre – függetlenül attól, hogy az anorexia mely típusába tartoznak – jellemző a túlzott testmozgás. A betegeknek gyakoriak a kommunikációs zavarok, a pszichés hangulati problémák, a családon kívüli kapcsolatok elvesztése, a szexuális élet hiánya, valamint különböző testi szövődmények.

Az anorexia nervosa elsősorban nőkre jellemző betegség. Bár a teljes népességen belüli aránya alacsony (életprevalencia érték 0,2-0,8 % között mozog), de a serdülők körében az arány 5-10%. Fiatal felnőtt nők között a prevalencia értéke 1-4%. Az anorexia nervosa elsősorban az olyan fiatal lányokat, nőket érinti, akik perfekcionista, de pszichoszexuális fejlődésükben elmaradottak. A krónikus betegek körében az öngyilkosság 2-5%, a halálozási arány 9% (Túry, Szalai 2010).

A *bulemia nervosában* szenvedő betegek nem tudják kontrollálni táplálkozási magatartásukat. Jellemzőek a visszatérő falási epizódok, amikor egyszerre nagy mennyiségű ételt fogyasztanak el.

A bulemia nervosának szintén két típusa ismert:

- purgáló típus
- nem hánytató típus

A betegség jellemző tünetei:

- visszatérő falási epizódok:
- rövid idő alatt mértéktelen mennyiségű étel elfogyasztása
- az étkezés feletti kontrollvesztés
- a súlygyarapodás megakadályozása érdekében kompenzáló viselkedési formák alakulnak ki, amelyekkel a beteg megpróbálja meg nem történné tenni a korábbi falást - ezért gyakori az önhánytatás, hashajtózás, vízhajtózás, beöntés, koplalás, túlzott testgyakorlás
- mind a falás, mind az alkalmatlan kompenzáló viselkedés átlagban hetente legalább kétszer jelentkezik, három hónapon keresztül
- az önértékelést túlzott mértékben befolyásolja a test alakja és súlya

A bulemia nervosa előfordulhat sovány, kövér és normál súlyú embereknél is, nem feltétlenül válik láthatóvá a külvilág számára. Gyakran jelentkezik fogyókúra után. Eltérően az anorexia nervosa betegektől a bulémia nervosában szenvedők nem veszítik el családon kívüli kapcsolataikat, és többnyire szexuális életet is élnek.

A betegség életprevalencia értéke 1% körüli. Legtöbbször a serdülőkor végén, 15-21 éves kor körül jelentkezik. Elsősorban nőkre jellemző, a betegek 90-95%-a nő. Újabban a férfiak körében is megjelenik. Észak-Amerikában, Európában és Japánban növekszik a betegség elterjedtsége. Főként a szépségiparban dolgozók, művészek (táncosok, színészek) körében gyakori (Túry, Szabó 2010)

11.2.6. További viselkedési addikciók

Testedzés-függőség

A testedzés elsősorban az egészséges életmódhoz kapcsolódó viselkedés. Ugyanakkor a testedzés bizonyos formáinál megtalálhatóak az addikció kedvezőtlen tünetei, káros hatásai is.

A testedzés-függőségnek is két típusát szokták megkülönböztetni:

- *elsődleges testedzés addikció:* testedzés-függőség evészavar nélkül (elsősorban profi sportolóknál gyakori)
- *másodlagos testedzés addikció:* a testedzés-függőség evészavarral társul

A testedzés-függés legjellemzőbb tünetei:

- a testedzés uralja a személy mindennapjait, gondolatait, érzéseit (sóvárgás) és a viselkedését
- torzul az énkép
- kialakul a tolerancia, azaz egyre nagyobb mennyiségű edzésre van szükség
- testedzés hiányában, annak akadályozásakor jellegzetes megvonásos tünet együttes lép fel
- a testedzés túlzott mértéke annak ellenére fennmarad, hogy az élet egyéb területein veszteségek érik az egyént.

A testedzés-függőség elterjedtségét mutató normál népességre vonatkozó adatok nem nagyon vannak. Kutatások elsősorban sportolók között készültek: 3%-os életprevalencia értéket mértek rendszeres testedzők körében. Egy triatlonisták között végzett vizsgálat szerint a testedzés-függés életprevalencia értéke 52% volt, futók körében 25% (Szabó, Demetrovics, Kun 2010).

Egy 2007-es magyar kutatás szerint felnőtt népesség 0,3%-ánál mutatható ki a testedzés-függőség vagy annak kockázata, és további 6,2% mutat néhány testedzés-függőségre jellemző tünetet (Paksi és társai 2009).

A betegség kialakulásában egyaránt szerepet játszhatnak társadalmi, kulturális tényezők és pszichológiai tényezők (alacsony önértékelés, perfekcionizmus).

Kleptománia

„A kleptománia esetében a lopás leküzdhetetlen kényszert jelent a személy számára.” (Demetrovics, Kun 2007:149)

A kleptománia főbb tünetei:

- ismételten ellenállhatatlan késztetés apró, értéktelen tárgyak eltulajdonítására
- a lopást megelőzően fokozódó feszültség, maga a lopás örömezt okoz, amelyet szégyenérzet követ
- a betegek **nem antiszociális** személyiségek, mindegyik tisztában van tette erkölcsi és jogi megítélésével
- a lopás nagy gyakorisággal (havonta 1-120 alkalommal) történik.

A kleptománia előfordulási gyakorisága keveset vizsgált jelenség. Becslések szerint elterjedtsége nem éri el az 1%-t.

Pirománia

A pirománia ismétlődő gyújtogatásokat jelent.

A pirománia főbb tünetei:

- az illető szándékosan, céltudatosan, ismételten gyújtogat, amely számára élvezetet, örömet, kielégülést okoz
- nincs megbánás
- a gyújtogatás jelentős anyagi kárt okoz, de nem bosszúból, politikai okból történik, és nem a csökkent ítélőképesség következménye
- fázisos lefolyás jellegzetesen követhető

A pirománia elterjedtsége nem ismert. Az ismert esetek alapján férfiaknál gyakoribb. Általában már gyermekkorban elkezdődik, és gyakran más antiszociális vonásokkal társul.

Kóros hajtépegetés

A kóros hajtépegetés lényege, hogy a beteg kényszeresen kitépi, kihúzza hajszálait.

Főbb tünetei:

- a beteg ismétlődően képtelen ellenállni hajszálai kitépkedésének, annak ellenére, hogy ez látható hajvesztéshez vezet
- akaratlagosan csak bizonyos mértékig kontrollálható
- ritualizált cselekvés, átmeneti feszültség-oldással jár
- gyakran a szempillákat, szemöldököt, a szeméremtájék szőrzetét is kitépi, férfiaknál szakálltépkedés formájában is megjelenik

A hajtépegetés több száz éve ismert betegség. Kutatási eredmények szerint elterjedtsége alacsony, de egyes kutatások a férfiak 1,5%-ánál és a nők 3,4%-ánál mutattak ki kóros hajtépegetést. Általában 10-14 éves kor között kezdődik, és nagyobb arányban jellemző nőkre. A betegek iskolai végzettsége az átlagot meghaladja (Demetrovics, Kun 2007).

11.3. A viselkedési addikciók mérése

A különböző viselkedési addikciók mérésére számtalan skála létezik. E skálák közül a legelterjedtebbekről részletes ismertetést ad Demetrovics és Kun (2010).

Az alábbiakban csupán illusztrációként mutatunk be néhány olyan skálát, amely a 2011. évi ESPAD kutatásban került lekérdezésre.²

Az evészavarok mérésére használt SCOFF-kérdőív (Túry, Szabó 2010):

Válaszolj az alábbi kérdésekre IGEN-nel vagy NEM-mel, aszerint, hogy előfordulnak-e veled a következő dolgok?

1. Aggódsz amiatt, hogy elvesztetted a kontrollt afölött, hogy mennyit eszel? igen – nem
2. Fogytál-e 5 kg-nál többet az elmúlt három hónapban? igen – nem
3. Kövérnek érzed magad, amikor mások azt mondják, hogy túl sovány vagy? igen – nem
4. Elmondhatod-e magadról, hogy az étel uralja az életed? igen – nem
5. Meghánytatod magad, mert kellemetlenül tele vagy? igen – nem

A problémás Internethasználat mérését szolgáló PIHK kérdéssor (Demetrovics és mtsai 2008)

Kérjük, jelezd az 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az egyes állítások mennyire jellemzőek rád!

	soha	ritkán	néha	gyakran	mindig
1. Milyen gyakran internetezel olyankor, amikor inkább aludnod kellene?	1	2	3	4	5
2. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretted volna?	1	2	3	4	5
3. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?	1	2	3	4	5
4. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten?	1	2	3	4	5
5. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten?	1	2	3	4	5
6. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre?	1	2	3	4	5

² A kutatás számára a skálákat Demetrovics Zsolt adaptálta

Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ-HU):

Kérjük, jelezd az 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az egyes állítások mennyire, milyen gyakran jellemzőek rád!					
	soha	ritkán	néha	gyakran	mindig
1. Amikor nem játszol, milyen gyakran fantáziálsz a játékról, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most játszani?	1	2	3	4	5
2. Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg terveztél?	1	2	3	4	5
3. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy lehangoltnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem játszol, de aztán ez az érzés elmúlik, amikor játszani kezdesz?	1	2	3	4	5
4. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene a játékkal töltött időt?	1	2	3	4	5
5. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetekben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz a játékkal?	1	2	3	4	5
6. Milyen gyakran fordul elő, hogy nem találkozol egy barátoddal, mert inkább játszani szeretnél?	1	2	3	4	5
7. Milyen gyakran ábrándozol a játékról?	1	2	3	4	5
8. Milyen gyakran fordul elő, hogy játék közben nem érzékeled, milyen gyorsan múlik az idő?	1	2	3	4	5
9. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál játszani?	1	2	3	4	5
10. Milyen gyakran fordul elő, hogy szeretnéd csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerül?	1	2	3	4	5
11. Milyen gyakran fordul elő, hogy veszekedésre kerül sor a szüleiddel vagy partnerreddel a játék miatt?	1	2	3	4	5
12. Milyen gyakran fordul elő, hogy nemet mondasz egy programra, mert inkább játszani szeretnél?	1	2	3	4	5

Feladatok

Miben hasonlítanak, és miben különböznek a viselkedési és kémiai addikciók?

Ajánlott irodalom:

[1] Demetrovics, Zs. és Kun, B.. 2007. *Viselkedési addikciók. in: Demetrovics Zs. szerk.: Az addiktológia alapjai I.* 133-228. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.

[2] Demetrovics, Zs. és Kun, B.. 2010. *Az addiktológia alapjai IV.* ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.

12. Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők I.

Amint arról korábban már volt szó, a társadalom epidemiológia alaptétele, hogy a betegségek és egészségkárosító magatartások nem véletlenszerűen és nem egyenletesen oszlanak el a társadalomban. Különböző társadalmi, demográfiai és pszicho-szociális tényezők befolyásolják az egyén és a társadalom egészségi állapotát, az egészséget károsító viselkedési formák gyakoriságát. Ebben és a következő fejezetben bemutatjuk az egészségi állapotot befolyásoló fontosabb társadalmi demográfiai tényezőket, és a rendelkezésre álló hazai adatok alapján vizsgáljuk ezek hatását a magyar népesség egészségi állapotára.

12.1 Életkor

A különböző betegségek és egészségkárosító magatartások kialakulása szempontjából az életkort tekinthetjük az egyik legmeghatározóbb tényezőnek. Más betegségek, halálokok és egészségkárosító magatartások jellemzik a fiatalokat, a középkorúakat és az időseket. A korcsoportok közötti különbségek oka természetesen részben biológiai, részben azonban a különböző korcsoportokat jellemző eltérő életmóddal és viselkedéssel is magyarázható.

• A fiatalok körében leginkább elterjedt problémák az alábbiak:

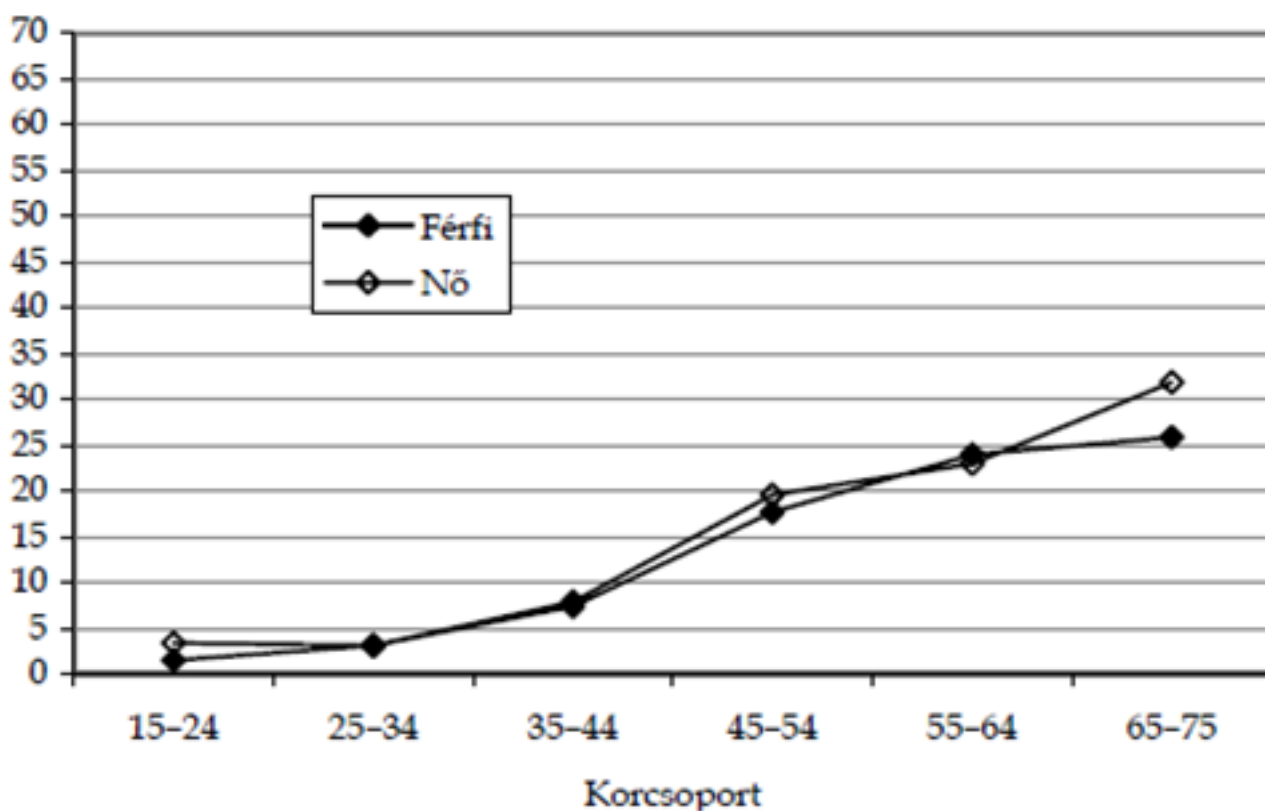
- balesetek miatti halálozás,
- bűncselekmények miatt bekövetkező halálozás,
- kábítószer-fogyasztás,
- játékszenvedély,
- evési zavarok,
- nem kívánt terhesség, abortusz,
- allergiás betegségek.

• Középkorúakra leginkább jellemző problémák:

- szívbetegségek,
- daganatos betegségek,
- alkoholizmus,
- munkafüggőség,
- dohányzás,
- növekvő öngyilkossági gyakoriság,
- magas vérnyomás,
- ízületi problémák.

- Időskorúakra leginkább jellemző problémák:
 - majdnem mindenkinél jelen van valamilyen krónikus betegség,
 - magas vérnyomás,
 - reuma,
 - csontritkulás,
 - gyakoribbak a mentális problémák,
 - gyakoribb az öngyilkosság,
 - eltűnnek a szenvedélybetegségek.

A különböző hazai kutatások alátámasztják az *életkor és az egészségi állapot szoros kapcsolatát*. A TÁRKI 1997. évi kutatása szerint a 35 éves kor látszik választóvonalnak az egészségi állapot milyenségében. 35 éves korig több az egészségesek aránya, 35-39 éves kor között azonban megváltozik a helyzet, és a lakosság több mint fele számol be valamilyen egészségügyi problémáról. Különösen kritikusnak látszik a 35-55 éves kor, amikor a valamilyen panasszal rendelkezők aránya megduplázódik. A kutatás eredményei szerint 55-75 éves korban az egészségi állapot stabilizálódni látszik, a betegek aránya nem változik jelentősen (Lehmann, Polonyi 1998). A kétezres évek elején az „Életünk fordulópontjai” c. kutatás eredményei szintén a középkorúak igen magas veszélyeztetettségére utalnak (37. ábra). A kutatás eredményei szerint a vélt egészségi állapot az életkor előrehaladtával fokozatosan romlik, de a romlás különösen intenzívvé válik a 45-55 éves korosztályban. A romlás a nőknél 55 év fölött mérséklődik a férfiaknál azonban a növekedés továbbra is jelentős (Kovács 2006).



37. ábra A rossz egészségi állapot előfordulásának aránya korcsoportonként és nemenként - 10 fokú skálán 4 vagy rosszabb értékkel jelölték egészségi állapotukat (Kovács 2006:17)

12.2 Nem

Korábban volt már szó arról, hogy Magyarországon az egészségi állapot egyik meghatározó sajátossága a *nők és a férfiak születéskor várható élettartama közötti kiugróan magas különbség*. Általános jelenség ugyanakkor, hogy a *nők között több a beteg*, szubjektív megítélés alapján is a nők betegebbnek érzik magukat, mint a férfiak. Ráadásul ugyanazon krónikus betegségben szenvedő nők és férfiak közül a férfiak betegsége általában súlyosabb, és nagyobb valószínűséggel halnak bele a betegségbe, mint a nők. A szakirodalom ezt a jelenséget szokta *női paradoxonnak* nevezni (Kovács 2006).

- A 2009. évi ELEF vizsgálat során például a megkérdezett nők 17,3%-a és a férfiak 11,7%-a tartott rossznak, vagy nagyon rossznak egészségi állapotát. Ugyanakkor a nők 50%-a és a férfiak 58,9%-a vélte jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát.
- Ugyanezen vizsgálat szerint krónikus betegsége vagy hosszan tartó egészségi problémája a nők 72,8%-ának és a férfiak 64,6%-ának van (ELEF 2009).

Vannak olyan egészségkárosító magatartások, viselkedések, amelyek egyértelműen a nőkre jellemzőek inkább, mások pedig a férfiaknál gyakoribbak.

- A férfiak között elterjedtebb:
 - az öngyilkosság,
 - a túlzott alkoholfogyasztás,
 - a tiltott szerek fogyasztása,
 - a dohányzás,
 - a játékszenvedély.
- A nők között elterjedtebb
 - a gyógyszerfogyasztás,
 - pszichés problémák,
 - evési problémák,
 - kényszeres vásárlás.

Sokat vizsgált kérdés, hogy vajon a nemek egészségmagatartásában megmutatkozó különbségek a férfiak és nők életmódbeli, foglalkoztatottságbeli különbségeivel magyarázható-e vagy valamilyen más tényezővel is. Azaz, ha a nemek közötti életmódbeli különbségek csökkennek, vajon az egészségmagatartásuk közötti különbségek is csökkennek-e.

Nemzetközi adatok azt mutatják például, hogy *a fiatalkori szerfogyasztás terjedése a nemek közötti hagyományos különbségek mérséklődésével járt együtt* (EMCDA 2005a, Hibell et al. 2009.). E közeledést egyes szerzők annak tulajdonítják, hogy a nők egyre inkább vesznek át tradicionálisan férfiaknak tulajdonított szerepeket, és jelennek meg egyre gyakrabban férfiaknak tulajdonított színtereken (Wilsnack, R. W. et al. 2000). Mások, a fiúk és lányok fogyasztási szokásainak közeledését a tiltott és legális szerfogyasztás kilencvenes években bekövetkezett „normalizálódásával” magyarázzák (Parker, Aldridge, Measham 1998, Parker, Williams, Aldridge 2002, Parker 2005). Eszerint korábban a nők/lányok drogfogyasztása inkább kötődött szubkultúrákhoz, marginalizálódott csoportokhoz, és a „rossz”, „szánalomra méltó”, „kontrollálatlan”, „drogfüggő” jellemzőkkel illették a szerfogyasztó nőket. A kilencvenes évek Angliájában a női szerfogyasztás mainstream viselkedéssé vált, sőt az ivás és a tiltott szer használat a nők számára nőiességük erősítésének és kiemelésének is eszköze lett. Measham (2002) szerint ugyanakkor a fogyasztás indítékában (kívánt

hatás) és körülményeiben (elsősorban a használt drog) ma is megragadhatóak a nemek közötti különbségek. Míg a férfiak a szabadidős szerhasználatkor gyakran törekednek a teljes kontrollvesztésre, addig a nők csupán „kontrollált” kontrollvesztésre hajlandóak.

Az EMCDDA¹ különböző európai kutatási eredmények alapján végzett elemzésében arra a következtetésre jut, hogy a szerfogyasztási szokások hagyományos különbségeinek mérséklődése elsősorban a fiatal korosztályokra jellemző, a felnőttek körében végzett kutatások változatlanul a hagyományos nemi különbségeket mutatják (EMCDDA 2005b). Számos, az USA-ban végzett kutatás pedig kifejezetten a szerfogyasztás nemek közötti különbségeinek állandóságát támasztja alá (Wilsnack, R. W. et al. 1998, Wilsnack, R. W. et al. 2000).

Az ESPAD-kutatások magyarországi eredményei azt mutatják, hogy a dohányzás prevalencia értékei alapján a fiúk és a lányok közötti különbségek teljesen eltűntek az elmúlt 12 évben. A tiltott szer fogyasztás és a gyógyszerfogyasztás elmúlt 12 évre vonatkozó adatai a nemek közötti különbségek stabilitását mutatják. Az alkoholfogyasztás számos mutatója – és elsősorban a nagyívás a lányok körében terjedt jelentősebb mértékben, ami az alkoholfogyasztás területén is a nemek közötti különbségek mérséklődését mutatja.

A magyarországi kutatások eredményei azt mutatják, hogy a szerfogyasztási szokásokban megmutatkozó nemek közötti különbségek kisebbek a fiatalok között, mint a felnőtteknél (Elekes 2005a). A felnőtt népesség alkoholfogyasztásában megmutatkozó nemek közötti különbségek nemzetközi összehasonlításban is nagyinak látszanak (GENACIS 2005). Azaz, Magyarországon is megfigyelhető az az európai tendencia, amely szerint *jelentősen eltér a férfi/nő aránya a fiatalok és felnőttek között.*

A fiatalokra vonatkozó adatok alapján tehát egyértelműen megállapítható a férfiak és a nők fogyasztási szokásaiban meglévő különbségek csökkenése. Ugyanakkor a felnőtt népességre vonatkozó adatok alapján Magyarország Európa azon országai közé tartozik, ahol a különféle szerek fogyasztásában megmutatkozó nemek közötti különbségek még mindig jelentősek.

12.3 Család

Durkheim a házások és gyermekkel rendelkezők öngyilkossággal szembeni nagyobb védettségét az érintkezések gyakoriságán keresztül érvényesülő erősebb integrációval magyarázza. Azaz a család, mint a társadalmi integráció egyik intézménye megóvó szerepet játszhat az öngyilkossággal szemben (Durkheim 1982). Durkheim óta a család szerepének, a családon belüli integráció hatásának vizsgálata nem csupán az öngyilkosság, hanem valamennyi problémás viselkedés vizsgálatánál kiemelkedő jelentőséget kap. Ugyanakkor a család a szocializáció egyik legfőbb színtere is. A szocializáció folyamán bekövetkezett zavarok hozzájárulhatnak a későbbi problémás viselkedési formák kialakulásához (Andorka, Buda, Cseh-Szombathy 1974, Buda 1992). A család azonban nem csak a „rossz” szocializáció során befolyásolhatja a későbbi egészségmagatartást, de ez az a hely, ahol a különböző magatartási mintákat, egészségkárosító viselkedéseket is elsajátítjuk.

A halálozási adatok azt mutatják, hogy a házasságban élők, különösen a férfiak, alacsonyabb halálozási és megbetegedési arányokkal jellemezhetőek, mint az egyedül élők. A nem házások mortalitása a férfiak körében Magyarországon 50-100 %-kal, a nők körében 50-60 %-kal magasabb a házasokhoz viszonyítva (Kovács 2006:30)

Az „Életünk fordulópontjai” című kutatás eredményei szerint a házasságban élők minden korcsoportban elégedettebbek voltak egészségi állapotukkal, mint a más családi állapotúak (8. tábla).

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Korcsoport	Az egészségi állapottal való elégedettség átlagértékei (0–10-es skálán) családi állapot szerint				
	nőtlen, hajadon	házas	özvegy	elvált	összesen
25–34 éves	8,33	8,36	...	8,28	8,34
35–44 éves	7,27	7,66	7,10	7,22	7,22
45–54 éves	6,24	6,57	6,05	6,15	6,44
55–64 éves	5,60	6,01	5,35	5,77	5,77
65–75 éves	4,72	5,57	5,18	5,40	5,40
Összesen	8,07	6,84	5,42	6,46	7,00

8. tábla Az egészségi állapot értékelése családi állapot szerint korcsoportonként (Kovács K. 2006:31)

Hasonlóképpen, ha a jogi státust figyelmen kívül hagyjuk, a tényleges partner léte vagy nem léte is szoros kapcsolatot mutat a szubjektív egészségi állapottal. A jogi állapothoz hasonlóan azok, akiknek van partnerkapcsolata, minden korcsoportban jobbnak ítélik egészségi állapotukat, mint azok, akik partner nélkül élnek.

Sokat vizsgált a család szerepe a különböző egészségkárosító magatartások kialakulásában. Fiatalok körében végzett kutatások azt bizonyítják, hogy azok a fiatalok, akik mindkét édes-szülőjükkel együtt élnek, kisebb valószínűséggel dohányoznak, fogyasztanak alkoholt, vagy tiltott szereket (Bjarnasson 2000, Bjarnasson és társai 2003, Backovic és társai 2006). Kevésbé egyértelmű különbség figyelhető meg azokban a családokban, ahol csak egy édes szülő van jelen, illetve ahol édes szülő és nevelőszülő együtt él. Egyes kutatások azt valószínűsítik, hogy az egyszülős családokban nevelkedő fiatalok fogyasztási szokásai hasonlóak az újrastrukturált családokban² nevelkedőkéhez (ld. pl. Ahlström és társai 2001), más adatok pedig azt valószínűsítik, hogy az újrastrukturált családokban élők fogyasztási szokásai inkább a két édes-szülővel együtt élők fogyasztási szokásaihoz állnak közelebb (Adlaf E. M. és Ivis F. J. 1996, Bjarnasson és társai 2003).

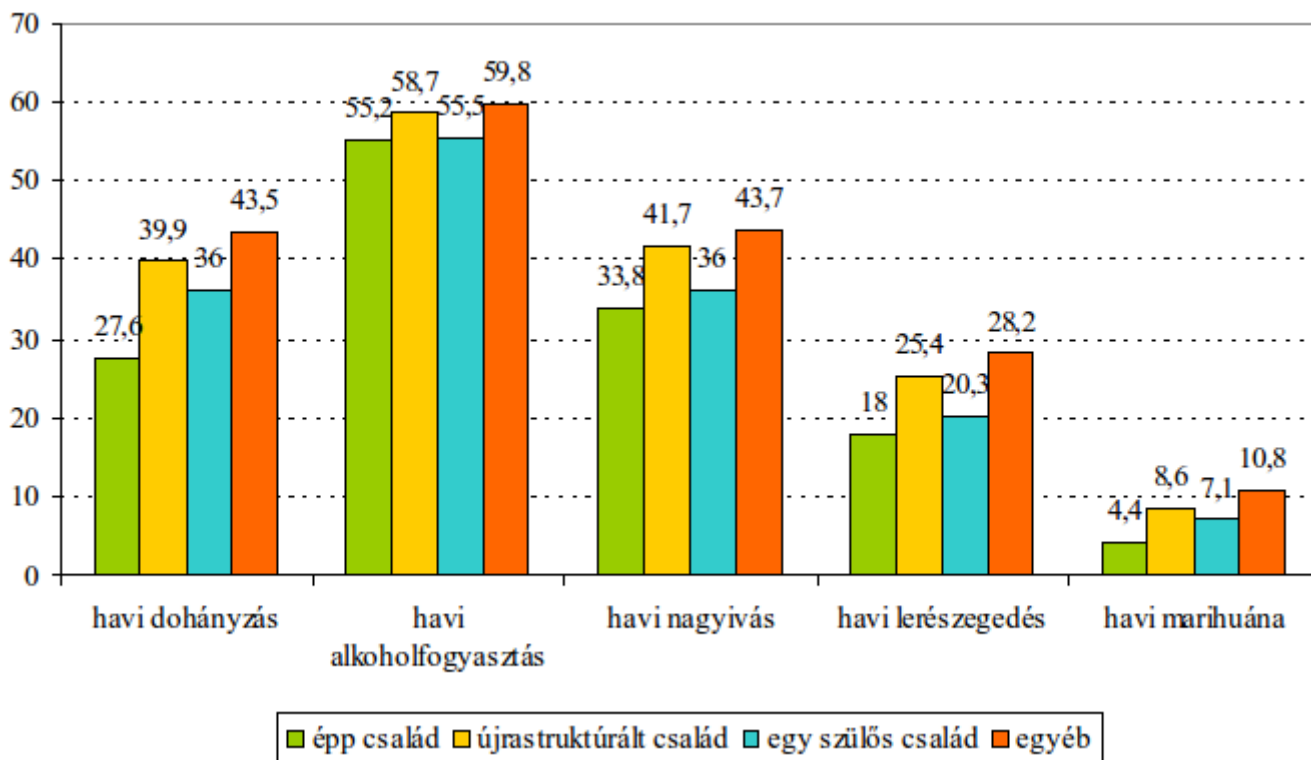
A család szerkezetén kívül, a szülő-gyermek kapcsolat szintén hatással lehet a fogyasztási szokásokra (Ahlström és társai 2001). A szegényes szülő-gyerek közötti kommunikáció, a családi melegség és a szülői kontroll hiánya a fiatalok szerfogyasztását befolyásoló legfontosabb tényezők közé tartozik (Nation és Heflinger 2006). A szülői gondoskodás nem kellő mértéke, az ellentmondásos nevelési elvek szintén jelentősen növelhetik a szerfogyasztás kialakulását (Windle 2000). Curran (2007) amerikai középiskolások között készült vizsgálatában a szülői szabályok és elvárások létét találta a leginkább visszatartó hatásúnak a szerfogyasztásban az általa vizsgált családi tényezők közül. Egyértelműnek találta a családi légkör hatását is, de kevésbé erősnek, mint a szülők által felállított szabályokat. Hasonló következtetésekre jutnak Gerra és társai (2004) olasz középiskolások között végzett vizsgálatukban. Brassai és Pikó (2005) magyar adatok alapján szintén arra a megállapításra jut, hogy a szülőkhöz fűződő kevésbé jó kapcsolat, a szülőkkel való konfliktusok növelik a szerfogyasztás valószínűségét. A nevelési módszerek alapján a támogató anya, szigorú apa szülői páros tűnik számukra leginkább védő tényezőnek.

Az ESPAD kutatások magyarországi eredményei szerint *azok, akiket az édes szülők együtt nevelnek, akik elégedettek a szüleikhez fűződő viszonyukkal, és ahol a szülők kontrollálják gyerekeik szabadidős tevékenységét, ott a fiatalok kisebb valószínűséggel lesznek rendszeres droghasználók.* Édes szülő nélkül, vagy gyenge szülői kontroll mellett nevelkedők, vagy akik elégedetlenek szüleikhez fűződő viszonyukkal, egyértelműen a legveszélyeztetettebbek közé tartoznak. Míg a szakirodalomban nem egyértelmű, hogy az újrastrukturált vagy az egyszülős családmodell közül melyik jelenti a megóvóbb struktúrát, a 2007. évi magyar adatok azt mutatják, hogy *az egyéb drogok esetében nincs különbség a két családtípus között, viszont a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében az elmúlt években erősödni látszik az egy édes szülős családok megóvó hatása az újrastrukturált családokkal szemben (Elekes 2009b)* (38. ábra).

A felnőttek körében végzett hazai vizsgálatok szintén a családi állapot és a túlzott alkoholfogyasztás közötti szoros kapcsolatot mutatják. *Az alkoholfogyasztás és annak szélsőségesebb formái is gyakrabban fordulnak elő az egyedül,*

² Nevelőszülő és édes szülő

nőtlenként, hajadonként vagy elváltként élők között, mint a házasságban, élettársi kapcsolatban élőkénél. A háztartásban a gyerek jelenléte mindenképpen visszatartó erőnek látszik az alkoholfogyasztás szélsőségebb formáinak kialakulásában (Elekes 2004). Hasonló következtetéseket vonhatunk le az ELEF alkoholra vonatkozó eredményei alapján is: 2009-ben is, nőknél és férfiaknál is az egyszemélyes háztartásban, illetve a gyermek nélküli párkapcsolatban élők alkoholfogyasztása a legnagyobb gyakoriságú és legnagyobb mennyiségű (Elekes 2011).



38. ábra A főbb havi prevalencia értékek a család szerkezete szerint az ESPAD 2007. évi adatai alapján (Elekes 2009a:98)

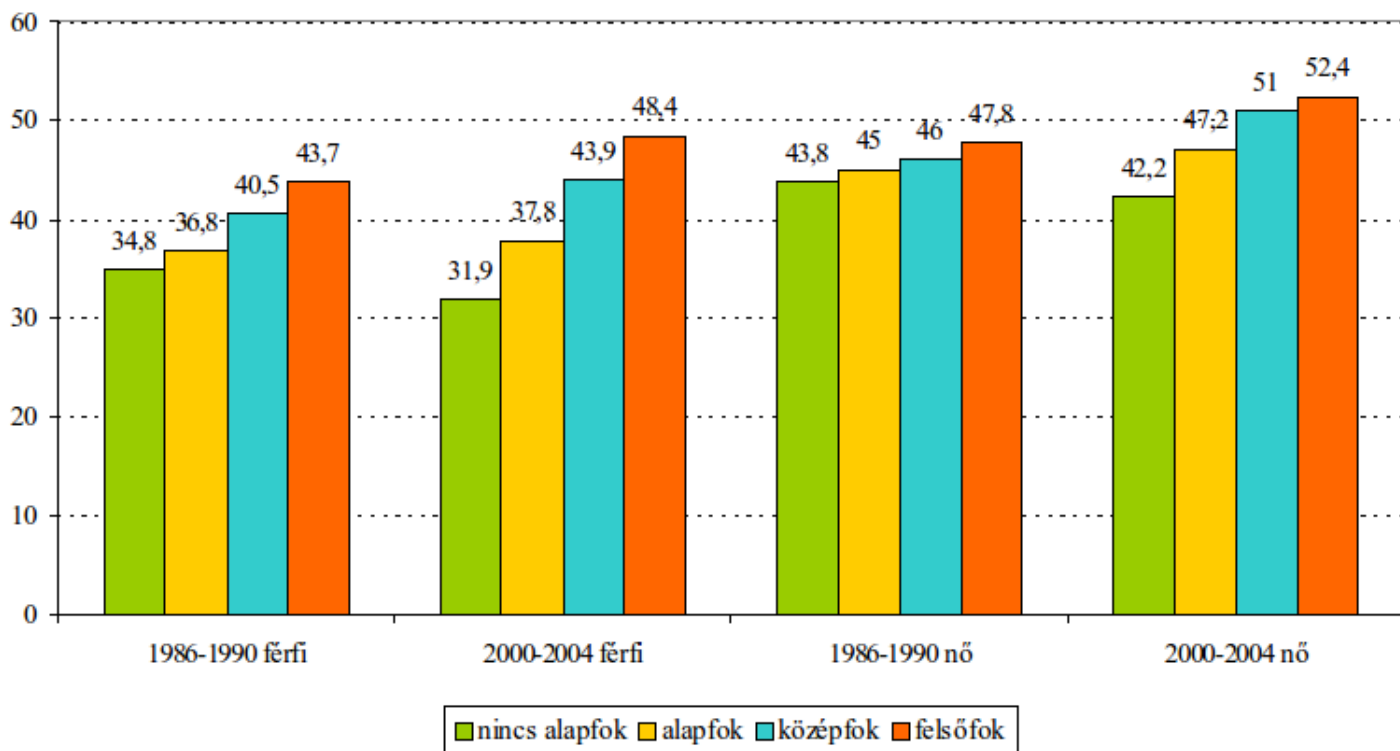
12.4 Társadalmi status

12.4.1 Mortalitás és morbiditás

Jól dokumentált tény, hogy a társadalmi-gazdasági státusz szoros kapcsolatban van a morbiditási és mortalitási mutatókkal. Az alacsony jövedelem, a rossz lakás- és munkakörülmények, a munkanélküliség, az alacsony iskolázottság, az egészségtelen életmód, vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés különbözőségei mind hozzájárulnak az egészségi állapotban kifejeződő társadalmi egyenlőtlenségekhez.

Hablicsek és Kovács (2007) elemzése szerint a férfiak és a nők halálozásának alakulásában is határozottan megmutatkoznak az iskolai végzettség szerinti különbségek:

Közel 20 év halálozási adatai alapján megállapítható, hogy férfiaknál és nőknél is a 30 éves korban várható átlagéletkor a legmagasabb a felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében volt, és az iskolai végzettség csökkenésével csökkent a várható életkor nagysága is. A férfiaknál a különbségek jóval nagyobbak, mint a nőknél. 1986-1990 átlagában a legalacsonyabb iskolai végzettségű férfiak 30 éves korban várható életkora közel 9 évvel volt kevesebb, mint a felsőfokú végzettségűeké. Bár a 90-es évektől bekövetkezett javulás a legtöbb iskolai végzettséget érintette, a javulás is elsősorban a felsőfokú végzettségű férfiaknál volt jelentősebb, és kisebb mértékű volt a középfokú végzettségűek között. A nyolc általánosnál kevesebb iskolai végzettséggel rendelkezőknek pedig tovább romlottak az életkilátásaik: 2000-2004 átlagában már közel 3 évvel volt kevesebb a 30 éves korban várható átlagéletkoruk, mint 1986-1990 között. A felsőfokú végzettségű férfiakról való elmaradásuk pedig több mint 16 évre nőtt (39. ábra).



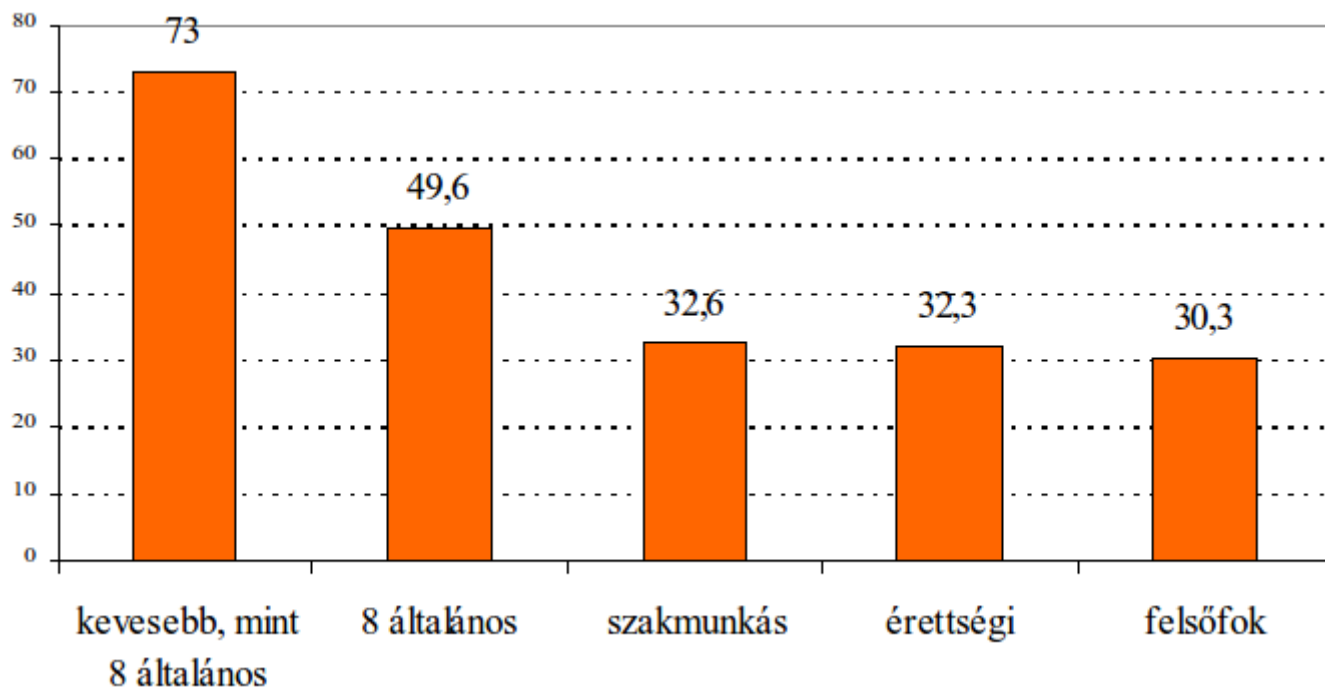
39. ábra 30 éves korban várható további élettartam – iskolai végzettség iskolai végzettség szerint (Hablicsek, Kovács 2007)

1986 és 1990 között a nők 30 éves korban várható életkora a felsőfokú végzettségűek esetében 4 évvel volt magasabb, mint a legalacsonyabb iskolai végzettségűeké, azaz az iskolai végzettség szerinti különbség kisebb volt, mint a férfiaknál. A férfiakhoz hasonlóan a javulás nem érintette a legalacsonyabb iskolai végzettségűeket, sőt, a 8 általánosnál kevesebb végzettséggel rendelkező nők 30 éves korban várható életkora is több mint másfél évvel romlott a vizsgált időszakban. Így a felsőfokú végzettséggel rendelkező nők várható életkora 10 évvel haladta meg 2000-2004 között a legalacsonyabb iskolai végzettségű nőket (Hablicsek, Kovács 2007).

A főbb halálteki csoportok szerint végzett elemzések arra utalnak, hogy az iskolai végzettség szerinti különbségek az összhalálozáshoz hasonlóan alakultak. Vagyis halálokonként is igaz az, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők halálozási aránya kedvezőbb volt a nyolcvanas évek közepe és a 2000-es évek közepe között. Sőt a legtöbb halálok esetében a javulás kisebb mértékű volt a legfeljebb nyolc általánossal rendelkezők között, a daganatos halálozások esetében pedig egyértelmű romlás volt megfigyelhető az alacsony iskolai végzettségűeknél. Összességében a férfiak esetében a rendszerváltást megelőző és az azt követő néhány évben az iskolai végzettség szerinti halálozási különbségek határozottan nőttek, az azt követő időszakban pedig stagnáltak vagy alig változtak. A nőknél a különbségek a kilencvenes évek elején és a 2000-es évek elején nőttek jelentősebb mértékben (Hablicsek, Kovács 2007).

A morbiditási adatok szintén határozott társadalmi különbségeket mutatnak. Az 1997. évi TÁRKI kutatás szerint a maximum 8 osztályos iskolai végzettséggel rendelkezők között kétszer annyi a súlyos betegséggel, korlátozottsággal élő aránya, mint a felsőfokú végzettségűek között. Aktivitás szempontjából a 30 év feletti munkanélküliek, foglalkoztatottság alapján pedig az alacsony iskolai végzettségű, alacsony jövedelemmel rendelkező, kvalifikálatlan munkát végzők (Lehmann, Polonyi 1998).

A 2005. évi EU SILK vizsgálat szintén az iskolai végzettség és a tartós betegségek előfordulásának szoros kapcsolatát mutatják. Eszerint az iskolai végzettség csökkenésével nő a magukat tartósan betegnek tartók aránya (40. ábra).



40. ábra Tartósan betegek aránya EU-SILC 2005 adatai alapján (KSH 2007)

12.4.2. Fiatalok szerfogyasztása és a társadalmi státus

A szakirodalomban meglehetősen ellentétes eredményekkel találkozunk a fiatalok társadalmi pozíciója és az egészségkárosító magatartások közötti kapcsolatról. Korábbi ESPAD kutatások nemzetközi adatai alapján viszonylag egyértelműnek látszik, hogy *a szülők magasabb iskolai végzettsége mérsékeltebb dohányzással jár együtt* (Bjarnasson 2000, Hibell és társai 2004). Hasonló eredményekre jut a HBSC kutatás is 2006-ban (Currie és társai 2008).

Sokkal *kevésbé egyértelmű kapcsolatot mutat a szülők iskolai végzettsége a fiatalok alkoholfogyasztásával*. A 2003. évi ESPAD kutatás szerint a kapcsolat inkább negatív (iskolázottabb szülők gyerekei kevesebbet isznak) Európa északi részén és inkább pozitív (iskolázottabb szülők gyerekei többet isznak) Európa keleti részén (Hibell és társai 2004). A 2006. évi HBSC kutatás szerint a heti rendszerességű alkoholfogyasztás és a lerészegedés inkább jellemző a magasabb társadalmi státusú családok gyerekeire. Ugyanakkor a kutatás azt is megállapítja, hogy a társadalmi státus és az alkoholfogyasztás közötti kapcsolat a résztvevő országok alig felében mutatható ki (Currie és társai i.m.).

A 2006. évi HBSC-kutatás *a marihuána használat és a társadalmi gazdasági státus* között sem tudott egyértelmű kapcsolatot kimutatni (Currie és társai i.m.). A 2003. évi ESPAD során szintén nem találtak határozott összefüggést a szülők iskolai végzettsége és a marihuána használat között. Európa keleti országait inkább jellemezte pozitív kapcsolat, Északon pedig inkább a negatív kapcsolat volt a gyakoribb (Hibell és társai i.m.).

Ahlström és munkatársai (2008) szerint a finn fiatalok tiltott és legális szerfogyasztása soha nem mutatott jelentős kapcsolatot a szülők társadalmi státusával. Eredményeik ugyanakkor azt mutatják, hogy a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekei körében jobban nőtt az alkoholt és cigarettát *nem* használók aránya, mint társaiknál. Curran (2007) amerikai főiskolások között végzett vizsgálata során talált ugyan kapcsolatot a fiatalok családjára jellemző, az iskolai végzettséget és az iskolai orientáltságot kifejező „emberi tőke” és a szerhasználat között, ez a kapcsolat kevésbé volt erős, mint a családi háttér egyéb jellemzői, másrészt ez a kapcsolat a dohányzással és a tiltott drogfogyasztással volt szignifikáns, az alkoholfogyasztással nem. Míg a 70-es és 80-as években az Egyesült Királyságban a tiltott szerfogyasztás egyértelműen elterjedtebb volt a fehér, városban élő, munkásosztálybeli fiatal férfiak körében, addig a kilencvenes évek kutatásai már semmilyen társadalmi-gazdasági osztály, faj vagy nembeli különbséget nem találtak a tiltott szerekkel próbálkozó fiatalok között (Measham 2002). Parker az angol kutatási eredmények alapján arra a következtetésre jut, hogy a fiatal, pszichoaktív

szerhasználók jelentős része jól képzett, jó munkahellyel rendelkező alkalmazott (Parker 2003). Room (2007) kínai, svéd és angol példák alapján megállapítja, hogy a társadalmi-gazdasági háttér a szerek árán keresztül hat. Ha valamely pszichoaktív szer ára nő, akkor a káros következmények inkább a jobb-módú társadalmi csoportokban jelennek meg, míg a szerek árának csökkenése a hátrányos helyzetűek problémás használatának növekedését eredményezi.

A hazai ifjúsággal foglalkozó kutatások szintén meglehetősen ellentmondásos következtetésekre jutnak.

Az ESPAD korábbi magyar eredményei szerint a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekei kevesebbet dohányoznak. Ugyanakkor a korábbi ESPAD kutatások során azt figyeltük meg, hogy a szülők iskolai végzettsége egyre inkább csökkenő befolyással van a fiatalok alkoholfogyasztására és annak szélsőségesebb formáira. (Elekes 2005b).

A 2007. évi ESPAD adatai alapján a korábbi évekhez hasonlóan *a dohányzás egyértelműen a hátrányosabb gazdasági-társadalmi státusú fiatalokra jellemző inkább*. Gyakoribb a dohányzás a szakiskolások körében, az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekeinél, és a család anyagi helyzetét az átlagosnál rosszabbnak ítélik között.

Változatlanul ellentmondásos kép rajzolódik ki az alkoholfogyasztás társadalmi-gazdasági státus szerinti alakulásában. *Az alkohol kipróbálása vagy havi rendszerességgű fogyasztása valamelyest gyakoribb a gimnáziumokban és a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekeinél*. Ugyanakkor a nagyobb gyakoriságú alkoholfogyasztás *a lerészegedés és nagyivás az alacsonyabb presztízű iskolatípusokban tanuló, alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekeinél az elterjedtebb*. Az alkoholfogyasztás legtöbb mutatója nem mutat kapcsolatot a család feltételezett anyagi helyzetével, csupán az egész életre vonatkozó ivási és lerészegedési gyakoriság esetében találtunk gyenge, de szignifikáns kapcsolatot, vagyis *a rosszabb anyagi helyzetű családok gyerekei között valamelyest elterjedtebb az alkoholfogyasztás, és a lerészegedés*. Ugyanakkor alkoholra legtöbbször azok költenek, akik családjukat átlag feletti anyagi helyzetűnek vélik.

Az egyéb drogok kipróbálása a dohányzáshoz hasonlóan a gimnáziumokban a legkevésbé és a szakiskolákban a leginkább elterjedt. A szülők iskolai végzettsége alapján nem találtunk jelentős különbséget az alacsonyabb és magasabb iskolai végzettségűek gyerekei között, bár egyértelműen veszélyeztetettnek tűnnek a befejezetlen felsőfokú végzettségű szülők gyerekei, és valamelyest elterjedtebb a tiltott szerek kipróbálása a legmagasabb, mint a legalacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekei között. Az orvosi recept nélküli gyógyszerhasználat a felsőfokú végzettségű szülők gyerekeinél a legritkább.

A szülők feltételezett anyagi helyzete nem mutat kapcsolatot az egyéb drogok fogyasztásával, ugyanakkor marihuánára a legtöbbet azok költötték, akik családjukat az átlagosnál rosszabb anyagi helyzetűnek gondolják.

Az ESPAD magyarországi eredményei alapján tehát valószínűsíthető, hogy a dohányzás egyértelműen a hátrányosabb gazdasági-társadalmi státushoz köthető. Az alkoholfogyasztás általában nem köthető társadalmi helyzethez, de a problémásabb ivás valamelyest elterjedtebbnek látszik a hátrányosabb helyzetű csoportokban. Az egyéb drogfogyasztásban kevésbé az anyagi-kulturális háttér, mint inkább az iskola és a lakóhely látszik meghatározónak (Elekes 2009a).

Felnőttek körében végzett hazai kutatások szerint mind a szülők magasabb iskolai végzettsége, mind pedig a megkérdezettek magasabb társadalmi státusa növeli a tiltott drogok kipróbálásának veszélyét (Paksi 2007). A problémás alkoholfogyasztás a felnőttek esetében sem köthető hátrányos társadalmi-gazdasági státushoz (Elekes 2004).

A hazai partiszcénában végzett kutatások szerint az ott megjelenő, és többségében drogot használó fiatalok jellemzően a magasabb társadalmi státusúak közül kerülnek ki, a fiatalok közel fele felsőfokú végzettségű családban él. Azaz feltételezhetjük, hogy ebben a körben a drogfogyasztás egyértelműen a magasabb társadalmi státussal jár együtt (Demetrovics, Rácz 2008). Demetrovics (2007b) ugyanakkor arra a következtetésre jut, hogy az eltérő drogokat használók eltérő társadalmi státussal jellemezhetőek mind saját, mind pedig a szülők jellemzői alapján. A szülők és a saját iskolai végzettség szerint is a legmagasabb társadalmi státusúaknak a kannabisz-használókat, a legalacsonyabb státusúaknak pedig az ópiát-használókat találta (a semmilyen drogot nem használó kontrollcsoportot is beszámítva).

Feladatok

Gyűjtsön nemzetközi adatokat a különböző korcsoportokat jellemző tipikus megbetegedésekről

Gyűjtsön olyan kutatási eredményeket, amelyek a társadalmi státus és a különböző egészségkárosító magatartások közötti kapcsolatot támasztják alá.

Jellemezze a nők egészségi állapotát

Ajánlott irodalom

- [1] Bjarnasson, T., Anderson, B., Choquet, M., Elekes, Zs., Morgan, M., és Rapinett, G.. 2003. *Alcohol, Culture, Family Structure and Adolescent Alcohol Use: Multi-Level Modeling of Frequency of Heavy Drinking Among 15-16 Year Old Students in Eleven European Countries. Journal of Studies on Alcohol, 64, 200-208.*
- [2] Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., és Barnekow, V.. 2008. eds.: *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. WHO.*
- [3] Demetrovics, Zs.. 2007. *Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere.* L'Harmattan. Budapest.
- [4] Elekes, Zs.. 2009. *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007.* 220. NDI – L'Harmattan. Budapest.
- [5] Lisszabon, . *EMCDDA (2005): Differences in patterns of drug use between women and men.* EMCDDA.
- [6] Hablicsek, L. és Kovács, K.. 2007. *Életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint 1986-2005. Kutatási jelentés 84.* KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- [7] Kovács, K.. 2006. *Egészség-esélyek. Műhelytanulmányok 5. NKI 2006* http://www.demografia.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=10.
- [8] Measham, F.. 2002. "Doing gender" – "doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems, 29/Summer.* 335-373.
- [9] Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N., Wilsnack, S. C., és Harris, T. R.. 2000. *Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. Addiction (2000) 95 (2), .*

13. Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők II

Ebben a fejezetben a lakóhely, a társas kapcsolatok és néhány pszicho-szociális tényező egészségi állapotra, és az egészségkárosító magatartásokra gyakorolt hatását mutatjuk be.

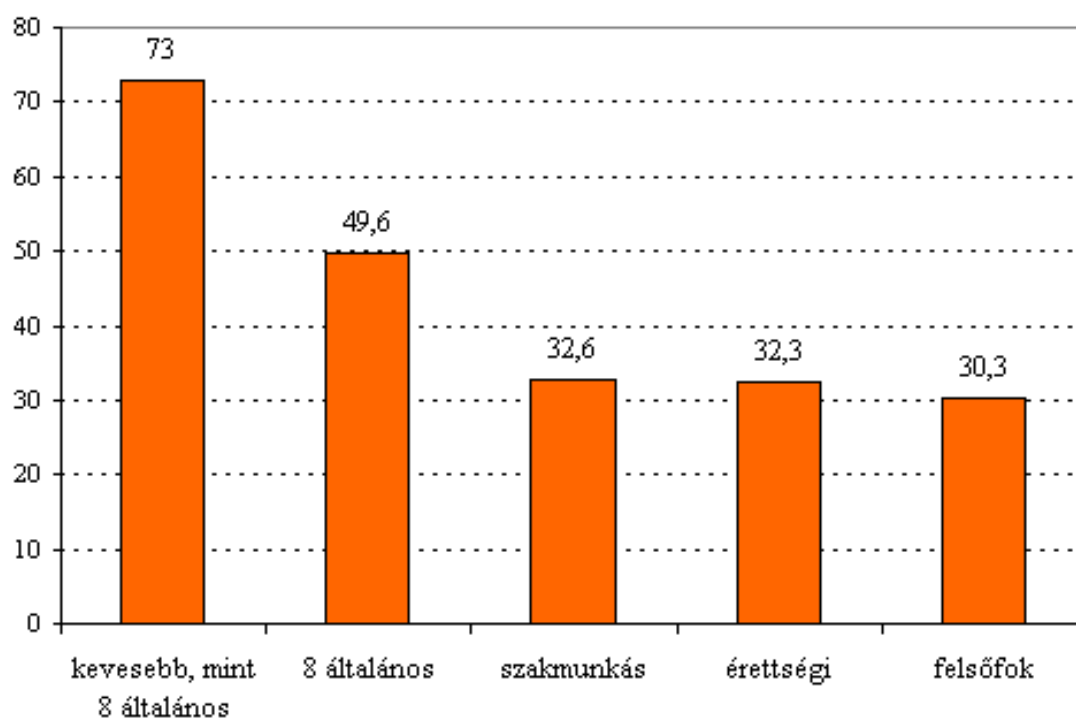
13.1. Helyszín

Az adott lakóhelynek meghatározó szerepe lehet a különböző betegségek, egészségkárosító magatartások kialakulásában. A várható életkor, az egészségben eltöltött évek száma alapján egyáltalán nem mindegy, hogy az egyén milyen földrészen, milyen országban, az adott ország mely régiójában, és milyen településtípuson él. Ugyanakkor lehetnek olyan betegségek is, amelyek lokálisan, egy-egy kisebb területhez, néhány településhez kötődően alakulnak ki, valamilyen helyi sajátosságból – pl. nem megfelelő ivóvíz – adódóan.

13.1.1 Nemzetközi különbségek

Az egészségi állapot számos mutatója jellegzetes földrajzi különbségeket mutat. Ezek a különbségek eredhetnek az eltérő éghajlatból, eltérő kultúrából, étkezési szokásokból, az egészségügyi ellátás eltérő fejlettségéből és természetesen az eltérő életszínvonalból.

A legmagasabb várható átlag életkor Észak-Amerikában található, és ettől két évvel alacsonyabb Óceánia, és 3 évvel Európa lakóinak átlagos várható életkora. Ázsia lakói már 10 évvel, Afrika népessége pedig 25 évvel él rövidebb ideig, mint az észak-amerikaiak (41. ábra).

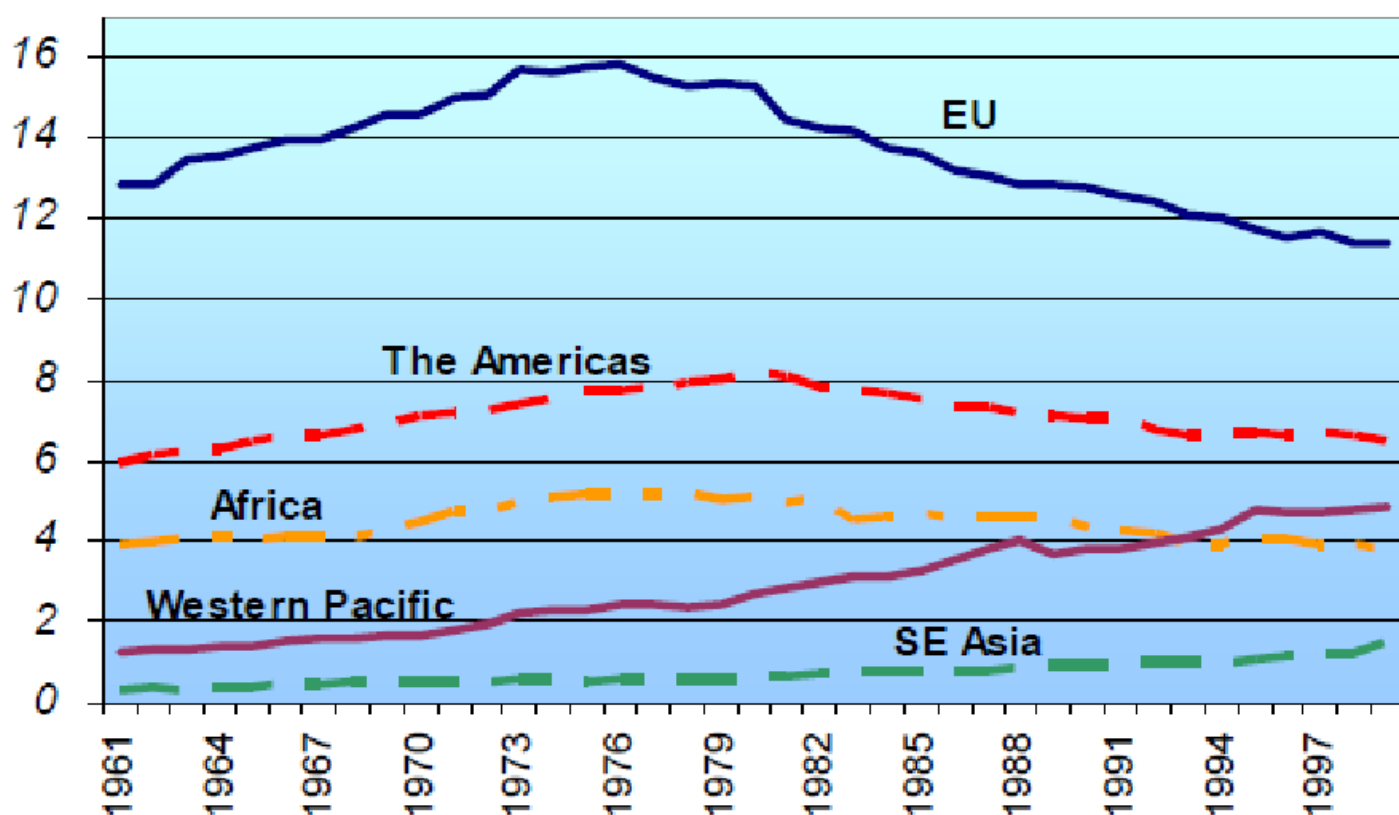


41. ábra A születéskor várható átlagéletkor földrészenként (Józan 2007)

Vannak betegségek, amelyek kifejezetten a fejlett országok lakóira jellemzőek, például a magas vérnyomás, agyvérzés, cukorbetegség. Ugyanakkor a fertőző betegségek miatti halálozások aránya alig 5%-a a fejlett országokban, és körülbelül 50% a fejlődő országokban. A gyermek halálozások aránya legmagasabb közép- és Észak-Afrikában, a legalacsonyabb pedig Japánban és a Skandináv országokban (Friis, E., Selers, T. 2009).

Stabil nemzetközi különbségeket mutat az öngyilkossági arányok alakulása. A legalacsonyabb arányokat mindig a mediterrán országokban (Görögországban és Olaszországban), valamint Mexikóban mérték, a legmagasabb arányokat pedig sokáig közép-Európában és elsősorban Magyarországon, újabban pedig a volt szovjet tagállamok némelyikében regisztrálják.

Stabil regionális különbségeket mutat az egy főre jutó alkoholfogyasztás alakulása is. Amint erről korábban már volt szó, – amióta erre vonatkozóan statisztikai adatokkal rendelkezünk – mindig Európában volt a legmagasabb a fogyasztás. És bár a 70-es évektől csökken az Európai lakosság alkoholfogyasztása, ma is jóval magasabb, mint a többi WHO régióban élők. A legalacsonyabb fogyasztást stabilan a dél-kelet Ázsiai régióban mérik (42. ábra).



42. ábra A felnőtt népesség egy főre jutó regisztrált alkoholfogyasztása népességarányosan súlyozva a WHO régiókban 1961-1999 között (Anderson, Baumberg 2006)

Az EPAD 2007. évi nemzetközi adatai azt mutatják, hogy a fiatalokat jellemző különböző egészségkárosító magatartások Európa országiban együtt járnak. Azokban az országokban, ahol sok diák fogyaszt alkoholt, vagy lerészegedik, ott többen próbálják ki a tiltott szereket, szervesoldószereket, vagy az alkoholt gyógyszerrel együtt, és ez fordítva is igaz. Csúpn az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás nem mutat kapcsolatot aggregát szinten a többi szer fogyasztásával. Vannak országok, amelyek a legtöbb mutató alapján jelentősen meghaladják az európai átlagot. Ilyen Ausztria, Csehország, Dánia, Németország, a Man Sziget, Szlovákia és az Egyesült Királyság. Az európai átlag alatt található a legtöbb mutató alapján Örményország, Ciprus, Görögország, Izland, Portugália és Románia. A fogyasztásban bekövetkezett változások is régióként eltérőek voltak. Hosszútávon csökkenés elsősorban Nyugat-Európa országaiban volt inkább megfigyelhető, míg növekedés, különösen az elmúlt négy évben, inkább Kelet-Európában volt (Hibell és társai 2009:14).

Korábban volt már szó arról, hogy *Magyarország Európán belül meglehetősen rossz halálozási mutatókkal rendelkezik*. Ez részben annak is köszönhető, hogy több egészségkárosító magatartás, és az ezekre visszavezethető halálozások területén is vezető helyet foglalunk el.

A májbetegségben és a tüdőrákban meghaltak száma alapján is Magyarország Európa élvonalába tartozik (9. tábla). A felnőtt népesség tüdőrák halálása alapján egyértelműen Európa vezető országa vagyunk mind két nemre vonatkozó adatok alapján. A májbetegségben meghalt férfiak száma alapján szintén mi vezetjük az európai rangsort, nők esetében pedig csak Románia előz meg minket. Az elhízottak és túlsúlyosok aránya szintén magas Magyarországon (Kovács, Őri 2009).

Figyelemre méltó, hogy

1. A májbetegségben meghaltak száma Magyarországon magasabb, mint néhány, nálunk több alkoholt fogyasztó országban. Ez pedig azt valószínűsíti, hogy nem csak az elfogyasztott alkohol mennyisége, hanem annak minősége, a fogyasztás módja és körülménye sem kedvező nálunk, ami a „szükségesnél” magasabb halálozást eredményezi.
2. A túlsúlyosok aránya magas ugyan, de nem magasabb, mint néhány nálunk jobb halálozási mutatóval rendelkező országban (ld. pl. Ausztria). Az elhízottak aránya azonban nálunk a legmagasabb.

9. táblázat - Az alkoholfogyasztásra és dohányzásra visszavezethető halálozások és a túlsúlyosok aránya néhány európai országban -A halálozási adatok 2000-2002 közötti időszakra, az elhízásra vonatkozó adatok 2005-re vonatkoznak

	krónikus májbetegség és cirrhosis halálozás		tüdőrák halálozás 5-64 évesek körében		túlsúlyos felnőttek aránya		elhízott felnőttek aránya	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
	standardizált halálozási arányszám, 1/100000				százalék			
Oroszország	..	..	67,1	6,7	..	..	..	..
Lengyelország	23,9	7,3	72,0	20,9	..	..	..	..
Csehország	25,3	8,9	58,7	16,0	56,7	57,4	13,7	16,3
Bulgária	25,5	5,9	60,9	9,5	50,1	42,3	11,3	13,5
Románia	55,9	25,7	69,5	12,6	45,8	38,1	7,7	9,5
Magyarország	71,0	22,6	99,7	35,3	58,9	49,5	17,1	18,2
Ausztria	23,4	7,2	37,5	35,3	57,7	43,3	12,8	13,4
Olaszország	...	..	..	..	45,8	33,6	7,4	8,9
Egyesült Királyság	14,6	7,5	28,9	18,9	..	..	..	..
Finnország	26,0	9,6	25,0	9,6	55,5	41,3	14,6	14,1

(Kovács, Őri 2009a:75)

13.1.2. Országon belüli földrajzi különbségek

A halandóság és az egészségi állapot nem csak országok között, hanem *országon belül* is nagy különbségeket mutat. 2005-ben a legmagasabb és a legalacsonyabb halandóságot mutató megyékben a születéskor várható átlagéletkor különbsége 3,8 év volt. Budapest mellett a legmagasabb várható átlagéletkor Győr-Sopron, Zala és Veszprém megyékben volt, a legalacsonyabb várható átlagéletkor pedig Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket jellemezte. A megyék közötti különbségek nem csak jelentősek, hanem a kilencvenes évekhez képest növekedtek is. A különbségek

nemcsak régiók, hanem településtípusok között is nagyok. 2005-ben a születéskor várható átlagéletkor Budapesten 74,1 év volt, más városokban 73 év, községekben pedig 71,6 év (Kovács, Óri 2009b:59). Józán (2008) a *települések nagysága* szerinti számításai hasonló különbségeket mutatnak. 2004-ben a születéskor várható átlagéletkor Budapesten 3,1 évvel volt magasabb, mint a 999 főnél kisebb lélekszámú településeken. Józán számításai ugyanakkor a településnagyság szerinti különbségek enyhe mérséklődését mutatják. Bár a Budapesten élő népesség átlagos halandósága jóval kedvezőbb az országos átlagnál, a főváros kerületei közötti különbségek igen jelentősek: a legrosszabb halandóságú VIII. kerületben élők születéskor várható átlagéletkora 9,6 évvel kevesebb, mint a legjobb halandósági mutatókkal rendelkező II. kerületben élők. A különbségek bár nem ilyen nagyok, de szintén jelentősek a budapesti agglomeráció települései között: a fővárostól Észak-Nyugatra található településeken magas, míg a Dél-Keletre elhelyezkedő településeken alacsony a születéskor várható átlag életkor (Józán 2007).

Az egészségkárosító magatartások közül az alkoholfogyasztásra rendelkezésre álló 2003. évi adatok arra utalnak, hogy *Budapesten és az ország nyugati részében az alkoholfogyasztás elterjedtebb, mint az ország keleti részében*. Ugyanakkor az alkoholfogyasztás problémásabb formái elsősorban a két nyugati és az észak-keleti régiót jellemzik inkább¹. Ha az egyes régiók évi összes fogyasztását alkoholfajtánként nézzük azt tapasztaljuk, hogy a nyugati megyék és különösen a Dél-nyugati régió nemcsak a gyakori fogyasztásában, hanem a kiemelkedő borfogyasztásában is különbözik az ország többi részétől. Ebben a régióban egyértelműen a borfogyasztás a jellemző, amely egy főre jutó mennyisége 78%-kal haladja meg az országos átlagot, de az észak-nyugati régió borfogyasztása is 27%-kal magasabb az országos átlagnál. Ugyanakkor az észak-keleti régió a kiemelkedő töményfogyasztásával különbözik az ország többi részétől. Itt az évi összes fogyasztás 38%-kal magasabb az országos átlagnál (Elekes, Paksi 2003). Az ELEF 2009. évi eredményei szintén az alkoholfogyasztás regionális különbségeit mutatják. Eszerint, *a dunántúli megyékre gyakoribb, nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás jellemző*, sőt a Dél-Dunántúlon a nagyivóvá válás esélye is nagyobb. Míg a dunántúli részekre inkább a borfogyasztás jellemző, addig *az alföldi megyékben és Észak-Magyarországon átlag feletti a tömény fogyasztás aránya* (Elekes 2011).

A felnőttek *tiltott szerfogyasztására* vonatkozó kutatási eredmények elsősorban a *nagyobb városok és a főváros* nagyobb érintettségére utalnak. A fővárosban 2003-ban a tiltott szerek életprevalencia értéke mintegy kétszerese volt az országos átlagnak, a folyamatos rátaban pedig közel két és félszeres eltérés mutatkozik. Emellett megfigyelhető, hogy a 10000 főnél nagyobb lélekszámú településeken rendre az országos átlagot meghaladó elterjedtségi arányok jelentkeznek (Elekes Paksi 2003).

A 2007. évi Dohányzásmonitor eredményei szerint *a dohányzás a nagyobb városokban elterjedtebb*: Budapesten a felnőtt népesség 41%-a, megyeszékhelyeken pedig 45% dohányzik napi rendszerességgel. Ennél jóval alacsonyabb a községekben (30%) és az egyéb városokban (25%) napi rendszerességgel dohányzók aránya. (GYTS 2008).

Az ESPAD-kutatások eredményei szerint az iskola székhelye és a család lakóhelye nem mutat határozott kapcsolatot a fiatalok dohányzásával, valamelyest elterjedtebb a dohányzás a kisebb településeken. Ugyanakkor szignifikánsan magasabb a dohányzók aránya Észak-Magyarországon és a Dél-alföldön tanulók között.

A fiatalok alkoholfogyasztását sem befolyásolja lényegesen a szülők lakóhelye, mégis *a problémásabb ivás elterjedtebb a kisebb településeken élők, valamint a Dél-dunántúli vagy Észak-magyarországi iskolákban* tanulók között. A tiltott szerek kipróbálása - a felnőttekhez hasonlóan a fiatalok között is elterjedtebb Budapesten és a nagyobb városokban. Az ESPAD 1995 óta rendelkezésre álló eredményei azt valószínűsítik, hogy a fogyasztási szokásokban megmutatkozó települések közötti különbségek csökkennek.

Végül a földrajzi különbségek kapcsán meg kell említenünk a hazai *öngyilkossági gyakoriságok* jellegzetes regionális eltéréseit. A század eleje óta érvényesülő tendencia az, hogy a legnagyobb öngyilkossági gyakoriságok az ország déli,

¹ Dél-nyugat: Baranya, Tolna, Zala, Somogy

Közép-kelet: Szolnok, Heves, Nógrád, Pest

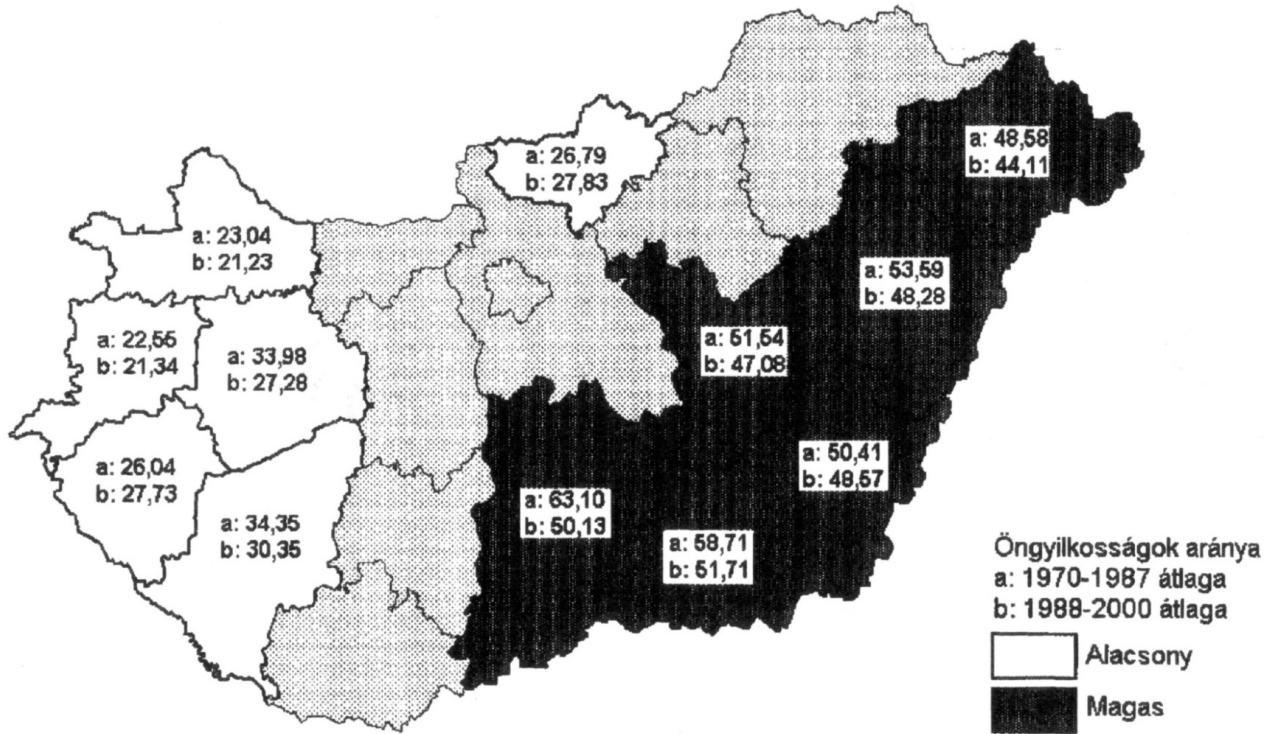
Észak-kelet: Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg

Dél-kelet: Bács-Kiskun, Csongrád, Békés

Észak-nyugat: Vas, Fejér, Komárom, Veszprém, Győr-Sopron

délkeleti részén találhatók, míg északra, illetve nyugatra haladva az öngyilkosság gyakorisága fokozatosan csökken (43. ábra). Ennek megfelelően a legmagasabb öngyilkossági gyakorisággal rendelkező megyék 100 éve állandóan Bács-Kiskun, Csongrád és Békés megyék, a legalacsonyabb öngyilkossági gyakoriságok pedig Zala, Győr-Sopron és Vas megyékben találhatók. A különbség a legalacsonyabb és a legmagasabb öngyilkossági gyakorisággal rendelkező megyék között több, mint kétszeres (Zonda, Véres 2004).

Magyarország hat legalacsonyabb és legmagasabb öngyilkossági arányszámot mutató megyéi, 1970-1987, 1988-2000



12. ábra

43. ábra A 100 ezer lakosra jutó öngyilkosságok száma a hat legalacsonyabb és legmagasabb arányokat mutató megyékben 1970-1987, 1988-2000 (Zonda, Véres 2004)

13.2. Társas kapcsolatok, szabadidő

Számos kutatás bizonyítja a kortárs hatás fontosságát a fiatalok szerfogyasztásában. A kutatások többsége szerint a kortársak hatása a szerfogyasztásra erősebb, mint szülőké (Windle 2000, Fagan és Najman 2005, Nation és Heflinger 2006). Különösen nagy hatást tulajdonítanak az idősebb testvérek fogyasztásának (Stormshak és tsai 2004). Fagan és Najman (i.m.) abból kiindulva, hogy az azonos családban élő valamennyi testvért ugyanazok a szülői hatások érik, azaz ugyanazok a családon belüli tényezők befolyásolják az egyik, mint a másik testvér szerfogyasztását, vizsgálataik során arra az eredményre jutottak, hogy az egyéb családi tényezők kontrollálása mellett is *a testvér szerfogyasztása nagyobb hatással van a kérdezettek szerfogyasztására, mint más családi tényezők.*

Best és társai (2005) angol középiskolások között végzett kutatásuk során megállapítják, hogy a társas kapcsolatok meghatározóak a *korai* szerhasználatban, és a szerfogyasztó *barátokkal töltött idő* növekedésével nő a szerfogyasztás valószínűsége a megkérdezettek körében is. Nemcsak a barátok szerfogyasztása, és a barátokkal töltött idő van hatással a fiatalok fogyasztására, hanem a baráti társaságban betöltött *pozíció* is. Bár a kutatási eredmények meglehetősen

ellentmondásosak a tekintetben, hogy inkább a baráti kör központi, népszerűbb, vagy inkább az izolálódó személyiségeire jellemző a nagyobb mértékű szerfogyasztás, Pearson és társai (2006) saját kutatásaik alapján valószínűsítik, hogy a kortárs csoporton belüli erőteljesebb integrálódás a dohányzást mérsékli, míg az alkohol és egyéb drogfogyasztást növeli.

A hazai kutatások szintén a *társas kapcsolatok* szerepét hangsúlyozzák a szerfogyasztási szokásokban. A HBSC kutatások szerint a barátok dohányzása és alkoholfogyasztása jelentősen növeli a megkérdezettek dohányzásának és alkoholfogyasztásának a valószínűségét (Aszmann 2003). Pikó (2004) szegedi középiskolások között a motivációs attitűdöket vizsgálta és azt állapította meg, hogy *a társas motiváció a dohányzással és a rendszeres alkoholfogyasztással is összefüggésbe hozható*. Skultéti és Pikó (2006) szintén a társas kapcsolatok kitüntetett szerepét hangsúlyozzák a dohányzás alakulásában, és ezt a hatást erősebbnek találták, mint a család hatását. Szerintük különösen a *legjobb barát* dohányzása befolyásolja a serdülőket. Az ESPAD-kutatások eredményei is szoros kapcsolatot mutattak a barátok, testvérek és a megkérdezett fiatalok szerfogyasztása között *A fiatalok baráti körére hasonló fogyasztási szokások jellemzőek, mint magukra a megkérdezettek. Míg a dohányzásra inkább a testvér dohányzása, addig az ivásra és a droghasználatra inkább a barátok ivása és droghasználata van nagyobb hatással* (Elekes 2009a).

Akár a normál népesség körében végzett kvantitatív kutatások, akár pedig a különböző szubkultúrákban készült többnyire kvalitatív kutatások a dohányzás, az alkohol- és egyéb drogfogyasztás, valamint a szabadidő eltöltési formák szoros kapcsolatát mutatják (ld. többek között Parker és társai 1998, 2002, Parker 2005, Beccaria és Guidoni 2002 eredményeit).

A nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan az eddigi hazai kutatások is azt mutatták, hogy a túlzott alkoholfogyasztás és a tiltott szerek kipróbálása, alkalmi fogyasztása szoros kapcsolatban áll a szabadidő eltöltési formákkal. Az ESPAD kutatások szerint a problémásabb alkoholfogyasztók, vagy a kábítószerket kipróbálók gyakrabban mennek el barátaikkal buliba, diszkóba, mint a mérsékelt, vagy egyáltalán nem fogyasztó társaik. A kilencvenes évek második felében elkezdett, és viszonylag rendszeresen ismétlődő kutatások eredményei szerint *a zenés-táncos szórakozó helyeket látogató fiatalok körében a droghasználat lényegesen elterjedtebb, mint a normál népességben*. A 2000-es évek kutatásai azt mutatták, hogy a partik látogatói körében a marihuána használat általánossá vált, és terjed a kokain használat (Demetrovics 2001, Demetrovics, Rácz 2008, Demetrovics, Nadas, Kun 2008).

13.3. Pszicho-szociális tényezők

Az egészségkárosító magatartások rizikófaktorai között meghatározó szerepet tulajdonítanak a fiatalok pszicho-szociális állapotának. A kapcsolatot vizsgáló kutatások a pszichés zavarok széles spektrumára kiterjednek, az enyhe viselkedési zavaroktól, a mérsékelt önbecsüléstől kezdve a pszichiátriai diagnózisokig (Nation és Heflinger 2006). Az irodalomban azonban ellentmondásos következtetések találhatók arról, hogy a pszichológiai problémák megelőzik, vagy követik-e a szerfogyasztást (Zeitlin 1999). Mások azt hangsúlyozzák, hogy a különböző pszichés problémák nem minden fajta szerfogyasztással járnak együtt. Így például a marihuána használat esetében ritkábban találtak kapcsolatot más problémákkal, mint az alkohol vagy egyéb tiltott szerek fogyasztásakor. Hasonlóképpen eltérő erősségű kapcsolat figyelhető meg a szerfogyasztás gyakorisága és intenzitása alapján (Armstrong és Costello 2002 idézi Kokkevi és Fotiou 2009).

Kokkevi és Fotiou (2009) a 2007. évi ESPAD adatok első elemzése alapján a különböző szerek fogyasztásának *intenzitása és gyakorisága*, valamint a pszicho-szociális állapot mutatói között egyértelműen kimutatható kapcsolatot talált. Eredményeik szerint a kapcsolat gyengébb volt a depresszió, az önbecsülés és az anómia mutatóival, és erősebb az öngyilkosságon való gondolkodás, az önsértés, az otthonról való elszökés és az antiszociális magatartás mutatóival. A vizsgált szerfogyasztási formák közül a marihuánán kívüli tiltott szerfogyasztás mutatta a legerősebb, a lerészegedés pedig a leggyengébb kapcsolatot a pszicho-szociális mutatókkal.

Bjarnasson a 2003. évi ESPAD adatok alapján végzett elemzése szerint a normakövetés/szabályozottság, azaz az egyértelmű és követhető szabályok léte mérsékelt napi dohányzással, tiltott szerhasználattal és egyéb problémás viselkedéssel jár együtt (Bjarnasson 2009).

Az ESPAD 2007. évi hazai eredményei szerint *a gyakoribb dohányzás, a problémásabb alkoholfogyasztás, és az egyéb drogfogyasztás az önbecsülés enyhén nagyobb mértékű hiányával jár együtt* (10. tábla).

10. táblázat - A lelki állapot szubjektív mutatói és a különféle fogyasztói magatartások közötti kapcsolatot kifejező Spearman korrelációs együttható értéke - * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

	Önbecsülés hiány	Depresszió	Normátlanság	Elidegenedés
Dohányzás				
Dohányzás gyakorisága az eddigi életben	0,103**	0,193**	-0,127**	-0,142**
Dohányzás gyakorisága az előző hónapban	0,092**	0,170**	-0,103**	-0,132**
Alkoholfogyasztás				
Alkoholfogyasztás gyakorisága az eddigi életben	0,016	0,129**	-0,140**	-0,042**
Alkoholfogyasztás gyakorisága az előző 30 napban	0,024*	0,125**	-0,135**	-0,057**
Lerészegedés gyakorisága az eddigi életben	0,046**	0,157**	-0,139**	-0,108**
Lerészegedés gyakorisága az előző hónapban	0,028*	0,134**	-0,111**	-0,073 **
Nagyivás gyakorisága az előző 30 napban	0,029**	0,121**	-0,133**	-0,101**
Egyéb szerfogyasztás				
Tiltott drogfogyasztás gyakorisága az eddigi életben	0,026*	0,106**	-0,107**	-0,078**
Droghasználati célú szerfogyasztás gyakorisága az eddigi életben	0,045**	0,131**	-0,116**	-0,086**
Orvosi javaslat nélküli gyógyszerhasználat az eddigi életben	0,124**	0,236**	-0,092**	-0,121**
Összes egyéb drog gyakorisága az életben	0,089**	0,203**	-0,122**	-0,114**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

(Elekes 2009a)

A depresszió szintén valamennyi szerfogyasztási mutatóval egyértelmű szignifikáns kapcsolatot mutatott. A depressziós tünetek nagyobb mértékben járnak együtt a szerfogyasztás különböző formáival, mint az önbecsülés hiányát jelző tünetek.

A normátlanság vagy az elidegenedés nagyobb mértéke szintén nagyobb mértékű szerfogyasztással jár együtt. A kapcsolat egyik mutató esetében sem erős, az elidegenedés kevésbé látszik jellemzőnek a tiltott szereket és droghasználati célú szereket fogyasztókra, valamint a havonta lerészegedőkre, a normátlanság pedig az orvosi javaslat nélküli gyógyszerfogyasztással mutatja a leggyengébb kapcsolatot.

Összességében valamennyi vizsgált mutató arra utal, hogy az átlagosnál rosszabb pszicho-szociális állapot és a különféle pszichoaktív szerek kipróbálása, rendszeresebb vagy problémásabb fogyasztása egymással kapcsolatban van. Fontos megjegyezni azonban, hogy sok más kutatáshoz hasonlóan, az ok-okozati összefüggések vizsgálatát az ESPAD-adatok sem teszik lehetővé, csupán e jelenségek együtt járását tudjuk egyértelműen megállapítani (Elekes 2009a).

Felnőttek körében végzett vizsgálatok eredményei szerint az önbecsülés hiánya, illetve a depresszió jelenléte elsősorban a férfiak szélsőségesebb formájú alkoholfogyasztásával van kapcsolatban. Bár ez a kapcsolat nőknél is kimutatható, mértéke mérsékeltebb (Elekes, Paksi 2003). Az anómia és az elidegenedés szintén szoros kapcsolatban áll a problémás alkoholfogyasztással. Minél nagyobb a normátlanság elfogadása, annál nagyobb valószínűséggel alakul ki az alkoholfogyasztás problémás jellege. A felnőttek körében azonban a kapcsolat gyengébb, mint a fiataloknál. Figyelemre méltó, hogy az anómia értéke nemcsak a problémás fogyasztók, hanem az absztinensek körében is átlag feletti (Elekes 2004). Különösen fontosnak látszik felnőttek esetében az élet különböző területeivel való elégedettség, illetve annak hiánya a problémás alkoholfogyasztás kialakulásában. Azaz nem feltétlenül az objektív élethelyzetek, hanem azok szubjektív megélése, az élet különböző területein megnyilvánuló elégedetlenség növelheti a mértéktelenebb alkoholfogyasztás kialakulásának a valószínűségét.

Feladatok

Milyen regionális különbségek figyelhetők meg Európában a fiatalok szerfogyasztási szokásai alapján?

Milyen területi különbségek figyelhetőek meg Magyarországon belül a szerfogyasztási szokásokban?

Milyen szerepet játszanak a társas kapcsolatok a fiatalok drogfogyasztási szokásaiban?

Ajánlott irodalom

- [1] Bjarnasson, T.. 2009. *Anomie among European Adolescent. Conceptual and empirical clarification of a multilevel sociological concept. Sociological Forum Vol. 24. No. 1.* 135-161.
- [2] Demetrovics, Zs.. 2001. *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein.* L'Harmattan. Budapest.
- [3] *GYTS (2008): Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2008 Magyarország. Zárótanulmány.* Országos Egészségfejlesztési Intézet. Budapest.
- [4] Kokkevi, A. és Fotiou, A.. 2009. *The ESPAD Psychosocial Modul. in Hibell et al. 2009 The 2007 ESPAD Report CAN EMCDDA, Council of Europe Stockholm 172-183.*
- [5] Kovács, K. és Őri, P.. 2009. *Halandósági különbségek in: Monostori J., Őri P., S. Molnár E., Spéder Zs. (szerk.): Demográfiai portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.* 53-66. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet. Budapest.
- [6] Parker, H.. 2005. *Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. Addiction Research and Theory. June 2005, 13(3).* 205-215.
- [7] Pikó, B.. 2004. *Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációjának vizsgálata. Addiktológia III. 2..* 191-202.

Felhasznált irodalom

- [1] Rácz, József és Vingender, István. 1999. *A főbb addikciók (Alkoholizmus, dohányzás, drogabúzus) szerepe Magyarországon a morbiditásban-mortalitásban és a népesség fogyatkozásban. Statisztikai elemzés az Országgyűlés tájékoztatására 1998.*. OAI. Budapest.
- [2] Adlaf, E.M. és Ivis, F.J.. 1996. *Structure and relations: The influence of familial factors on adolescent substance use and delinquency. Journal of Child and Adolescent Substance Use.* 1-19.
- [3] Ahlström, S., Metso, L., és Tuovinen, E. L.. 2001. *ESPAD 1995 and 1999. Country Report. Finland, Themes 1. STAKES.*
- [4] Ahlström, S., Metso, L., Huhtanen, P., és Ollikainen, M.. 2008. *In which sub-groups of Finnish students has the use of legal and illegal drugs decreased? Results of the 2007 ESPAD data in Finland. Paper presented at the 34rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, June 02-06, 2008, Victoria, Canada.*
- [5] Alanko, T.. 1984. *An overview of techniques and problems in the measurement of alcohol consumption. Research Advances in Alcohol and Drug Problems,* 8. 209–226.
- [6] Allaman és társai, . 2010. *Preventive Alcohol Policies and Unplanned Effects related to Alcohol Consumption Changes in Europe (1960s-2000s) AMPHORA Project WP3. paper presented at the 36th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Lausanne.*
- [7] Andersson, B. és Hibell, B.. 2007. *Drunken Behaviour; Expectancies and Consequences among European Students. In: Järvinen, M., Room, R (eds.). 41-64. Youth Drinking Ashgate Publishing Limited, Gower House. Hampshire.*
- [8] Anderson, P. és Baumberg, . 2006. *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies UK. June.*
- [9] Andorka, R.. 1984. *Az alkoholizmus elleni küzdelem külföldön. AEÁB 1984. Budapest.*
- [10] Andorka, R.. 1994. *Alkoholizmus és alkoholpolitika. In: Münnich I., Moksony F. szerk: Devianciák Magyarországon. Közélet.* 266-297.
- [11] Andorka, R.. 1997. *Bevezetés a szociológiába.* Osiris. Budapest.
- [12] Andorka, R., Buda, B., és Cseh-Szombathy, L.. 1974. *A deviáns viselkedés szociológiája.* Gondolat.
- [13] Andorka, R., Antal, Z.L., Buda, B., Elekes, Zs., Forgács, I., Gerevich, J., Józán, P., Losonczy, Á., és Ozsváth, K.. 1988. *A társadalmi környezet, életmód, interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára Szociológiai Műhelytanulmányok 11. szám, MKKE Szociológia tanszék 1988.*
- [14] *Annual Report 2008: Annual Report on the state of the Drugs problem in Europe. EMCDDA. www.drogfokuszpont.hu letöltés ideje: 2011.01.09.*
- [15] Armstrong, T. D. és Costello, E., J.. 2002. *Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. J Consult Clin Psychol* 70(6). 1224-39.
- [16] Aszmann, A.. 2000. *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása. Health and Health Behaviour among Young People. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. Issue 1. International Report. Országos Tisztifőorvosi Hivatal Budapest 2000.*
- [17] Aszmann, A.. 2003. *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. HBSC National Report.* OGYI. Budapest.
- [18] Atkinson, Tony. 1998. *Társadalmi kirekesztődés, szegénység és munkanélküliség Esély 4.* 3-17.

- [19] Babor, Thoma F, de la Fuente, Juan Ramon, Saunders, John, és Grant, Marcus. 1989. *AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. WHO, Division of Mental Health. Geneva.
- [20] Backovic, D., Marinkovic, J., Grujicic-Sipetic, S., és Maksimovic, M.. 2006. *Diferencias in substance use patterns among youths living in foster care institutions and in birth families*. *Drugs: education, prevention and policy*. August, 13(4). 341-351.
- [21] Balázs, H., Demetrovics, Zs., és Kun, B.. 2010. *Kóros játékszenvedély*. in: Demetrovics Zs., Kun B. szerk.: *Az addiktológia alapjai IV*. 43-76. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- [22] Barrows, S. és Room, R.. 1991. *Introduction*. In: Barrows S., and Room R. eds: *Drinking. Behavior and Belief in Modern History*. 1-25. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, Oxford.
- [23] Bayer, István. 2000. *A drogok történelme. A kábítószeres története az ókortól napjainkig*. 400. Aranyhal Kiadó. Budapest.
- [24] Beccaria, F. és Guidoni, O.V.. 2002. *Young People in a Wet Culture: Functions and patterns of Drinking, Contemporary Drug Problems*, 29(2). 305-334.
- [25] Beck, U. 2003. *A kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba*. ARTT-Századvég. Budapest.
- [26] Best, D., Gross, S., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., és Strang, J.. 2005. *Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning*. *Drug and Alcohol Review*. November 2005, 24. 483-488.
- [27] Billings, J.. 1903. *Data relating to the use of alcoholic drinks among brain workers in the United States*. In: Billings, J. S. (szerk.): *Physiological Aspects of the Liquor Problem*, 1.. Houghton Mifflin. Boston.
- [28] Biró, J.. 2008. *Dohányzéspolitika. A dohányzás diskurzusa és kontrollja*. *Addiktológia VI.1.* 5-23.
- [29] Bjarnasson, T.. 2000. *Adolescent Substance Use: A Study in Durkheimian Sociology*. Doctoral dissertation, University of Notre Dame.
- [30] Bjarnasson, T.. 2009. *Anomie among European Adolescent. Conceptual and empirical clarification of a multilevel sociological concept*. *Sociological Forum Vol 24. No. 1.* 135-161.
- [31] Bjarnasson, T, Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Zs., Morgan, M., és Rapinett, G.. 2003. *Alcohol, Culture, Family Structure and Adolescent Alcohol Use: Multi-Level Modeling of Frequency of Heavy Drinking Among 15-16 Year Old Students in Eleven European Countries*. *Journal of Studies on Alcohol*, 64. 200-208.
- [32] Blum és társai, . 1970. *Society and Drugs I-II.* Jossey-Bass Inc. Publishers. San Francisco.
- [33] Bonnie, Richard J.. 1975. *Reaching out: Origins of the intervention Strategy*. In: R.J. Bonnie and M.R. Sonnenreich eds: *Legal Aspects of Drug Dependence*. 25-63. CRC Press. Cleveland Ohio.
- [34] Bozsonyi, K. és Horváth, G.. 2010. *A problémás szerhasználat prevalenciájának becslése Magyarországon, 2008-2009. Kézirat.*
- [35] Bozsonyi, K., Horváth, G., és Tatján, A.. 2010. *Problémás drogfogyasztás*. in: *2010-s éves jelentés az EMCDDA számára. „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Drogfókuszpont www.drogfokuszpont.hu [http://www.drogfokuszpont.hu/]. letöltés ideje 2010.11.28.* 36-42..
- [36] Brassai, L. és Pikó, B.. 2005. *Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál*. *Addiktológia IV.* ' 7-28.
- [37] Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkela, K., Pan, L., Popham, R., Room, R., Schmidt, W., Skog, O-J., Sulkunen, P., és Österberg, E.. 1975. *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. *The Finnish Foundation for Alcohol Studies Vol. 25.* .

- [38] Buda, B.. 1992. *Az alkoholológia új távlatai. Utak az alkoholproblémák megértéséhez, megelőzéséhez és korai kezelésbeviteléhez. (válogatott tanulmányok). Alkoholizmus Elleni Bizottság Budapest 1992..*
- [39] Chandra-Sekar, C és Deming, WE. *On a method of estimating birth and death rates and the extent of registration. Journal of the American Statistical Association, 1949, 44. 101–15.*
- [40] Cherpitel, C.. 1995. *Screening for alcohol problems in the emergency room: a rapid alcohol problems screen. Drug and Alcohol Dependence 40. 133-7.*
- [41] Curran, E. M.. 2007. *The Relationship between Social Capital and Substance Use by High School Students. Journal of Alcohol and drug Education, Vol. 51 Issue 2. 59-73.*
- [42] Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A., és Barnekow, V.. 2008. eds.: *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey.* WHO.
- [43] Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., és Rasmussen, V. B.. 2004. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* WHO.
- [44] Demetrovics, Zsolt. 2007a. *Az addiktológia alapfogalmai. in Demetrovics Zsolt (szerk): Az addiktológia alapjai I. 27-72. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.*
- [45] Demetrovics, Zs.. 2007b. *Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere. L'Harmattan. Budapest.*
- [46] Demetrovics, Zs. és Kun, B.. 2007. *Viselkedési addikciók. in: Demetrovics Zs szerk.: Az addiktológia alapjai I. 133-228. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.*
- [47] Demetrovics, Zs. és Kun, B.. 2010. *Az addiktológia alapjai IV.* ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- [48] Demetrovics, Zs., Nádas, E., és Kun, B.. 2008. *Rekreációs droghasználat Magyarországon. Előzmények. In: Demetrovics Zs., Rácz J. szerk: Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcenában. 13-25. L'Harmattan kiadó. Budapest.*
- [49] Demetrovics, Z., Szeredi, B., és Rózsa, S.. 2008. *The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. Behavior Research Methods, 40(2). 563-574.*
- [50] Demetrovics, Zs. és Rácz, J.. 2008. *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcenában. 225-290. L'Harmattan Kiadó. Budapest.*
- [51] 2009. *Demográfiai Évkönyv (2008).* KSH. Budapest.
- [52] Durkheim, É.. 1982. *Az öngyilkosság.* KJK.. Budapest.
- [53] Edwards G et al., . 1994. *Alcohol policy and the public good. Oxford medical publication.* Oxford University Press.
- [54] *Egészségügyi szociológia és szociálpszichológia (1994) Jegyzet.* SOTE-POTE.
- [55] ELEF, . 2009. *Egészségfelmérés (ELEF) 2009. Statisztikai tükrök. IV. évf. 50. szám, 2010..* KSH.
- [56] Elekes, Zs.. 1993. *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében.* 229. OAI. Budapest.
- [57] Elekes, Zs.. 2002. *Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai Társadalmi Jelzőszám-füzetek. Budapest, KSH (I. fejezet 5-29., III. fejezet 40-49).*

- [58] Elekes, Zs.. 2003. *The Hungarian Drug Scene: An Overview of the drug Scene in Hungary from the Appearance of the problem to the present. Dialog: Enquete Beyond Borders. Perspectives for Regional Cooperation in Treating Addiction. International Conference 2003 Vienna.* 31-44..
- [59] Elekes, Zs.. 2004. *Alkohol és társadalom.* 215. Országos Addiktológiai Intézet. Budapest.
- [60] Elekes, Zs.. 2005a. *A drogfogyasztás nemek közötti különbözőségei és hasonlóságai. In: Nagy I., Pongrácz T., Tóth I. Gy. Szerk: Szerepváltozások. Jelentés a nők és a férfiak helyzetéről.* 177-193. TÁRKI – Ifjúsági, Szociális és Esélyegyenlőségi minisztérium.
- [61] Elekes, Zs.. 2005b. *A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. Demográfia 2005.4.* 345-374.
- [62] Elekes, Zs.. 2007. *A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási beszámoló.*
- [63] Elekes, Zs.. 2009a. *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007.* 220. NDI – L’Harmattan. Budapest.
- [64] Elekes, Zs.. 2009b. *Az alkoholprobléma és társadalmi háttere. In: Demetrovics Zs. Szerk. Az addiktológia alapjai II.* 293-326. Eötvös kiadó. Budapest.
- [65] Elekes, Zs.. 2011. *Alkoholfogyasztás Magyarországon az ELEF 2009. évi eredményei alapján. kézirat.*
- [66] Elekes, Zs. és Liptay, G.. 1988. *Különböző alkoholfogyasztási embertípusok összehasonlítása egy epidemiológiai vizsgálat tükrében. Alkohológia 1988.2.* 1–18.
- [67] Elekes, Zs és Nyírády, A.. 2007. *A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése fogás-visszafogás módszerrel. Addiktológia 2.* 95-110.
- [68] Elekes, Zs. és Skog, O-J. 1993. *Alcohol and the 1950-90 Hungarian Suicide Trend - Is There a Casual Connection? Acta Sociológica 1993.* 36. 33-46 .
- [69] Elekes, Zs. és Paksi, B.. 1996. *A magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása. ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Drugs 1995. Budapest 1996.* 126. Népjóléti Minisztérium.
- [70] Elekes, Zs. és Paksi, B.. 2000. *Drogok és fiatalok. – A középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon.* 136. ISMertető Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért felelős helyettes államtitkárság. Budapest.
- [71] Elekes, Zs. és Paksi, B.. 2003. *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási beszámoló, nem publikált.*
- [72] EMCDDA, . 1997. *Scientific Monograph Series No 1’.: Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe EMCDDA 1997..*
- [73] EMCDDA, . 1999a. *Comparability of general Population Survey. European expert group on drug use surveys. CT.97.EP.09..*
- [74] EMCDDA, . 1999b. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level. Lisbon EMCDDA, December 1999.*
- [75] EMCDDA, . 2004a. *Éves jelentés. A kábítószer-probléma az Európai Unióban és Norvégiában.* EMCDDA. Lisszabon.
- [76] EMCDDA, . 2004b. *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use. EMCDDA July 2004.*
- [77] EMCDDA, . 2005a. *Differences in patterns of drug use between women and men.* EMCDDA. Lisszabon.

- [78] EMCDDA, . 2005b. *EMCDDA Statistical Bulletin 2005* www.emcdda.europa.eu [<http://www.emcdda.europa.eu/>].
- [79] English DR, et al., . 1995. *The quantification of drug caused mortality and morbidity in Australia 1995*. Ed. Commonwealth Department of Humans Services and Health. Camberra.
- [80] Eurobarometer, . 2009. *Survey on Tobacco. Analytical Report. Flash Eurobarometer 253. The Gallup Organistaion*. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf letöltés ideje: 2010.11.28. .
- [81] *Éves jelentés 2004: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium. Budapest.
- [82] *Éves jelentés (2005): 2005-ös Éves Jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drogfókuszpont* www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>].
- [83] *Éves jelentés (2008): 2008-as Éves Jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drogfókuszpont* www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>].
- [84] *Éves jelentés (2009): 2009-es Éves Jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drogfókuszpont* www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>].
- [85] *Éves jelentés (2010): 2010-s éves jelentés az EMCDDA számára. „Magyarország” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. Nemzeti Drogfókuszpont* www.drogfokuszpont.hu [<http://www.drogfokuszpont.hu/>]. letöltés ideje 2010.11.28..
- [86] Ewing, J. A.. 1984. *Detecting Alcoholism. The Questionnaire. Jama, 1984. 252. 1905-1907..*
- [87] Fagan, A. és Najman, J.. 2005. *The Relative Contributions of Parental and Sibling Substance Use to Adolescent Tobacco, Alcohol and Other Drug Use. Journal of Drug Issues. Vol. 35. Issue 4.. 869-883.*
- [88] Fekete, S.. 2001. *Deviancia és társadalom*. Comenius Bt.. Pécs.
- [89] Fillmore, K., M.. 1988. *Alcohol Problems from a Sociological Perspective Alcoholism: Origins and Outcome*. Ed: Robert M., Rose and James Barrett. Raven Press Ltd. New York.
- [90] Forgács, A.. 2004. *Az evés lélektana*. 279. Akadémia Kiadó. Budapest.
- [91] Friis, R. és H. Sellers Th. A., . 2009. *Epidemiology for Public Health 4th ed.. 717*. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts.
- [92] Fürst, Zs. és Wenger, T.(szerk). 2000. *A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai*. 375. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Farmakológiai és Fejlődésbiológiai Intézet. Budapest.
- [93] Gábor, K.. 2000. *A középosztály szigete*. Belvedere. Szeged.
- [94] Gábor, K.. 2004. *Globalizáció és ifjúsági korszakváltás*. In. Gábor K., Jancsák Cs, szerk: *Ifjúsági korszakváltás. Ifjúság az új évezredben*. 28-72. Belvedere. Szeged.
- [95] GENACIS, . 2005. *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. Project Final Report. Charité Campus Benjamin Franklin. An EU-Concerted Action..*
- [96] Gerra, G., Angioni, L., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bertacca, G., Gardini, S., Caccavari, R., és Nicoli, M.. 2004. *Substance Use Among High-School Students: Relationships with Temperament, Personality Traits, and Parental Care Perception. Substance Use & Misuse. Vol. 39. No. 2.. 345-367.*
- [97] *Globals Status Report on Alcohol (1999)*. Substance Abuse Department, Social Change and Mental health. WHO.
- [98] *Global Status Report on Alcohol (2004)*. Substance Abuse Department, Social Change and Mental health. WHO..

- [99] Gönczöl, Katalin és Kerezszi, Klára. 1996. *A deviancia szociológiája Szöveggyűjtemény*. Hirshler Rezső Szociálpolitikai Egyesület. Budapest.
- [100] Greenfield, T. K. és Kerr, W.C.. 2008. *Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities*. *Addiction*, 103. 1082-1099.
- [101] *GYTS (2008): Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2008 Magyarország. Zárótanulmány*. Országos Egészségfejlesztési Intézet. Budapest.
- [102] Hablicsek, L. és Kovács, K.. 2007. *Életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint 1986-2005. Kutatási jelentés 84.*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- [103] Hartnoll, R.. 1993. *A drogproblémák felmérése alapkövetelmények. Szenvédélybetegségek I. évf. 5.* 324-334.
- [104] Hay, Gordon. 2005. *Capture-Recapture Methods. Centre for Drug Misuse Research*. University of Glasgow. UK .
- [105] Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., Morgan, M., és Narusk, A.. 1997. *The 1995. ESPAD Report - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Stockholm*. 294. CAN, Council of Europe.
- [106] Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., és Morgan, M.. 2000. *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries Stockholm*. 362. CAN, Council of Europe.
- [107] Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., és Morgan, M. 2004. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Stockholm*. 436. CAN, Council of Europe.
- [108] Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., és Kraus, L.. 2009. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm*. 406. CAN, EMCDDA, Council of Europe.
- [109] Hollander, E.. 1993. *Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. Psychiatr Ann*, 23(7). 355-358.
- [110] Järvinen, M. és Room, R. 2007. *Youth Drinking*. Ashgate Publishing Limited, Gower House. Hampshire.
- [111] Jonsson, E. és Nilsson, T.. 1967. *A joint Nordic study of the drinking habits of adults males. Stockholm. Kézirat.*
- [112] Józán, P.. 1988. *A halálozási viszonyok alakulása Magyarországon 1945-1985. KSH*, 9.83.
- [113] Józán, P.. 2003. *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999. Nemzeti Népesedési Program*. KSH.
- [114] Józán, P.. 2007. *A rendszerváltás utáni epidemiológiai fordulat néhány meghatározó jelensége. Előadás, Budapesti Corvinus Egyetem*.
- [115] Józán, P.. 2008. *Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon. Műhelytanulmányok*. 126. MTA Társadalomkutató Központ. Budapest.
- [116] Kelemen, G.. 1994. *Az alkoholprobléma kezeléstörténetének rövid vázlata in: Keleme G.:Az addikciók széles spektruma OAI 1994*. 114-157.
- [117] Kokkevi, A. és Fotiou, A.. 2009. *The ESPAD Psychosocial Modul. in Hibell et al. 2009 The 2007 ESPAD Report*. 172-183. CAN EMCDDA, Council of Europe. Stockholm.
- [118] Koronczi, B., Demetrovics, Zs., és Kun, B.. 2010. *Internetfüggőség és problémás internethasználat. in: Demetrovics Zs., Kun B. szerk: Az Addiktológia alapjai IV*. 253-282. ELTE-Eötvös kiadó. Budapest.

- [119] Kovács, J.. 1995. *Az egészség-betegség fogalma, meghatározásai.* in Forgács I., Paksy A., Pauka T. (szerk.): *Népegészségtan.* 13-21. Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem. Budapest.
- [120] Kovács, K.. 2006. *Egészség-esélyek. Műhelytanulmányok 5. NKI 2006* http://www.demografia.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=10 Letöltés ideje: 2009.02.11..
- [121] Kovács, K. és Óri, P.. 2009a. *Halandósági különbségek in: Monostori J., Óri P., S. Molnár E., Spéder Zs. (szerk.): Demográfiai portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.* 53-66. KSH Népegészségtudományi Kutató Intézet. Budapest.
- [122] Kovács, K. és Óri, P.. 2009b. *Ok-specifikus halandóság in: Monostori J., Óri P., S. Molnár E., Spéder Zs. (szerk.): Demográfiai portré 2009. Jelentés a magyar népesség helyzetéről.* 67-78. KSH Népegészségtudományi Kutató Intézet. Budapest.
- [123] Kraus, L., Orth, B., és Kramer, S.. 2003. *Association between characteristics of drinkers, drinking occasions and self-reported negative experiences during and after drinking occasions. Paper presented at the 29th Annual alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society June 2003. Krakow.*
- [124] KSH, . 2005. *Társadalmi helyzetkép, 2005.* KSH. Budapest.
- [125] KSH, . 2007. *Egészségi állapot, egészségügy. In: Társadalmi helyzetkép 2005. KSH 2007.* 115-128.
- [126] Kun, B. és Demetrovics, Zs.. 2010. *Munkafüggőség. in: Demetrovics Zs., Kun B. szerk. (2010): Az addiktológia alapjai IV.* 307-330. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- [127] Kuntsche, E.. 2004. *Progression of a General Substance Use Pattern among Adolescent in Switzerland? Investigating the Relationship between Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use over a 12-Year Period. European Addiction Research.* 10. 118-125.
- [128] Lambrecht, P.. 2008. *Binge drinking – Towards a more gender specific approach for measuring binge drinking. Paper presented at the Annual ESPAD Project Meeting, Riga, October 19-21. .*
- [129] Ledermann, S.. 1956. *Alcool, alcoolisme, alcoolisation.* PUF. Paris.
- [130] Lehmann, H. és Polonyi, G.. 1998. *Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról – 1997. in: . in: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi riport 1998.* 298-317. TÁRKI. Budapest.
- [131] Lehto, J.. 1995. *Alcohol policy in the changing Europe. Nordic Alcohol Studies 1995. vol 12..*
- [132] Leifman, H.. 2000. *Trends in Alcohol Consumption in the European Union. Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society. Oslo, 2000..*
- [133] 2008 Magyar Statisztikai Évkönyv 2007. KSH. Budapest.
- [134] Mäkelä, K.. 1971. *Measuring the Consumption of Alcohol in the 1968–1969. Alcohol Consumption Study, 2. Helsinki..*
- [135] Mäkelä, K.. 1983. *The Use of Alcohol and Their Cultural Regulation. Acta Sociologica 1983 (26), 1. 21-31.*
- [136] Mäkelä, P., Rossow, I., és Tryggvesson, K.. 2002. *Who drinks more and less, when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies in: The effect on nordic alcohol policies. What happens to drinking, and harm when alcohol control changes. NAD publications 42. ed: Robin Room.* 17-70.
- [137] Marék, Antal. 1970. *Dohányosok könyve.* Medicina. Bp..
- [138] Martinic, M. és Measham, F.. 2008. *eds: Swimming with Crocodiles. The Culture of Extreme Drinking. ICAP Series on Alcohol in Society.* Routledge, Taylor & Francis Group. New York, London.

- [139] Measham, F.. 2002. "Doing gender" – "doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29/Summer. 335-373.
- [140] Measham, F.. 2004. *The decline of Ecstasy, the Rise of Binge drinking and the Persistence of Pleasure*, *Journal of Community and Criminal Justice*, 51(4). 309-326.
- [141] Morgan, P.. 1978. *The legislation of drug law: Economic crises and socila control*. *Journal of Drug Issues*, 8(1). 53-62.
- [142] Moskalewicz, J. és Simpura, J.. 2000. *Alcohol and alcohol policy in eastern European transitions*. *Journal of Substance Use 2000*. 5. 30-38.
- [143] Multi-city study, . 1994. *Drug misuse trends in thirteen European cities*. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Pompidou Group, Council of Europe.
- [144] Mustonen et al., . 1999. *Themes from Finland. Finnish Drinking habits in 1968, 1976, 1984, 1992, and 1996. Tables and Publications Based on Finnish Drinking Habit Surveys*. Themes 7/1999.
- [145] Nagy, G. és Lovas, P.. 1985. *A kábítószerek világa*. Medicina Kiadó. Budapest.
- [146] Nation, M. és Heflinger, C. A.. 2006. *Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents*. *The American Journal of drugs and Alcohol Abuse* 32. 415-433.
- [147] Németh, Á.. 2007. szerk.: *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. OGYI. Budapest.
- [148] Norström, Thor. 1995. *Prevention strategies and alcohol policy*. *Addiction (1995)* 90. 515-524.
- [149] Nyírády, A. és Elekes, Zs.. 2011. *Nemzetközi indikátorok és adatbázisok. Szöveggyűjtemény, Budapest. www.tankonyvtar.hu [http://www.tankonyvtar.hu/]*.
- [150] Oates, W.. 1971. *Confessions of workaholic: The facts about work addiction*. World Publishing. New York.
- [151] OLEF, . 2003. *Országos lakossági egészségfelmérés, OLEF 2003. Gyorsjelentés*. Országos Epidemiológiai Központ. Budapest.
- [152] Paksi, B.. 2003. *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. L'Harmattan. Budapest.
- [153] Paksi, B.. 2007. *A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata*. In: Demetrovics Zs. (szerk): *Az addiktológia alapjai I.* 379-413. Eötvös Kiadó. Budapest.
- [154] Paksi, B. és Arnold, P.. 2007. *A magyarországi felnőtt népesség drogérintettsége – új fejlemények*. *Addiktológia Supplementum I.* .
- [155] Paksi, B., Rózsa, S., Kun, B., Arnold, P., és 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.
- [156] Parker, H.. 2003. *Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of young drug users*. *Addiction Research and Theory*. 2003, Vol.11. No 3.. 141-144.
- [157] Parker, H.. 2005. *Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons*. *Addiction Research and Theory*. June 2005, 13(3). 205-215.
- [158] Parker, H. és Williams, L.. 2003. *Intoxicated Weekends: young adults' work hard-play hard lifestyles, public health and public disorder*. *Drugs: education, prevention and policy*. Vol. 10, No 4, 345-367, November.

- [159] Parker, H., Aldridge, J., és Measham, F.. 1998. *Illegal leisure. The normalization of adolescent drug use.* 177. Routledge, Taylor and Francis Group. London, New York.
- [160] Parker, H., Williams, L., és Aldridge, J.. 2002. *The Normalization of 'Sensible' Recreational Drug Use: Further Evidence from the North West England Longitudinal Study. Sociology. Volume 36, Number 4. November.* 941-964.
- [161] Parsons, T.. 1951. *The Social System.* Free Press. New York.
- [162] Pearce, Neil. 2005. *A Short Introduction to Epidemiology Occasional Report Series No 2.. 55.* Centre for Public Health Resarch Massey University Wellington Campus. Wellington, New Zeland.
- [163] Pearson, M., Sweeting, H., West, P., Young, R., Gordon, J., és Turner, K.. 2006. *Adolescent substance use in different social and peer context: A social network analysis. Drugs: education, prevention and policy 13(6).* 519-536.
- [164] Pikó, B.. 2004. *Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációjának vizsgálata. Addiktológia III. 2..* 191-202.
- [165] Pikó, B.. 2009. *Az orvosi szociológia múltja és jövőbeli kihívásai: az elmélettől a gyakorlatig. in: Bagdy E., Demetrovics Zs., Pilling J. (szerk): PoliHISTÓRIA Buda Béla 70. születésnapjára.* 163-178. Akadémia.
- [166] Plant, Martin és Plant, Moira. 2006. *Binge Britain. Alcohol and the national response.* Oxford University Press.
- [167] Poikolainen, K. 1995. *Alcohol and mortality: a review. Journal of clinical epidemiology,* 488. 445-65.
- [168] Porter, G.. 1996. *Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of exsive work. Journmal of Occupational Hhealth Psychology,* 1. 70-84.
- [169] Prina, F. és Allamani, A.. 2007. *Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s? Shedding light on an Italian mystery. Contemporary Drug Problems. July 1..* 5-28.
- [170] *Principles of Epdeimology in Public Health Practice. Third Edition. An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistic. US Department of Health and Human Services: <http://www.ihs.gov/medicalprograms/portlandinjury/pdfs/principlesofepidemiologyinpublichealthpractice.pdf> letöltés ideje: 2009. november 14..*
- [171] Rácz, József. 2001. *Devianciák. Bevezetés a devianciák szociológiájába.* Új Mandátum Kiadó. Budapest.
- [172] Ramstedt, M.. 1999. *Liver cirrhosis mortality in 15 European countries. Differences and trends during the post-war period. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 1999. vol 16..* 55-73.
- [173] Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U., Jernigan, és D., . 2004. *"Alcohol." Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors, Edited by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray.* WHO. Geneva.
- [174] Ritter, Ildikó. 2005. *Roma fiatalok és a kábítószeres. Kutatási beszámoló. Egészséges Ifjúságért Alapítvány – Országos Kriminológiai Intézet (nem publikált).*
- [175] Room, R.. 1983. *Sociological Aspect of the Disease Concept of Alcoholism” ResearchAdvance in Alcohol and Drug Problem vol 7..*
- [176] Room, R.. 1988. *Cross-Cultural Research in Alcohol Studies: Research Traditions and Analitical Issues in. Tom Harford and Lee Towle eds: Cultural Influences and drinking Patterns: A focus on Hispanic and Japanese Populations. NIAAA Monograph. P:9-40.* 1988.
- [177] Room, R.. 1990. *Measuring alcohol consumption in the United States: methods and rationales, Research Advances in Alcohol and Drug problems,* 10. 39–80.

- [178] Room, R.. 1999. *Measuring drinking patterns and problems: the experience of the last half century. For presentation at the 25th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Montréal, 1999.*
- [179] Room, R.. 2001. *Thinking about how social inequalities relate to alcohol and drug use problems.* <http://www.robinroom.net/> letöltés ideje: 2008.07.18. .
- [180] Room, R.. 2004. *Symbolism and rationality in the politics of psychoactive substances. In: Lindgen, B., Grossman M. eds: Substance use: Individual Behavior, Soocial Interactions, Markets and Politics. Advances in Health Economic and health Services Research, vol. 16.*
- [181] Room, R.. 2007. *Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. Addiktológia 2007.3.. 232-254.*
- [182] Room, R. és Mäkelä, K.. 2000. *Typologies of the Cultural Position of Drinking. Journal of Studies on Alcohol 61. 475-483.*
- [183] Room, R. és Sato, H.. 2002. *Drinking and drug use in youth cultures: Building identity and community. Contemporary Drug Problems 29/Spring. 5-11.*
- [184] Rosta, Andrea. 2007. *A deviáns viselkedés szociológiája.* Pázmány Péter Katolikus Egyetem. Budapest.
- [185] Saper, A.. 1974. *The making of policy through myth, fantasy and historical accident: The making of America's narcotic laws. British Journal of Addiction, 69. 183-193.*
- [186] Selin, K., H.. 2002. *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): what does it screen for? Performance of the AUDIT against four different criteria in Swedisc population sample. Paper presented at the KBS Symposium in Paris 2002.*
- [187] Shildrick, T.. 2002. *Young people, illicit drug use and the question of normalization. Journal of Youth Studies, Vol. 5. No 1.. 35-48.*
- [188] Simpura, . 2001. *Trends in alcohol consumption and drinking patterns: sociological and economic explanations and alcohol policies. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2001. vol. 18. 3-149.*
- [189] Skog, O-J.. 1980. *Social Interaction and the Distribution of Alcohol Consumption. Journal of Drug Issues Winter, 1980. 71-92.*
- [190] Skog, O-J.. 1999. *Alcohol policy? Why and roughly how? Nordic Studies on Alcohol and Drugs 1999 vol.16. 21-34.*
- [191] Skog, O-J.. 2000. *Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European Countries Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society. Oslo, 2000.*
- [192] Skultéti, D. és Pikó, B.. 2006. *Szocioökonomiai és társas hatások szerepe a serdülők dohányzásában. Addiktológia V. 1-2.. 59-73.*
- [193] Somlai, P. 2007. *A posztadoleszcensek kora. In: Somlai P. (szerk): Új ifjúság. 9-44. Napvilág Kiadó. Budapest.*
- [194] Spence, J. T. és Robbins, A., S.. 1992. *Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. J Pers Asses, 58(1). 160-178.*
- [195] Stormshak, E, Comeau, C, és Shepard, S. 2004. *The relative contribution of sibling deviance and peer deviance in the prediction of substance use across middle childhood. Journal of Abnormal Child Psychology, 32. 635-649.*
- [196] Swiecicki, A.. 1972. *Teenagers and drinking in Poland. Drinking and Drug Practices Surveyor 6. 4-6.*

- [197] Szabó, A., Demetrovics, Zs., és Kun, B.. 2010. *Testedzésfüggőség. in: Demetrovics Zs., Kun B. szerk. (2010): Az addiktológia alapjai IV.* 283-306. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- [198] Szántó, Zs.. 2002. *Betegség, gyógyítás, társadalom. in: Szántó Zs., Susánszky É. szerk.: Orvosi szociológia.* 15-32. Semmelweis Kiadó. Budapest.
- [199] Szasz, T.. 2001. *Szertartásos kémia.* 240. Új Mandátum. Budapest.
- [200] Sznitman, S.R. 2007. *Drug normalization and the case of Sweden. Paper presented at the 33rd Annual Alcohol Epidemiology symposium of the Kettil Bruun Society. Budapest 4-8. June..*
- [201] Takács, I. G.. 2006. *Tudományos drogmítoszok. Interjú Peter Cohennel. Esély 1.* 82-88.
- [202] Tompa, T, Szilágyi, T., és Barta, J.. 2006. *A dohányzás közgazdasági vonatkozásai és a dohánytermékek adóemelésének hatása a magyar lakosság egészségi állapotára www.GKI.hu [http://www.GKI.hu/]. letöltés ideje: 2011.01.17..*
- [203] Trolldal, B.. 2000. *Sales of Alcoholic Beverages and the Inhabitants' Consumptio in 15 European Countries. A correction baased on consumption during journeys abroad and tax-free purchases. Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epdeimology Symposium of the Kettil Bruun Society. Oslo, 2000..*
- [204] Túry, F. és Szabó, P.. 2010. *Az evés zavarai: anorexia, bulimia, falási zavar. in: Demetrovics Zs., Kun B. szerk: Az addiktológia alapjai IV.* 423-446. ELTE-Eötvös Kiadó. Budapest.
- [205] Urbán, R.. 2007. *A nikotinaddikció in: Demetrovics Zs. szerk: Az addiktológia alapjai I.* 107-131. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- [206] Vaskovics, L.. 2000. *A posztadoleszcencia szociológiai elmélete Szociológiai Szemle 2000.4 www. Szociológia.hu.*
- [207] Vitray, J. és Mihalicza, P.. 2006. *Egészségi állapot. in: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi riport 2006.* 138-150. TÁRKI. Budapest.
- [208] *WHO Global Alcohol Database:(http://data.euro.who.int/alcohol/?TabID=4936) letöltés ideje: 2007.11.02..*
- [209] Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., és Kristjanson, A., F.. 1998. *Ten-Year Prediction of Women's Drinking Behaviour in a Nationally Representative Sample. Women 'S Health: Research on Gender, Behaviour and Policy, 4(3), 199-230. 1998. Lawrence Erlbaum Associates, Inc..*
- [210] Wilsnack, R., W., Vogeltanz, N., Wilsnack, S. C., és Harris, T. R.. 2000. *Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. Addiction (2000) 95 (2), .*
- [211] Windle, M.. 2000. *Parental, Sibling, and Peer Influences on Adolescent Substance Use and Alcohol Problems. Applied Development Science. Vol. 4. No. 2.* 98-110.
- [212] Zeitlin, H.. 1999. *Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. Drug Alcohol Dependence 55.* 225-234.
- [213] Zinnecker, J.. 2006. *Gyermekkor, ifjúság és szociokulturális változások a Német Szövetségi Köztársaságban. In: Gábor K. Jancsák Cs. Szerk: Ifjúságszociológia. Szemelvények.* 95-116. Belvedere. Szeged.
- [214] Zonda, T. és Véres, E.. 2004. *Az öngyilkosság alakulása Magyarországon (1970-2000) Addiktológia I.* 7-23.

Hasznos linkek

Magyar szervezetek/adatbázisok

- [1] *Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet*: <http://www.eski.hu/>.
- [2] *Internetes Magyar Egészségügyi Adattár*: <http://hawk.eski.hu:8080/IMEA/index.html>.
- [3] *KSH*: <http://www.ksh.hu> [<http://www.ksh.hu/>].
- [4] *KSH Népeségtudományi Kutatóintézet* <http://www.demografia.hu> [<http://www.demografia.hu/>].
- [5] *Magyar Addiktológiai Társaság*: <http://www.mat.org.hu/>.
- [6] *Nemzeti Drogfókuszpont*: <http://www.drogfokuszpont.hu> [<http://www.drogfokuszpont.hu/>].
- [7] *Országos Egészségfejlesztési Intézet*: <http://www.oefi.hu/>.
- [8] *Országos Epidemiológiai Központ*: <http://www.oek.hu/oek.web>.
- [9] *Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ* <http://www.oszmk.hu/index2.php>.
- [10] *TÁRKI*: <http://www.tarki.hu> [<http://www.tarki.hu/>].
- [11] *Társaság a Szabadságjogokért, Drogriporter*: <http://drogriporter.hu/>.

Nemzetközi szervezetek/adatbázisok

- [12] *Alcohol control database, WHO Regional Office for Europe*: <http://data.euro.who.int/alcohol>.
- [13] *ELISAD European Information Service on Alcohol, Drugs and Addiction*: <http://www.elisad.eu/>.
- [14] *EMCDDA (Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelő Központja)*: <http://www.emcdda.europa.eu/>.
- [15] *ESPAD - Euroepan School Survey on Alcohol and Other Drugs*: www.espad.org [<http://www.espad.org/>].
- [16] *European Mortality Database*: <http://data.euro.who.int/hfamdb>.
- [17] *European Health for All Database*: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
- [18] *Eurostat*: www.ec.europa.eu/eurostat [<http://www.ec.europa.eu/eurostat/>].
- [19] *HBSC - Health Behaviour in School-aged Children*: <http://www.hbsc.org/>.
- [20] *NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – USA)* <http://www.niaaa.nih.gov> [<http://www.niaaa.nih.gov/>].
- [21] *NIDA (National Institute on Drug Abuse – USA)* <http://www.drugabuse.gov/index.html> .
- [22] *OECD statisztikák* <http://www.oecd.org/document>.
- [23] *The World Health Report, 1995-2008*: <http://www.who.int/whr/en/index.html> [<http://www.who.int/whr/en/index.html/>].
- [24] *Tobacco control database, WHO Regional Office for Europe* <http://data.euro.who.int/tobacco>.

- [25] *UNODC United Nations Office on Drugs and Crime*: <http://www.unodc.org/>.
- [26] *WHO Global Health Atlas* <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>.
- [27] *WHO Health Statistics and Health Information System*: <http://www.who.int/healthinfo/en/>.
- [28] *WHOSIS – WHO Statistical Information System* <http://www.who.int/whosis/en/>.